

A patikaliberalizáció hatása a gyógyszerfogyasztókra



A tanulmány a Gazdasági Versenyhivatal Versenykultúra
Központjának a támogatásával jött létre.

2010. október

Készítette

*Benyó Balázs
Bíró Péter
Dr. Molnár László
Munkácsy Anna
Skultéty László
Udvardi Attila*

Közreműködött

Dr. Nagy József Tamás

Szerkesztette

*Benyó Balázs, ügyvezető igazgató
Dr. Molnár László, vezérigazgató*

Kontakt

*Bíró Péter, kutatásvezető
biro.peter@gki.hu
tel.: 06/1-266-2088 / 105 mellék*

GKI-EKI Egészségügykutató Intézet Kft.

1092 Budapest, Ráday u. 42-44.
Tel.:318-1868, 266-2088 Fax: 266-2118
www.gki-eki.hu

GKI Csoport tagjai:

- | GKI Gazdaságkutató Zrt.
- | GKI Energiakutató Kft.
- | GKleNET Internetkutató és Tanácsadó Kft.
- | GKI-EKI Egészségügykutató Intézet Kft.
- | GKI Tanácsadó Kft.

© GKI-EKI Egészségügykutató Intézet Kft.

**A tanulmánynak vagy részeinek bármely módon való sokszorosítása tilos.
A tanulmány megállapításai csak a forrás megjelölésével idézhetők.**

Tartalom

Összefoglaló	5
1. Bevezető	11
1.1 A kutatás témája.....	11
1.2 A kutatás célja	11
1.3 A kutatás módszertana.....	11
2. Nemzetközi tapasztalatok	13
2.1 A gyógyszerellátás folyamata.....	13
2.2 A közforgalmú gyógyszertár működtetés modelljei	14
2.3 Nemzetközi szabályozás	15
2.3.1 Közösségi szabályozás.....	15
2.3.2 A gyógyszerpiaci szabályozás változásának trendje Európában.....	16
2.3.3 A gyógyszertár tulajdonlás deregulációjának esetleges hatásai	17
2.3.4 A gyógyszertár alapítás deregulációjának esetleges hatásai	18
2.3.5 Az egyes tagállamok gyógyszerpiaci szabályozásában történt változásai és hatásaik	18
2.3.6 Európai Unió Bírósági ügyei.....	37
2.4 Megállapítások	40
3. A gyógyszerellátás hazai szabályozása.....	41
3.1 A lakossági gyógyszerellátás 1994 előtt.....	41
3.2 A lakossági gyógyszerellátás 1994 és 2006 között	41
3.2.1 A szabályozás eredményei	43
3.2.2 A szabályozás versenykorlátozó elemei a lakossági gyógyszerellátásban.....	43
3.2.3 A gyógyszerpiaci szabályozási reform	45
3.3 A lakossági gyógyszerellátás 2006 és 2010 között	48
3.3.1 Gyógyszertárak létesítése és működtetése	49
3.3.2 Gyógyszerellátási garanciák	50
3.3.3 Gyógyszertáron kívül történő gyógyszerforgalmazás	50
3.3.4 Vegyes rendelkezések.....	50
3.4 A lakossági gyógyszerellátás 2010 után	52
3.5 Lakossági gyógyszerellátás hazánkban és az Európai Unióban.....	52
4. Amit a számok mutatnak... ..	53
4.1 A gyógyszer kis- és nagykereskedelem gazdasági helyzete.....	53
4.1.1 Általános jellemzők	53
4.1.2 Az árbevétel és az árres alakulása	55
4.1.3 A vagyoni helyzet alakulása.....	56
4.1.4 Tőkeellátottság.....	56
4.1.5 A költségek alakulása	58
4.1.6 Jövedelmezőség	59
4.2 A lakosság tapasztalatai, véleménye	60
4.2.1 Az elégedettség	60
4.2.2 Az elégedettség meghatározó szempontjai	62
4.2.3 Az elégedettség mögöttes összefüggései.....	66
4.3 A patikák tapasztalatai, véleménye	87
4.3.1 A szolgáltatási színvonal (közvetlen tényezők).....	88

4.3.2	A szolgáltatási színvonal meghatározó szempontjai.....	90
4.3.3	A szolgáltatási színvonal mögöttes összefüggései.....	95
4.4	A mélyinterjúk tapasztalatai.....	117
4.5	A hozzáférés.....	121
5.	Irodalomjegyzék.....	129
6.	Kérdőívek.....	132
6.1	A lakossági kérdőív.....	132
6.2	A patikai kérdőív.....	133
7.	Mélyinterjú-vázlat.....	135
7.1	Gyógyszer-kiskereskedelem.....	135
7.2	Gyógyszer-nagykereskedelem.....	135
8.	Mélyinterjúk.....	137

Összefoglaló

Kutatásunk célja annak feltérképezése volt, hogy a gyógyszer-gazdaságossági törvény hatályba lépése után három évvel, milyen strukturális és minőségi változások mutathatók ki a törvény közvetlen és közvetett hatásaként a magyar gyógyszer-kereskedelmi piacon a fogyasztók, illetve a patikák szemszögéből.

A kiegészítő szolgáltatások terjedését is a verseny várható kedvező hatásaként értékelte a liberalizáció tervezésekor a minisztérium. Megvizsgáltuk, hogy milyen kiegészítő (ingyenes vagy térítésköteles, állandó vagy kampányszerű) szolgáltatások terjedtek el, s ezek fogadtatása milyen volt a lakosság részéről, valódi előnyként élték-e meg ezeket.

A gyógyszerellátás keretrendszerét az Európai Parlament és a Tanács, az „emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről” szóló irányelve szabja meg. A személyek, áruk, tőke és szolgáltatások szabad áramlásának jegyében nincs gyógyszer-kereskedelemre vonatkozó korlátozás, az irányelv a mindössze a biztonságos gyógyszerelés érdekében fogalmaz meg teljesítendő feltételeket, valamint megfogalmazza azt az elvárást, hogy a nemzeti szabályozást hozzák ezekkel összhangba.

A gyógyszerpiac nemzetközi szabályozásában egyre gyakrabban és erőteljesebben érvényesül a neoliberais közgazdasági szemlélet, amely szerint a szabad piaci verseny a rendszer működésének leghatékonyabb záloga. Ennek elősegítése érdekében minden olyan intézkedést, állami beavatkozást a szükséges minimumra szorít, ami a piac sérülésével jár, s nincsenek, vagy jelképesek a piacra lépési korlátok.

A patika létesítésével és működtetésével, valamint a tulajdonlással kapcsolatos liberalizáció a közforgalmi gyógyszertárak működését tulajdonképpen az etikus modell irányából a merkantilista modell irányba tereli. E szerint megszűnnek a gyógyszerész patikalétesítésre és -működtetésére, valamint tulajdonlásra vonatkozó privilégiumai. Eredményként tehát a korábban független tulajdonos és/vagy működtető gyógyszerész alkalmazottá válik az egyre növekvő számú szolgáltatói területen – mivel a patikák alapítására vonatkozó földrajzi- és demográfiai (esetleg egyéb) korlátok is eltűnnek.

A dereguláció elméletileg várható hozadékait az alábbiak lehetnek:

- nő a szolgáltatók közötti verseny,
- a verseny fokozódásának következményeként árverseny alakul ki (amely várhatóan közkiadás csökkenésben is megmutatkozik),
- javul a hozzáférés időben és térben,
- szélesedik az igénybe vehető szolgáltatások köre,
- javul a szolgáltatások minősége.

Az ÖBIG tanulmány következtetése szerint viszont – az általa tárgyalt országok (Írország, Hollandia, Norvégia) tapasztalatai alapján a liberalizáció nem feltétlenül váltja be a hozzá fűzött reményeket, vagyis:

- nem nő szükségszerűen a verseny,
- nem csökken az OTC készítmények ára,
- nem valósul meg kiadás kontroll a gyógyszerpiacon,
- kedvezőtlen irányba változhat a hozzáférés és a szolgáltatás minősége.

Az 1990-es évek végéig mindössze 5 európai országban volt lehetőség arra, hogy közforgalmú gyógyszertár ne gyógyszerészi tulajdonban legyen. **A nem gyógyszerészi tulajdonlást azóta 16 országban részlegesen, vagy teljes mértékben liberalizálták.**

A gyógyszertárak létesítésére, működtetésére és tulajdonlására vonatkozó restriktív szabályozást alkalmazó modell nemcsak a leghatékonyabbnak tűnő, hanem a legnépszerűbb is az EU tagállamai között: az államok 45%-a ilyen modellben végzi a gyógyszerellátást. A deregulált angolszász modell az EU tagállamok mintegy 25%-ban van jelen, a fennmaradó országok pedig az elméleti modellek keveréke szerint működnek.

Magyarországon az 1994. évi LIV. törvény rakta le a lakossági gyógyszerellátás 2006. év végéig működő alapjait. Meghatározta a gyógyszertárak létesítésének, működésének és a gyógyszerellátó tevékenység gyakorlásának alapvető szabályait, a lakossági gyógyszerellátást teljes egészében a gyógyszerész társadalom tevékenységi körébe delegálta, Európában egyáltalán nem egyedülálló módon monopol- és privilegizált helyzetbe hozva a gyógyszerészeket. E jogszabályi környezet egy etikus lakossági gyógyszerellátás feltételeit teremtette meg, azaz földrajzi és demográfia korláttal szabályozták a patikák számát, létesítését, korlátozták a tulajdonjogokat, a tevékenység végzését engedélyhez kötötték. A lakossági gyógyszerellátás kizárólag közforgalmú gyógyszertárakon keresztül valósulhatott meg de jure szabad, de facto rögzített áron, hatósági árresek mellett.

Az 1994. évi LI. törvény hozta létre a gyógyszerészek szakmai, érdekképviseleti és önkormányzati köztestületét, a Magyar Gyógyszerész Kamarát, ami feladatait területi és országos szervezetei útján látja el. A gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény hatályba lépésekor korszerűnek mondható és teljes körű gyógyszerész szakmai és társadalmi támogatását élvezett. A lakossági gyógyszerellátás teljesen új alapokra helyezése gyakorlatilag zökkenőmentes történt meg.

A törvény deregulál; hiszen kiveszi az állam kezéből a közvetlen lakossági gyógyszerellátást, hogy immáron gyógyszerészek által tulajdonolt, közfinanszírozott magánvállalkozások nyújtsák a továbbiakban ezen egészségügyi szolgáltatást. Az ellátás megváltoztatása következtében **magántőke került az ellátórendszerbe, javult a hozzáférés**, s a tulajdonosi szemléletből fakadóan **nagymértékben javult az ellátás minősége.**

Szemben a korábbi patikaliberalizációra, deregulációra irányuló sikertelen kezdeményezésekkel a 2006-2010-es - választási ciklussal egybeeső - időintervallumban a lakossági gyógyszerellátás szabályozását alapjaiban változtatták meg. Megalkotásra került a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól” szóló 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv), valamint az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló a 2006. évi XCVII. törvény. A törvény célja volt, hogy garantálja a kötelező társadalombiztosítás körében igénybe vehető ellátások meghatározásának átláthatóságát, kiszámíthatóvá és biztonságossá tegye a rendszer szereplőinek működését, biztosítsa a kötelező társadalombiztosítás rendelkezésére álló források felhasználásának méltányosságát, gazdaságosságát és szakmai hatékonyságát, valamint meghatározza a közvetlen lakossági gyógyszerellátó tevékenység folytatásának alapvető feltételeit.

A Gyftv-t hatályba lépésétől kezdve a gyógyszerész szakma minden eszközzel megpróbálta módosítani, hatályon kívül helyeztetni. A Magyar Gyógyszerész Kamara azonban – mivel köztestületi

funkciója megszűnt - nem képviselt megfelelően erős lobby szerepet. A Kamara érvrendszerére az akkor még ellenzékben lévő FIDESZ MPP azonban fogékonyak bizonyult és hatalomra jutása esetére ígéretet tett a dereguláció megszüntetésére.

Az új Kormány az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2010. évi LXXXIX. törvényben 2010. augusztus 17-től gyógyszer-tár-alapítási moratóriumot, valamint átmeneti fúziótilalmat rendelt el a lakossági gyógyszerellátásra vonatkozó új szabályozás kialakításáig.

Elemzést végeztünk a kettős könyvvitelt végző vállalkozások adatai alapján a „Gyógyszer-kiskereskedelem” szakágazatról. Leginkább az immateriális javak növekedése érdemel figyelmet, ami a különféle engedélyek, szoftverek, licenzek stb. szerepének növekedésével magyarázható, s ami az egy cégre jutó létszám csökkenését is lehetővé tette. **A gyógyszer-kiskereskedelem jövedelmezősége a vizsgált időszak alatt jelentősen romlott.** Mind az adózás előtti eredmény/saját tőke, mind az adózott eredmény/értékesítés nettó árbevétele, mind az üzemi eredmény/értékesítés nettó árbevétele folyamatosan csökkent 2006-2008-ban. Az egy foglalkoztatottra jutó adózott eredmény 406 ezer forintba csökkent 2008-ra, míg 2006-ban még megközelítette az 1,8 millió forintot. **Mindez azonban csak látszólag a liberalizáció következménye,** mivel sorra jelentek meg olyan változások a gyógyszer finanszírozásban, amelyek csökkentették a patikai árrést.

A statisztikák azt mutatják, hogy 2006. december 31. után **618 új gyógyszertár létesült.** A lakosság gyógyszertárhoz való hozzájutása elsősorban a nagyvárosokban lett egyszerűbb, míg a kistelepüléseké lényegében nem változott. **A kistelepüléseken a megszűnt közforgalmú gyógyszertárak helyét rövid időn belül fiókgyógyszertárak vették át,** így a gyógyszerellátás továbbra is biztosított, igaz alacsonyabb ellátási szinten. A városokban bezárt gyógyszertárak helyén csak kivételes esetekben nyíltak új gyógyszertárak, újabbak főként a forgalmas helyeken létesültek.

A minőségi gyógyszer-tári szolgáltatás biztosításának fontos feltétele az elegendő létszámú és megfelelő képesítéssel bíró szakszemélyzet. 2007 és 2009 között a gyógyszertárak száma átlagosan 19%-kal, míg a gyógyszerészek száma csak 15%-kal, az asszisztensek száma azonban közel harmadával nőtt. A növekvő patikaszám nem vonta magával a gyógyszerészek számának ugyanilyen arányú növekedését. Az asszisztensek létszámának növekedése mellett a képzések időtartama, személyi és tárgyi feltételei változóak.

A gyógyszer-tári árrés-rendszer (a közfinanszírozott gyógyszerek esetében) degresszív, az 5 ezer Ft feletti beszerzési árú készítmények esetében azonban fix érték (850 Ft). Utóbbit alkalmazzák az értékben mért gyógyszer-tári forgalom 43%-a esetén. A patikai árrés-százalék 2006 óta folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, ugyanakkor 2004 óta nem volt az árrés mértékét érintő változás.

A gyógyszer-tári vállalkozások közel 26%-a veszteséges, a veszteség összértéke meghaladja a 6 milliárd forintot. Az árrés bevételek csökkenése következtében nőnek a gyógyszertárak készletezési problémái, a patikáknak egyre kevesebb forrásuk marad a készletezésre. A szakágazati összes készletérték stagnál ugyan, de negyedével több gyógyszertár között oszlik meg. Egyre gyakoribb jelenség, hogy a vásárló által igényelt gyógyszer nincs készleten, hanem meg kell rendelni. Ennek következtében a beteg később jut gyógyszerhez.

A lakosság által érzékelt hatásokat egy reprezentatív, primer adatfelvétel során gyűjtött válaszok alapján vizsgáltuk. Elsődleges és nem meglepő megállapítás, hogy a gyógyszer-tári szolgáltatásokkal való elégedettség legszorosabb kapcsolatban a gyógyszertárak száma áll, pontosabban annak az utóbbi három évben érzékelt változása. Azok a válaszadók, akik szerint a lakóhely, a munkahely környékén, vagy ott, ahol vásárolni szoktak, **nőtt a patikák száma, szignifikánsabb nagyobb**

arányban voltak elégedettek a gyógyszerügyi szolgáltatásokkal, mint azok, akik szerint nem változott, vagy éppen csökkent a patikák száma.

A patikusok felkészültsége leginkább megyei szinten eltérő, a településtípus nem meghatározó eleme a kapcsolatoknak. **A lakosság 34,6%-a szerint jelentősen javult, 26,1%-a szerint javult a patikusok felkészültsége, míg 36,2%-uk nem érzékelt változást.** Mindössze 3,1% vélte úgy, hogy romlott a helyzet a korábbiakhoz képest.

A többség (62,5%) szerint javult, 1/3-uk szerint nem változott a **patikusok segítőkészsége** a liberalizáció óta, s mindössze 4,1%-uk érzékelt visszaesést ezen a területen.

A nyitvatartást a lakosság 52%-a javulónak értékelte, 43,6% pedig változatlanak. Romlást mindössze 4,4% látott. **A válaszadók 41,1%-a szerint kevesebb időt kell sorbanállással tölteni, míg 45,1%-uk szerint ugyanannyit kell** sorban állni, mint korábban. A válaszadók közel egyhangú (93,1%) véleménye szerint attól még nem lettek olcsóbbak a nem vényköteles gyógyszerek, hogy már gyógyszerüzletekben is lehet kapni őket.

Az internetes vásárlás és kiszállítás Magyarországon egyelőre nem jellemző vásárlási, illetve disztribúciós forma a gyógyszer-kereskedelem vonatkozásában.

Az elemzés során, **a patikák körében végzett felmérés alapján** a kínálati oldalról vizsgáltuk a gyógyszerügyi szolgáltatások változását.

A piaci verseny következtében a gyógyszer-kiskereskedelmi egységek költségcsökkentésre kényszerültek. A személyi állomány csökkentése, átszervezése mellett a készletállomány optimalizációja is szükségessé vált. A verseny erősödésével (a konkurencia számának emelkedése) egyre nőtt azon patikák aránya, amelyek – költségtakarékossági okokból – jelentősebb mértékű készletcsökkentésre kényszerültek. A liberalizáció nyomán bekövetkezett változások a gyógyszerüzletek működését is jelentősen átalakította. Az általános költségcsökkentési kényszer a szakszemélyzet számának csökkentését is jelentette.

A vásárlók sorban-állásának ideje is kedvezőbben alakult a lakosság megítélése szerint, mint ahogy a patikák azt magukról állítják. A lakossági megítélés esetében a liberalizáció révén megnövekedett gyógyszer-kiskereskedelmi egységek száma – önmagában – átlagosan rövidülő sorbanállást eredményez.

A patikák által alkalmazott **marketing és promóciós eszközök** közül a leggyakoribb – az esetek mintegy 45%-ában – a saját egyedi akciók alkalmazása. Népszerű még ezen felül a pontgyűjtő kártyák használata, amely költségesebb megoldás, de a vásárlókat hosszabb távon képes az adott gyógyszer-kiskereskedelmi egység ügyfeleként megtartani. A nagykereskedők akciók termékeinek katalógusai akkor tekinthetők hatékony marketing eszköznek, ha a patika a kedvezményeket a végfelhasználói árban is teljes mértékben érvényesíteni tudja, illetve, ha ezen felül az adott termékre még saját egyedi akciót is fel tud kínálni.

A 2007-ben megkezdődött gyógyszerpiaci liberalizáció a mai napig a viták keretében áll. A gyógyszer-gazdaságossági törvény 2007-es hatályba lépése bárki számára lehetőséget biztosított a patikanyitáshoz. A törvény hatályba lépését követően számos kisebb-nagyobb csoport próbált szerencsét a gyógyszer-kiskereskedelemben, egyesek hálózat építésbe is belefogtak. Számos olyan gazdaságilag instabil patikalánc is létrejött, mely rövid úton csődbe jutott. Természetesen a patikák

csődje nehéz helyzetbe hozta a finanszírozó nagykereskedőket is, melyek választhattak, hogy vagy hagyják csődbe jutni a patikákat, vagy megfinanszírozzák adósságukat, s új működtetőre bízzák őket.

A szabad patika-alapítás következtében 2007-hez képest **az interjúalanyok becslése szerint jelenleg összességében 400-500-zal több gyógyszertár működik**. Mindemellett éppen a törvény következményeként a piac mérete csökkent, s a patikai árréstömeg azonban még 2009-ben sem haladta meg a 2006-os szintet.

Az interjúalanyok többségének véleménye szerint a gyógyszerellátás összességében nem javult a liberalizáció következtében. A gyógyszertár-hálózat sem úgy változott a törvény hatályba lépése óta, ahogy azt elvárták volna, vagy amint azt előrevetítették. Az interjúalanyok szerint **elsősorban ott nyíltak új patikák, ahol már korábban is voltak, ahol sürgető igény lett volna rá (pl. a kistélepüléseken), ott jellemzően nem létesültek. A magas fix költségek és a várható alacsony forgalom miatt persze ez nem is volt várható**.

A 400-500 újonnan nyitott gyógyszertárnak a működéshez gyógyszerészekre volt szüksége. A humán erőforrás igényt főként nyugdíjasok reaktiválásával pótolták, illetve többen visszatértek erre a területre a szektoron belülről (például orvos és patika-látogatókból gyógyszerészek lettek). Az interjúalanyok tapasztalata, hogy **a rengeteg újonnan nyíló patika magasabb fizetést kínálva elcsábította a korábban is működő gyógyszertárak alkalmazottait**, így utóbbiak számára a szakember utánpótlás jelentős kihívássá vált. Mivel a szakasszisztens képzés OKJ-s képzés keretein belül folyik, rövid időn belül lehetetlen elsajátítani a szakmát.

A szakember-ellátottság alakulását nyilván másként ítéli meg a patikalétesítésben érdekelt vállalkozói-befektetői kör, az államigazgatás, valamint a patikus szakma. Abban azonban minden felelősen gondolkodó szereplő egyetérthet, hogy gyógyszerész nélkül egy patika sem működhet.

Több interjúalany is aggályát fejezte ki azzal kapcsolatban, hogy az új patikavállalkozásokat nem a szakma szeretete, az elhivatottság vezérli, hanem kizárólag a profit. Gyógyszerész körökben ezért gyakori beszédtema az etikus (szakmaiságot előtérbe helyező) vs. merkantil (gazdasági szempontokat követő) patikairányítási modell kettőssége.

A patikák nehéz pénzügyi helyzetük miatt egyre kevésbé készleteznek, a korábbihoz képest jóval gyakrabban pótolják a fogyást, így a nagykereskedő gyakrabban szállít, akár korábban elképzelhetetlenül kis mennyiséget is. Az alacsony készlet szint a vásárlók szempontjából sem előnyös, gyakran kénytelenek többször visszamenni a patikába, míg végül megvásárolhatják a kívánt készítményt.

A gyártókat nyomás alá helyezte a biztosító, hogy csökkentsék az áraikat, ezért a generikus termékek piacán nagyon komoly árcsökkenés következett be. Az időközben begyűrűző gazdasági válság ezt a területet jobban érintette, mint a többi támogatott vényköteles készítményekét.

Azáltal, hogy csökkent a fedezet és növekedtek a gyógyszertárak költségei, a korábban jól működő gyógyszertárak sokasága vált veszteségessé, vagy fizetéseképtelenné. A nagykereskedelmi szektornak összességében kb. 10 milliárd forint kinnlevőség állománya van a gyógyszertáraknál, illetve a kórházaknál.

Az interjúalanyok egyetértenek abban, hogy a liberalizációval a kísérő patikai szolgáltatások hozzáférhetősége javult, ezek minősége ugyanakkor korántsem biztos. Az engedményeket a patikák korábban nem adták tovább a betegeknek, az éleződő versenyhelyzet következtében azonban egyre inkább rákényszerülnek erre.

A törvényváltozás nem váltotta be azon hozzáfűzött reményeket, miszerint éppen a kistelepüléseken javul majd a gyógyszerellátás. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a változások vesztesei a kistelepülések gyógyszertárai, mivel a megváltozott szabályozási környezetben jellemzően nem képesek nyereséget termelni, valamint az olyan kistelepülésen élők, ahol megszűnt a gyógyszerellátás. Rosszabb helyzetbe kerültek azok a városi patikák is, melyek közelében új patika nyílt. A változások elszenvedői továbbá a nagykereskedők, akiknek egyre jelentősebb a patikai kinnlevőség állományuk

Másrészt a nagykereskedők számára nőtt a logisztikai teher, hiszen valamivel kevesebb gyógyszert 2000 helyett 2400 patikába illetve további néhány száz patikán kívüli üzletbe is el kellett juttatni. A legnagyobb probléma azonban a kinnlevőségek növekedéséből adódik. Az egyik nagykereskedő cég kinnlevőség állománya 2007 januárjában 1 milliárd forint körül volt, ami mára 4-5 milliárd forintra duzzadt.

Össességében tehát a lakosság pozitívan értékeli a liberalizáció első három évét, javulónak érzékeli a szolgáltatási nivót. A patikusok (főleg a láncon kívüliek) viszont növekvő versennyel, csökkenő árréssel és növekvő költségekkel szembesülnek, ami gazdasági helyzetüket jelentősen rontotta, sőt, sokaknál csőd közeli helyzetet idézett elő. Mivel az árrés-csökkenés egybeesett a patika alapítás liberalizációjával, ezért ebben találták meg a bűnbakot, holott a generikus (és egyéb) készítmények árának csökkentése és a visszaeső lakossági kereslet együttesen nagyobb hatású volt működésükben.

Teljes mértékben félrevezető mindezek miatt a tulajdonlást állítani a középpontba. Attól nem lesz jobb a patika működése egy-egy településen, hogy a gyógyszerész tulajdonolja (részben vagy egészben) a patikákat, hiszen a készletezés költségei, a folyamatos karbantartási-beruházási igény egyre nagyobb terhet ró rájuk. Ha az árrés-tömeg nem változik, akkor a csődök (ilyen kis tulajdonosokkal különösen) száma erőteljesen emelkedni fog, főleg éppen a gyógyszerész-tulajdonolta patikáknál (mivel a tőkepótlási képességük sokkal alacsonyabb, mint a lánchoz tartozó, tőkeerős tulajdonosokkal rendelkező gyógyszertáraké).

1. Bevezető

1.1 A kutatás témája

A fejlett országokban a gyógyszerpiacon más iparágakhoz és termékpiachoz képest jelentős az állami, kormányzati beavatkozás. Ennek alapvetően két oka van: egyrészt egészségpolitikai, másrészt az áru veszélyessége. Ugyanakkor az állami beavatkozás tekintetében heterogén a kép, és a liberalizációs trendek sem egységesek. Ezért különösen indokolt az utóbbi néhány év nemzetközi tapasztalatainak összegzése.

Magyarországon korábban a gyógyszerek teljes körére adminisztratív kereskedelmi korlátozások vonatkoztak (csak gyógyszerértári forgalmazás), s ezen felül a gyógyszerértári piac is igen zárt volt, amit adminisztratív piacralépési korlátok biztosítottak. A piac ezen állapotában azonban már megjelentek a gyógyszerértárok lánca fűzésével foglalkozó szándékok egyrészt külföldi befektetői csoportok, másrészt hazai gyógyszerértári kezdeményezések, illetve gyógyszergyártók oldaláról is. A 2006-ban lezajló hazai patikaliberalizáció módosította a gyógyszer-kiskereskedelmi cégek működési környezetét, nagyobb teret engedve a versenynek részben köztük, részben a nem vényköteles gyógyszerek szűk köre esetében új típusú piaci szereplők (benzinkutak, drogériák, hipermarketek stb.) bevonásával.

A verseny és az új szereplők piacralépése a piac koncentrációs folyamatait is felerősítette. A negatív hatásokat a gyógyszerértárok szempontjából a Magyar Gyógyszerészi Kamara hangoztatta, ugyanakkor az esetleges pozitív hatások és a lakosság szempontjából a következmények vizsgálata eddig még nem történt meg.

1.2 A kutatás célja

Kutatásunk célja annak feltérképezése volt, hogy a gyógyszer-gazdaságossági törvény hatályba lépése után három évvel, milyen strukturális és minőségi változások mutathatók ki a törvény közvetlen és közvetett hatásaként a magyar gyógyszer-kereskedelmi piacon a fogyasztók szemszögéből. Az új patikák nyitása, esetleg a verseny következtében néhány patika ellehetetlenülése és bezárása, a nyitvatartási idők változása közvetlenül hogyan hatott a hozzáférésre. A verseny következtében esetleg romló pénzügyi helyzet miatt csökkentett készlet szint pedig eredményezhette-e azt, hogy egyes drágább készítményeket nem tartanak készleten, így a vásárló azzal szembesül, hogy többször kell elmennie a gyógyszerértárba, mire a nagykereskedőtől megrendelt gyógyszert megkaphatja. Közvetetten ez a jelenség, ha terjed, ronthatja a hozzáférést.

A kutatásban azt is megvizsgáltuk, hogy a verseny okozott-e, s ha igen milyen szegmensekben és milyen mértékben árversenyt, illetve milyen formában (árkedvezmény, Ft/vény típusú kedvezmény, ajándék, akciók stb.).

A kiegészítő szolgáltatások terjedését is a verseny várható kedvező hatásaként értékelte a liberalizáció tervezésekor a minisztérium. Megvizsgáltuk, hogy milyen kiegészítő (ingyenes vagy térítésköteles, állandó vagy kampányszerű) szolgáltatások terjedtek el, s ezek fogadtatása milyen volt a lakosság részéről, valódi előnyként élték-e meg ezeket.

1.3 A kutatás módszertana

Annak érdekében, hogy szélesebb perspektívába tudjuk helyezni a hazai gyógyszer kiskereskedelemben bekövetkezett változásokat, nemzetközi kitekintést nyújtunk az európai országok gyógyszerpiaci szabályozásában az utóbbi években történt változások trendjéről. A szakirodalom

elemzésével megvizsgáltuk, melyek azok az országok, amelyekben jelentősebb változás történt a gyógyszerpiac kereskedelmének szabályozásában az elmúlt fél évtizedben. Ismertetjük a változások tartalmát és az elérhető adatok és elemzések alapján összefoglaljuk ezek hatását.

Ezt követően részletes áttekintést adunk a magyar gyógyszerpiac jogszabályi környezetéről, a rendszerváltás óta bekövetkezett változásokról, különös tekintettel a 2006-os jogszabályváltozásokra. A hazai szabályozást összevetjük a **nemzetközi gyakorlattal** és kiemeljük azokat az országokat, amelyekben a magyarhoz hasonló lépések történtek. Nemzetközi példákkal hasonlítjuk össze a megtett lépéseket és azok jogszabályi és társadalmi környezetét.

A rendelkezésre álló hazai **statisztikai adatok alapján** (OEP, KSH, ÁNTSZ, MGYK) idősorosan elemezzük, hogy az elmúlt 5 évben hogyan alakult a magyar gyógyszer-kereskedelmi piac kínálati oldala, milyen számszerű változások tapasztalhatóak a gyógyszerforgalomban, a gyógyszerárúsító helyek számában, a szektorban alkalmazottak számában, a hozzáférhetőségben, a készletekben. Megvizsgáltuk azt is, hogy végbement-e strukturális változás a piacon.

A folyamatok mögött húzódó összefüggéseket, és az esetleges minőségbeli változásokat **empirikus (kvalitatív) adatfelvétellel** tártuk fel. Ennek keretében mélyinterjút készítettünk a **gyógyszer-nagykereskedők** körében, amelyek segítségével összegeztük a változás kapcsán felmerült tapasztalataikat, különös tekintettel a piacon jellemző fogyasztói árszínvonalra és az adott kedvezmények alakulására. Erre azért van szükség, mert a gyógyszerek kiskereskedelmi eladási áráról nem áll rendelkezésre elérhető adat a statisztikákban, a hivatalosan gyűjtött adatok az ún. OEP fogyasztói árat tartalmazzák, s a gyógyszerári versennyel leginkább érintett területről, a nem támogatott gyógyszerekről az adatszolgáltatás nem megfelelő minőségű. A nagykereskedők azonban közvetlen rálátással bírnak a gyógyszerárak által alkalmazott eladási árak alakulását befolyásoló tényezőkre és az aktuális tendenciákra.

A projekt során **mélyinterjút készítettünk néhány patikai vezetővel** (ezek különböző forgalmú, különböző elhelyezkedésű és láncba tartozó/nem tartozó gyógyszerárak voltak). Az empirikus felmérés során feltártuk azokat az ismereteket, amelyek a kérdőíves felméréshez megtervezéséhez voltak szükségesek, valamint magyarázatot kerestünk a statisztikákban kirajzolódó változások háttérben meghúzódó összefüggésekre. A jelentős **gyógyszertári láncok vezetésével** készült mélyinterjúk képet adtak a láncok közötti verseny színtereiről, eszközeiről és ezek hatásáról a gyógyszerári piac és a lakosság szempontjából.

A nagykereskedőkkel és gyógyszerári vezetőikkel készített mélyinterjúkból nyert információk alapján olyan releváns kérdéseket tartalmazó kérdőívet állítottunk össze, amelyekből következtetni tudunk a verseny intenzitására, annak időbeli változására a patikaliberalizáció óta eltelt időszakban, valamint részletes, összehasonlítható információkat kerestünk a szolgáltatás minőségének alakulásáról. Ennek keretében **kvantitatív felmérést** készítettünk a magyarországi patikák körében. A kutatás során **300 gyógyszerárat kérdeztünk meg** telefonon tevékenységük alakulásáról, a nyújtott szolgáltatások köréről, és minőségéről.

Megvizsgáltuk, hogy a fogyasztók mit érzékelnek a korábban részletesen bemutatott változásokból. A **lakosság körében 1000 fős reprezentatív minta** válaszai alapján mutatjuk be, hogy átalakultak-e a gyógyszerfogyasztási és -vásárlási szokások az új lehetőségek megjelenésével, mit érzékelnek a fogyasztók a szolgáltatási színvonal alakulásával kapcsolatban, mennyire informáltak az új lehetőségekről, tapasztalják-e az esetleges árverseny hatásait, mennyiben javult, vagy rúdlis

térségekben esetleg romlott a hozzáférésük a gyógyszerekhez, milyen gyakorisággal fordul elő, hogy meg kell rendelni a gyógyszert, mert az nincs készleten stb.

A lakosság gyógyszertárakhoz való hozzáférését a települések belterületi **gyógyszertár elhelyezkedési sűrűsége** alapján is elemezzük. Településenként és Budapesten kerületenként összevetettük a népsűrűséget és a gyógyszertári sűrűséget, s ezáltal térinformatikai ábrázolással és kvantitatív elemzéssel is bemutattuk, hogy a lakosság mekkora részére (valamint hol) javult, illetve romlott, s milyen mértékben a gyógyszerek hozzáférhetősége. A gyógyszertárak hivatalos regisztere alapján az elemzést különböző napszakokra is elvégeztük.

Kutatásunkban a piac valamennyi szereplőjének szemszögéből mutatjuk be, hogy milyen változásokat hozott a gyógyszer-gazdaságossági törvény a gyógyszerpiacon, és elemezzük a különbségek hátterében húzódó jelenségeket. A kutatás során a Magyarországon tapasztalt hatásokat összevetettük más országokban tapasztalt változásokkal, így teljes, nemzetközi viszonyokba ágyazott képet kapunk a hazai patikaliberalizáció hatásairól.

2. Nemzetközi tapasztalatok

2.1 A gyógyszerellátás folyamata

Magyarországon a lakosság – hasonlóan a legtöbb országhoz - kétszintű ellátórendszeren keresztül juthat gyógyszerhez. A gyógyszergyártó és a beteg között a gyógyszer nagykereskedő, valamint a közforgalmú gyógyszertár (gyógyszer kiskereskedő) vesz részt az ellátási láncban. (Az alábbi ábra szándékolatlan nem tér ki az esetleges harmadik félre (finanszírozó), valamint a (vényköteles) gyógyszert indikáló felíró orvosra.)

1. ábra. A lakossági gyógyszerellátás folyamata



Az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló irányelv ¹ elsődleges célkitűzése a közegészség megóvása, elismerve ez által a gyógyszer különleges áru voltát. Az irányelv nagykereskedőkkel szemben támasztott követelményei a biztonságos gyógyszerellátást

¹ AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS IRÁNYELVE (2001. november 6.) az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről (2001/83/EK)

szolgálják, melynek érdekében ezen tevékenységet külön engedélyhez köti, és részletesen megadja a minimálisan teljesítendő személyi- és tárgyi feltételeket. A gyógyszer nagykereskedelemre vonatkozóan nincs további piacra lépést, és/vagy működtetést korlátozó szabály.

A gyógyszerek kiskereskedelmi forgalmazásának szabályozása azonban – a szubszidiaritás elvének megfelelően - nincs közösségi szabályozás, az teljes mértékben nemzeti kompetencia. A közforgalmú gyógyszertárak létesítése és működtetése ügyében azonban egyre gyakoribbak az EU bírósági ügyek, melyek tárgya a helyi piac- és versenykorlátozó intézkedések megtámadása, megkérdőjelezése. Ezek a szabálysértési eljárások, vagy bíróság elé citált ügyek döntései azonban már iránymutatóként szolgálnak nemcsak az érintett ország, hanem a többi tagállam számára is. A nemzetközi irodalomfeldolgozás fejezetében az egyes országok bemutatásakor ezekre az ügyekre is részletesen kitérünk.

2.2 A közforgalmú gyógyszertár működtetés modelljei

A gyógyszertár működtetés tekintetében a nemzetközi irodalom alapvetően az ún „merkantilista” valamint az „etikus” modellt különbözteti meg egymástól. A merkantilista modellben a gyógyszertár egy átlagos kereskedelmi egységként fogható fel, ami ugyanolyan árut árusít, mint bármely más (kis)kereskedelemmel foglalkozó vállalkozás, gyógyszerész-szakmai privilégiumok és érdemi piacra lépést korlátozó szabályozás nélkül. Ezzel szemben az etikus működési modell erőteljesen piackorlátozó szabályozói környezetben garantálja a gyógyszer, mint különleges árú biztonságos és minőségi kiszolgáltatását. (A két modell „vegytiszta” formájában természetesen nem létezik, merkantil túlsúlyú, vagy etikus túlsúlyú működési modellek léteznek csupán.) Az alábbi táblázat e két működési modellt mutatja be.

1. táblázat. Az etikus és a merkantilista modell összehasonlítása

Szabályozó tényező	Etikus modell	Merkantilista modell
Gyógyszertárak száma	Korlátozott	Nem korlátozott
Gyógyszertárak elhelyezkedése	Van demográfiai és földrajzi korlát	Nincs demográfiai és/vagy földrajzi korlát
Gyógyszertár tulajdonosa	Kizárólag gyógyszerész lehet	Nem csak gyógyszerész lehet
Tulajdonolt gyógyszertárak száma	Egy gyógyszerész egy patikát birtokolhat	Tulajdonok száma nem korlátos - láncok
Tevékenység nyilvántartáshoz/ engedélyhez kötött	Igen	Nem/kevésbé rigid
Gyógyszer hozzáférés	Csak gyógyszertárból	Nem kizárólag gyógyszertárból
Ár(árzás), ösztönzés	Szabályozott	Nem szabályozott
Gyógyszerész egyéb tevékenysége	Végső felelősséggel tartozó gyógyszerész más tevékenységet nem folytathat	Végső felelősséggel tartozó gyógyszerész folytathat más tevékenységet
Gyógyszerész helyettesítése	Végső felelősséggel tartozó gyógyszerész nem helyettesíthető	Végső felelősséggel tartozó gyógyszerész helyettesíthető
Forgalmazott termékkör	Korlátozott	Nem/kevésbé korlátozott
Alternatív elosztási csatornák az értékesítés során (telefonos, internetes rendelés, futár stb.)	Nem alkalmazhatóak	Alkalmazhatóak

2.3 Nemzetközi szabályozás

Annak érdekében, hogy szélesebb perspektívába tudjuk helyezni a hazai gyógyszer kiskereskedelembe bekövetkezett változásokat, nemzetközi kitekintést nyújtunk az európai országok utóbbi években történt változásokról, annak trendjéről. A szakirodalom elemzésével megvizsgáljuk, melyek azok az országok, amelyekben jelentősebb változás történt a gyógyszerpiac kereskedelmének szabályozásában az elmúlt fél évtizedben. Ismertetjük ezen változások tartalmát és az elérhető adatok és elemzések alapján összefoglaljuk ezek hatását.

A nemzetközi összehasonlításba olyan EU tagállamokat vettünk górcső alá, amelyek

- bemutatásán keresztül jól érzékelhető az etikus és a merkantilista modell markáns különbsége, valamint
- az ország közelmúltbeli nemzeti szabályainak változtatásai, annak hatása és/vagy aktuális EU bírósági ügye miatt említésre érdemes.

2.3.1 Közösségi szabályozás

2.3.1.1 Gyógyszerellátás szabályozása

A gyógyszerellátás keretrendszerét az Európai Parlament és a Tanács, az „emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről” szóló irányelve szabja meg². A személyek, áruk, tőke és szolgáltatások szabad áramlásának jegyében nincs gyógyszer-kereskedelemre vonatkozó korlátozás, az irányelv mindössze a biztonságos gyógyszerelés érdekében fogalmaz meg teljesítendő feltételeket, valamint megfogalmazza azt az elvárást, hogy a nemzeti szabályozást hozzák ezekkel összhangba.

Ahogy a korábbiakban már utaltunk rá, a gyógyszerellátási lánc a gyártó és a végső fogyasztó (beteg) között két szintből; a nagy- és kiskereskedelemről áll. Az Európai Unió az egységes piacra való tekintettel csupán a gyógyszer-kereskedelem keretrendszerét határozza meg, míg az egyes országokra jellemző szabályozás nemzeti hatáskörben marad. Ezek a szabályok bizonyos tekintetben nagyon is hasonlóak, ugyanakkor eszközrendszerében, „részletszabályaiban” nagyon is különbözőek; az ellátási szervezet rendszere (patikalétesítés és -működtetés), az árképzés, az ártámogatási rendszer stb. szabályozása és gyakorlata eltér egymástól.

A további, közösségi szabályozók már nem ágazat-specifikusak; a gyógyszer kereskedelemre is ugyanolyan szabályok vonatkoznak, mint bármely más kereskedelmi tevékenységre.

A 2001/83/EK irányelv harmonizálása a tagállamok nemzeti szabályozásában már megtörtént, azonban az irányelv a nemzeti szabályozás közelítését is célul tűzte maga elé, egyelőre külön kényszerítő erő nélkül. Ezen a ponton van kiemelt jelentősége az Európai Bíróságnak, amely egy-egy ítéletével precedenst teremtve kikényszerítheti a nemzeti szintű jogalkotást és jogalkalmazást.

² AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS IRÁNYELVE (2001. november 6.) az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről (2001/83/EK)

2.3.1.2 Közösségi versenypolitika

Ki kell emelni a közösségi versenypolitikát, amely célja, hogy a közös piacon fenntartsa és fejlessze a versenyt azáltal, hogy befolyásolja a piac szerkezetét és a piaci résztvevők magatartását³.

A közösségi versenypolitikát alapjaiban a Római Szerződés 81. és a 82. cikkelye szabályozza. Ez megtilt minden, a tagállamok közötti kereskedelmet érintő versenyellenes megállapodást és az erőfölénnyel való visszaélést az egységes belső piacon⁴. Ez szolgál a kartell- és monopóliumellenes politika alapjául. A szabályozás kiterjed mind a horizontális mind a vertikális megállapodások ellenőrzésére.

A Római Szerződés fúziókra vonatkozó szabályozást nem tartalmazott, ezt a kérdéskört a 139/2004/EK rendelet szabályozza. Az összefonódások jelentős része kifejezetten kívánatos gazdaságpolitikai és a versenyképesség javítása értelemben (piaci terjeszkedés, költségkímélés, hatékonyság növelés), ugyanakkor olyan fúziók, amelyek erőfölényt hoznak létre úgy, hogy a közös piacon potenciálisan képes a közös versenyt akadályozni, nyilvánvalóan nem kívánatosak.

A rendelet explicit kritériumokat határoz meg, melyek teljesülése esetén a versenyhatóság bizonyosan nem engedélyezheti a fúziót, ugyanakkor azokat a kritériumokat is megszabja, amely esetekben mód van mérlegelésre és el lehet térni az általános szabályoktól.

Az explicit kritériumok, melyek esetében nem engedélyezik az összefonódást, a következők: ha a „szóban forgó cégek forgalma összesen, világviszonylatban eléri az 5 milliárd eurót, a részt vevő vállalatok közül kettőnek a Közösségen belüli forgalma külön-külön meghaladja a 250 millió eurót, feltéve, hogy e bevételük kétharmadát nem ugyanabban a tagállamban realizálják”⁵. A fúzióban részt vevő vállalatok igyekeznek elkerülni a kötelező engedélyeztetést és olyan megoldást találni, hogy ne essenek a versenyhivatal hatáskörébe. A horizontális, a vertikális és a konglomerátum típusú fúziók közül a legtöbb probléma a horizontális integráció kapcsán merül fel.

2.3.2 A gyógyszerpiaci szabályozás változásának trendje Európában

A gyógyszerpiaci nemzetközi szabályozásban egyre gyakrabban és erőteljesebben érvényesül a neoliberais közgazdasági szemlélet, amely szerint a szabad piaci verseny a rendszer működésének leghatékonyabb záloga. Ennek elősegítése érdekében minden olyan intézkedést, állami beavatkozást a szükséges minimumra szorít, ami a piac sérülésével jár nincsenek, vagy jelképesek a piacra lépési korlátok.

A közösségi szabályozás - illetve a terület explicit szabályozásának hiányában az elvárás (vagy precedens értékű ítéletek) - nincs mindig összhangban a nemzeti szintű piaci szereplők egyéni érdekeivel, különösen érte ez alatt a gyógyszer kiskereskedelemben dolgozó gyógyszerészeket. Ezért a gyógyszerész szakmai csoportok, - hiszen nyilvánvalóan főként ők állnak a változások célkeresztjében - mindent megtesznek annak érdekében, hogy alátámasszák érvrendszerüket a gyógyszerértár létesítésre és annak működtetésére vonatkozó korlátozó szabályozás fenntartásában.

3 The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK. Annex C: Mossialos, E., Mrazek, M.: The Regulation of Pharmacies in Six Countries. Report prepared for the Office of Fair Trading, January 2003. <http://www.offt.gov.uk/News/Publications/Leaflet+Ordering.htm>,

4 Versenyjog az Európai Unióban, http://www.euvoanal.hu/index.php?op=kozossegi_politikak&id=17

5 1997. évi LVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenységről

A következő táblázat a különböző szabályozó eszközök hatását mutatja be a lakossági gyógyszerellátás hatékonyságra, hozzáférésre, valamint a méltányosságra vonatkozóan ⁶.

2. táblázat A különböző szabályozó eszközök hatása

Szabályozó	Paraméter
Földrajzi elhelyezkedés korlátozása	Hozzáférés, méltányosság, árverseny
Gyógyszertárak számának korlátozása	Hozzáférés, méltányosság, árverseny
Tulajdonlás korlátozása (csak gyógyszerész, láncok)	Hatékonyság
Gyógyszer hozzáférés (gyógyszertáron kívüli hozzáférés)	Hatékonyság, hozzáférés
Vényköteles gyógyszerek kiadásának személyi feltételei nyilvántartása vétel, engedélyhez kötés	Hatékonyság
Nyitvatartási idő meghatározása	Hozzáférés
Ár meghatározás, megtérítés, ösztönzés	Hatékonyság

A 2006-ban készült ÖBIG tanulmány⁷ a dereguláció elméletileg várt hozadékait és valódi eredményeit veti össze azon országokban, ahol a dereguláció – különböző mértékben ugyan, de – már megtörtént azokkal az országokkal, ahol ilyen jellegű törekvések vannak.

A patika létesítésével és működtetésével, valamint a tulajdonlással kapcsolatos liberalizáció a közforgalom működését tulajdonképpen az etikus modell irányából a merkantilista modell irányba tereli. E szerint megszűnnek a gyógyszerész patikalétesítésre és -működtetésére, valamint tulajdonlásra vonatkozó privilégiumai. Eredményként tehát a korábban független tulajdonos és/vagy működtető gyógyszerész alkalmazottá válik az egyre növekvő számú szolgáltatói területen – mivel a patikák alapítására vonatkozó földrajzi- és demográfiai (esetleg egyéb) korlátok is eltűnnek.

A dereguláció elméletileg várható hozadékai az alábbiak lehetnek:

- nő a szolgáltatók közötti verseny,
- a verseny fokozódásának következményeként árverseny alakul ki (amely várhatóan közkiadás csökkenésben is megmutatkozik,
- javul a hozzáférés időben és térben,
- szélesedik az igénybe vehető szolgáltatások köre,
- javul a szolgáltatások minősége.

Összegezve tehát a deregulációtól a rendszer hatékonyságának növekedését, a szolgáltatás minőségének javulását várják.

2.3.3 A gyógyszerész tulajdonlás deregulációjának esetleges hatásai ⁸

Amennyiben bárki lehet tulajdonos, **elindul a vertikális integráció** és a tulajdonlás a gyógyszerészek felől a gyógyszerelosztó rendszer egyéb szereplői - főként a nagykereskedők - felé tolódik. Ezzel párhuzamosan csökken a gyógyszerész szakmai döntési kompetenciája, ami a rendelés és egyéb „kiemelt termékek” belső promóciójában is nyilvánulhat. Ebben az esetben nyilvánvalóan eltűnik a tulajdonosi szerepből fakadó, ún. „hozzáadott érték”. (Ezen folyamat ellehetetlenítheti a független

6 Kanavos P, Llunch M. Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain, Health Policy; 2010;95(2): 245-54

7 Community pharmacy in Europe – Lessons from deregulation – case studies, Vienna, February 2006, ÖBIG, <http://www.apteekkariliitto.fi/BinaryServlet?rs=623/659/:7267/>

8 Community pharmacy in Europe – Lessons from deregulation – case studies, Vienna, February 2006, ÖBIG, <http://www.apteekkariliitto.fi/BinaryServlet?rs=623/659/:7267/>

gyógyszertárakat, valamint megnehezíti, vagy ellehetetleníti a gyógyszerész tulajdonossá válásra törekvését.) A vertikális integráció eredményként különböző érdekkonfliktusok jöhetnek létre, s ezek elkerülése végett igen sok országban nem engedélyezett a patikai tulajdonlás sem a felírók (orvosok), sem pedig a gyógyszergyártók körében.

A többszörös tulajdonlás lehetővé tétele eredményeként jönnek létre a **gyógyszertár hálózatok**. A kiskereskedelmi szinten megvalósuló **horizontális integráció** következményeként jönnek létre a patikaláncok. A hálózatok, vagy gyógyszertár láncok létrejötte esetén szintén csorbul a szakmai döntési kompetencia, s jelentősen megnövekedhet a személyi állomány fluktuációja is.

Komoly aggályokat vethet fel az, ha a vertikális és a horizontális integráció együttesen valósul meg. A piac – mindkét szinten zajló - túlzott koncentrációja ugyanúgy komoly versenyt korlátozó tényező lehet, ami különösen nem kívánatos oligopol, esetleg monopol formában.

2.3.4 A gyógyszertár alapítás deregulációjának esetleges hatásai ⁹

Abban az esetben, ha nincsen semmiféle korlátja új patika létesítésének, úgy megnő a gyógyszertárak száma. Mivel a profitabilitás igen jelentős mértékben függ a földrajzi elhelyezkedéstől és a lakosság létszámától, várható az is, hogy **a jobb jövedelmezőség érdekében a kis településeken bezárnak a patikák és felszaporodnak a nagyobb árbevételt ígérő nagyvárosokban**. Ennek eredményeként sérül a betegek szolgáltatáshoz való hozzáférése, **csökken a méltányosság**. A nagyvárosokban esetlegesen megnövekedett számú gyógyszertárak fajlagos jövedelmezősége értelemszerűen csökken. A gyógyszertárak számának növekedésével várhatóan csökken az egy patikára jutó gyógyszerész és asszisztencia száma, ami magában hordozza a szolgáltatás színvonalának esetleges csökkenését is. Persze kérdéses, hogy egyéb támogatás hiányában az alacsony jövedelmezőségű, kis vidéki (falusi) patikák meddig maradnának meg önállóan (vagyis a gyógyszerész meddig finanszírozza saját zsebből a működtetést!).

Az ÖBIG tanulmány következtetése szerint – az általa tárgyalt országok (Írország, Hollandia, Norvégia) tapasztalatai alapján a liberalizáció nem feltétlenül váltja be a hozzá fűzött reményeket, vagyis:

- nem nő szükségszerűen a verseny,
- nem csökken az OTC készítmények ára,
- nem valósul meg kiadás kontroll a gyógyszerpiacon,
- kedvezőtlen irányba változhat a hozzáférés és a szolgáltatás minősége.

2.3.5 Az egyes tagállamok gyógyszerpiaci szabályozásában történt változásai és hatásaik

Ebben a pontban azon országok szabályozását mutatjuk be, ahol a közelmúltban jelentős – jellemzően deregulációs - változások történtek. Ezt követően az Európai Unió Bíróság által a közelmúltban lezárt, és mint a későbbiekben látni fogjuk a gyógyszerész-társadalom számára rendkívül nagy jelentőséggel bíró ítéleteit mutatjuk be.

Az alábbiakban áttekintjük néhány tagállam gyógyszer kereskedelemre vonatkozó szabályozását, különös tekintettel a gyógyszertárak létesítésének és tulajdonlásának korlátaira, amely alapvetően

⁹ Community pharmacy in Europe – Lessons from deregulation – case studies, Vienna, February 2006, ÖBIG, <http://www.apteekkariliitto.fi/BinaryServlet?rs=623/659/7267/>

megszabja a nagy- és kiskereskedelem vertikális, valamint a kiskereskedelem horizontális integrációjának lehetőségét. Az országok között bemutatunk szigorú korlátozásokat alkalmazókat (Ausztria, Spanyolország), liberalizált piaci szabályozásúakat (Egyesült Királyság, Hollandia) és olyan országot is, ahol még csak megindult a dereguláció (Németország).

2.3.5.1 Ausztria

Gyógyszerellátási rendszer

Ausztriában számos törvény szabályozza a gyógyszerügyi szektort (pl.: gyógyszerügyi törvény, a gyógyszertárak működésének szabályozása, vényellenőrzési törvény). 2002-ben a szektort felügyelő hatóságok felelőssége szövetségi és tartományi szintről regionálisra tolódott (Bezirkverwaltungsbehörden).

Hozzáférés

Ausztriában a gyógyszereket főleg közforgalmú gyógyszertárakban árúsítják. Ezen kívül működnek

- fiókatikák, melyek működését egy (fő) közforgalmú gyógyszertár ellenőrzi. Minden közforgalmú patika egy fiókatikát üzemeltethet.
- Azon településeken, ahol nincs közforgalmú gyógyszertár, az orvosok engedélyt kapnak vényköteles és OTC gyógyszerek saját betegeik részére történő forgalmazására (kézigyógyszertár).
- Drogériák (ún. „drugstore”), ahol a vény nélkül kapható gyógyszerek csak egy nagyon erősen szűkített körének árusítása engedélyezett.

A kézigyógyszertárak igen fontos szerepet játszanak Ausztriában, hiszen a vényköteles gyógyszerek forgalmának csaknem felét ezen keresztül bonyolítják. 2005. január 1-én 1.172 közforgalmú gyógyszertár (melyből 19 fiókatika) és 992 kézigyógyszertár működött Ausztriában. Így átlagosan 3.720 lakos jut egy vényköteles készítményeket forgalmazó gyógyszertárra. Az OTC termékek körét csak gyógyszertárban és gyógyszertáron kívül is forgalmazható csoportra osztották. Az alábbi táblázat mutatja a lakossági gyógyszerellátás intézményeit leíró főbb adatokat 1990-től kezdve.

A lakossági gyógyszerellátás szerkezeti alakulása 1990 és 2005 között (Ausztria)

3. táblázat A lakossági gyógyszerellátás szerkezeti alakulása 1990 és 2005 között (Ausztria)

Gyógyszertárak	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gyógyszertárak száma								
Közforgalmú gyógyszertárak	950	1.004	1.086	1.112	1.126	1.141	1.162	1.172
ebből:								
Fiókatika	12	14	20	21	21	19	20	19
Kézigyógyszertárak	947	983	987	998	982	993	989	992
Összesen	1.909	2.001	2.093	2.131	2.129	2.153	2.171	2.183
Gyógyszerellátó hely/fő								
Gyógyszertár/fő	7.981	7.807	7.244	7.099	7.048	7.001	6.871	6.819
Vényköteles gyógyszerellátó hely/fő	4.022	3.972	3.828	3.774	3.797	3.772	3.741	3.720

A gyógyszertárak több mint a fele vidéken és kisvárosokban található. Az utóbbi tíz évben, legnagyobb számban olyan településeken nyíltak patikák, ahol azelőtt nem volt gyógyszertár. Mivel a kormány korlátozza a gyógyszerek gyógyszertáron kívüli forgalmazására kiadott engedélyek számát, a drogériák elhanyagolható szerepet játszanak a gyógyszerellátásban. Az utóbbi néhány évben emelkedett az OTC készítményeket árusító drogériák száma és az üzletláncok erősödő nyomást

gyakorolnak a szektor további liberalizációja érdekében (többféle gyógyszert szeretnének forgalmazni).

Patikalétesítés

Új gyógyszertár alapítása Ausztriában a regionális hatóságok hatáskörébe tartozik, melyek az engedélyt az osztrák gyógyszerári törvény (Apothekengesetz) alapján adják ki. A patikaalapítás szabályai 1998 márciusában változtak. Jelenleg akkor alapítható új gyógyszertár, ha az adott településen van háziorvos, valamint a demográfiai és geográfiai jellemzők alapján szükség van új patikára. Lakosságszám alapján akkor nyitható új gyógyszertár, ha az adott területen működő régi patika szolgáltatásait igénybevevők száma nem csökken 5.500 fő alá. Szemben az 1998 előtt érvényes szabályozással, mely 5.500 főre engedélyezett egy gyógyszertárat, **a módosítás lehetővé tette bevásárlóközpontokban is új gyógyszertárak alapítását.** A gyógyszertárak működését szabályozó rendelet 143 m² ellátási területet biztosít minden a jogszabályban meghatározott helyiséggel (raktár, officina, laboratórium) rendelkező gyógyszertárnak, míg a két patika között a legkisebb távolság 500 m lehet.

Minden közforgalmú gyógyszertár egy fiókpatikát üzemeltethet, amennyiben a legközelebbi gyógyszertár több mint 4 km-re van. Azon települések háziorvosai, ahol nincs gyógyszertár, kizárólagos gyógyszertár működtetésére kérhetnek engedélyt. Ha 4 km-es távolságon belül új patika nyílik, az engedélyt visszavonják. Két gyógyszertár között Ausztriában átlagosan 3,5 km a távolság.

Gyógyszertár tulajdonlás

Ausztriában csak egyetemi végzettséggel és a 2005/36/EC EU Direktívának megfelelő képzettséggel rendelkező **gyógyszerész tulajdonában lehet patika.** További követelmény a legalább 5 éves gyógyszerári gyakorlat, a jogképesség, a megbízhatóság, a jó fizikai és egészségi állapot, valamint a kiváló német nyelvtudás.

A közforgalmú gyógyszertárnak **több tulajdonostársa is lehet,** amennyiben a patika több mint fele részben az engedéllyel rendelkező, a gyógyszertárat vezető gyógyszerész tulajdonában van. Egy gyógyszertár egy fiókpatikát működtethet, azonban több közforgalmú gyógyszertár nem lehet egy gyógyszerész tulajdonában.

Gyógyszertári szolgáltatások

Jelenleg 11.400 készítmény törzskönyvezett Ausztriában (a gyógyszerek egyes kizárólagos készítményeit nem számítva), melyekből 9.116 (80%) vényköteles és 5.200 a támogatott. A törzskönyvezett gyógyszerek 60%-a van forgalomban. A nagykereskedők átlagosan naponta három alkalommal szállítanak.

A generikus készítményekkel való helyettesítés általánosan nem megengedett, csak abban az esetben, ha azt az orvos explicit módon kéri. Minden gyógyszertár rendelkezik a magisztrális gyógyszerek előállítására alkalmas laboratóriummal. Az egészségbiztosító által támogatott forgalom 2,4%-át teszik ki a magisztrális készítmények. 2005 óta kötelező a vények elektronikus rögzítése.

A gyógyszerellátáson kívül, mely a patikák fő feladata, részt vállalnak a szűrővizsgálatokban (vérnyomásmérés, testtömeg mérés, látás vizsgálat), a lejárt gyógyszerek begyűjtésében és különböző egészségügyi kampányokban, speciális ún. „betegség menedzselő” programokban (pl. asztmás vagy diabetikus betegek számára).

Gyógyszer kiadások

1996 óta az osztrák gyógyszerpiac növekedése csaknem 60%-os. A gyógyszerköltség 2003-ban 2.878 millió eurót tett ki, mely 9,2%-os növekedést jelentett 2002-höz képest. A gyógyszertárak összforgalma 2.396 millió euró volt 2004-ben, ami 4,7%-kal magasabb, mint 2003-ban. A patikák átlagos forgalma 1,7 millió euró.

2005-ben az osztrák gyógyszer kiskereskedelem a 14. helyet foglalta el Európában. A 1.691 millió eurós árbevétel 1,8%-os részesedést jelent az európai piacon ¹⁰.

Árrés

A gyógyszerek kiskereskedelmi árrését az egészségbiztosító regresszíven szabályozza, melyet 1995-ben, 1997-ben és 2004-ben csökkentették. **2004-ben az összesített patikai árrés 28,2% volt.** Az osztrák szövetségi biztosító és a gyógyszerészársaság által 2000. január 1-én kötött megállapodás értelmében a gyógyszertáraknak a biztosító által kifizetett, az előző évihez képest megnövekedett támogatás 13%-át ún. szolidaritási közreműködésként be kell fizetniük. További 2,5%-ot kell befizetniük azoknak a gyógyszertáraknak, amelyekben a támogatott gyógyszerek forgalma meghaladja az országos átlagot.

2.3.5.2 Németország

Árszabályozás

A vényköteles és OTC gyógyszerek kiskereskedelmi árát csak részben szabályozza a Gyógyszerár Szabályozás. A gyártók szabadon állapíthatják meg az árakat, melyet a referencia ár-rendszer indirekt módon befolyásol. A **referencia ár** 1989-ben vezették be, a terápiás csoport súlyozott átlagára alapján számítják, ez képezi a maximális támogatás alapját. Amennyiben a vényköteles gyógyszer ára magasabb, mint a támogatási maximum, a kettő közötti különbséget betegnek ki kell fizetnie. 2004-ben a vényforgalom 61,7%-ára, az összes eladás 39,7%-ára, összesen 420 hatóanyagra terjedt ki a referencia ár-rendszer.

A szabályozott nagykereskedelmi és kiskereskedelmi árrés hozzáadódik a termelői árhoz. A nagykereskedelmi árrés fordítva változik a termelői árhoz képest (12-21%), melyből a gyógyszertárak átlagosan nem több mint 6% engedményt kapnak. **A nagykereskedelmi árrés így átlagosan a termelői ár 8,9%-a.**

1999-ben az átlagos árrés 20,3% volt. A rögzített ár biztosítja a gyógyszerek kiskereskedelmi árának egységességét egész Németországban, megelőzve ezzel az árversenyt. A gyógyszertáraknak fel kell számítaniuk a teljes árrést, ezért **a nagykereskedők nem adhatnak rabattot.** Az OTC készítmények kiskereskedelmi ára nem szabályozott.

Hozzáférés

Németországban gyógyszert, beleértve a vényköteles és a vény nélkül is kapható készítmények többségét, csak gyógyszertár forgalmazhat. Gyógyszertáron kívül, pl. bevásárlóközpontokban, csak gyógyteák és alacsony hatóanyag-tartalmú vitaminkészítmények árusíthatók. 2001-ben,

¹⁰ GIRP (Groupement International de la Répartition Pharmaceutique or European Association of Pharmaceutical Full-line Wholesalers) Executive Report FY 2005. IMS

Németországban 21.592 közforgalmú gyógyszertár működött, átlagosan 3.800 lakosra jutott egy patika.

Patikalétesítés

Sem az egy adott területen nyitható gyógyszertárak számát, sem a patika helyét nem szabályozzák. **Gyógyszerész bárhol nyithat gyógyszertárat.**

Gyógyszertár tulajdonlás

Gyógyszertár csak gyógyszerész tulajdonában lehet, egy gyógyszerésznek 2004-ig csak egy patikája lehetett¹¹. Kivételt képezett ez alól az a ritka eset, amivel a gyógyszerészeket arra szerették volna ösztönözni, hogy nagyon távoli és ritkán lakott területeken (pl. Északi-tengeri szigetek) is nyissanak gyógyszertárat, ahol ez nem nyereséges. Ez esetben megengedett volt két gyógyszertár tulajdonlása: egy a jövedelmező területen, egy pedig a kijelölt, távoli vidéken. **2004-től egy gyógyszerész tulajdonában 4 gyógyszertár (1+3 fiókpatika) lehet.**

A gyógyszerészek személyesen és teljes körűen felelnek vállalkozásuk gazdasági nyereségéért. A gyógyszertárat működtető gazdasági társulás betéti társaság, valamint korlátolt felelősségű társaság lehet.

Termékek

A német gyógyszertárak gyógyszereket és egyéb egészségügyi termékeket egyaránt forgalmaznak¹². A gyógyszertárnak nem kizárólagos joga a gyógyszer kiskereskedelem, állatorvosok az általuk kezelt állatok számára árusíthatnak gyógyszert és **bizonyos orvosságok patikán kívüli kereskedelemben**, és az ún. DocMorris ügyben született ítélet óta, **az interneten is kaphatók** (l.: a továbbiakban).

A gyógyszerek két csoportját különböztetik meg:

- Vényköteles gyógyszerek: melyek a gyógyszer hatóanyaga, hatáserőssége, az alkalmazás módja alapján kerülnek besorolásra.
- Vény nélkül kapható gyógyszerek (OTC): melyekben megkülönböztetnek patikán kívül is forgalmazható és csak gyógyszertárban árusítható készítményeket.

Gyógyszertári szolgáltatások

2002. február óta, amikor hatályba lépett a Gyógyszerkiadásokat limitáló törvény, **a gyógyszerésznek kötelező olcsóbb készítménnyel helyettesítenie a felírt gyógyszert**, hacsak az orvos azt kifejezetten meg nem tiltja. A patikában dolgozó gyógyszerészek néhány egyszerű vizsgálatot is elvégezhetnek: terhességi teszt, vérnyomásmérés, vérmintavétel, albumin és vérérvizsgálat.

Internetes értékesítés ¹¹

Németországban az interneten történő értékesítés egyre nagyobb jelentőségre tesz szert mind az OTC, mind pedig a vényköteles gyógyszerek disztribúciójában. A Német Gyógyszerészek Szövetsége (az Apothekerverband) megpróbálta megakadályozni a DocMorris cég helyi működését. Az ügy előbb a frankfurti bíróságra került, amely elmarasztalta a céget, mivel a gyógyszerek postai kereskedelme

11 Hogyan változik Európa gyógyszerkereskedelme? 2006.11.11. 18.25. http://www.marketingpirula.hu/script/site/page.asp?artid=599&Cat_ID=4

12 Pharmaceuticals/Country Profile/Germany. World Health Organization, Regional Office of Europe http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020425_2

Németországban tilos. Mivel a holland internetes cég lehetővé tette vásárlói számára a gyógyszerek személyes átvételét, vagy speciális futárszolgálat igénybevételét, ezt követően az Európai Bíróság a DocMorris javára döntött. A precedens értékű döntés az egész régióban mélyreható változásokat idézett elő a gyógyszerek távértékesítésével kapcsolatban. **2004. január óta gyógyszertárak üzemeltető személy engedélyt kaphat online internetes gyógyszertárak létrehozására.** 2004 szeptemberében már **800 internetes gyógyszertár működött Németországban**, de közülük csupán néhány bonyolít napi 1.000 csomagnál nagyobb forgalmat. Az online gyógyszertárak szerepe a vezető OTC-márkák esetében jelentős, mivel **10-40%-os árengedményt adnak.** A vezető holland internetes társaságok - a DocMorris és a Sanicare - szerint Németországban az internetes gyógyszertári forgalom 24-30%-át az OTC-gyógyszerek értékesítése jelenti.

Gyógyszer kiadások¹³

Németország összes gyógyszerkiadása 21,8 milliárd euró volt 2003-ban, ami az összes egészségügyi kiadás 15,6%-át tette ki. A többi európai országhoz képest igen elterjedt a gyógyszerpiacon a párhuzamos kereskedelem, mely csúcspontját 7%-kal 2002-ben érte el. 2005-ben a parallel import aránya 5% volt. Németország Európa legnagyobb generikus piaca: 2003-ban a vényforgalom 76%-át, az eladott gyógyszerek 68%-át a generikumok tették ki.

2005-ben a német gyógyszer kiskereskedelem az USA és Japán után 3. helyet foglalta el a világon és az első helyet Európában. A 21.516 millió eurós árbevétel 7,2%-os részesedést jelent a világ- és 22,3%-os részesedést az európai piacon. **A teljes gyógyszerforgalom 93%-a gyógyszertárakban bonyolódik**, a vényköteles gyógyszerek teszik ki a forgalom 82,4%-át, a maradék 17,6%-ot az OTC készítmények jelentik.

2.3.5.3 Egyesült Királyság

Gyógyszerellátási rendszer¹⁴

Az egészségügyi ellátás és ezen belül a gyógyszerellátás szabályozása Angliában az Egészségügyi Minisztérium, Skóciában az Egészségügyek Minisztériuma (Skót Kormányzat), Észak-Írországban az Egészségügyi, Szociális Szolgáltatási és Gyógyszerbiztonsági Minisztérium (Észak-Írországi Parlament), Walesben pedig az Egészségügyi Minisztérium (Walesi Nemzetgyűlés) feladata.

Az angol, a skót és a walesi kormányzat is törvénybe foglalva dolgozta ki a közfoglalmú gyógyszertárakra vonatkozó saját stratégiáját. 1987-ben vezették be a piacralépés szabályozását Angliában, Walesben, Skóciában és Észak-Írországban, hogy a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatot terhelő költségek növekedését megfékezzék.

Háttér

Az Egyesült Királyságban 1987 óta a piacra lépési szabályozás korlátozza a Nemzeti Egészségügyi Szolgálattal (National Health Service) szerződő gyógyszertárak számát és elhelyezkedését. A piacralépés szabályozását a következők tartalmazzák: Angliában és Walesben a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (gyógyszerészi szolgáltatások) Szabályozása 1992, Skóciában a Nemzeti

¹³ The pharmaceutical industry in Germany. Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (German Association of Research-Based Pharmaceutical Company), 2005. http://www.vfa.de/download/en/vfa_en/publikationen_en/e_statistics/e_statistics_2005.pdf?CMS_forminput%5Bsprache%5D=en

¹⁴ The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK a report of an OFT market investigation, January 2003. <http://www.of.gov.uk/News/Publications/Leaflet+Ordering.htm>

Egészségügyi Szolgálat (gyógyszerészi szolgáltatások) Szabályozása (Skócia) 1995, Észak-Írországban a Gyógyszerészi Szolgáltatások Szabályozása (Észak-Írország) 1997.

A piacralépés szabályozása nemcsak a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényeit, hanem az OTC forgalmazású gyógyszereket is érinti. A gyógyszertárak a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényeinek beváltására jogosító szerződés nélkül csak nagyon nehezen tudnának gazdaságosan működni. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényeinek beváltása az átlagos közforgalmú gyógyszertár üzleti tevékenységének átlagosan 80%-át teszi ki. A valóságban csak mintegy 130 közforgalmú gyógyszertár (1%-uknál alig valamivel több) végzi ezt ilyen szerződés nélkül.

Hozzáférés

2002-ben az Egyesült Királyságban mintegy 12.124 - Angliában 9.765, Skóciában 1.141, Walesben 706, Észak-Írországban pedig 512 – közforgalmú gyógyszertárnak volt a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényeinek beváltására jogosító szerződése. Angliában 5.000 lakos, Skóciában 4.400 lakos, Walesben 4.100 lakos, Észak-Írországban pedig 3.300 lakos jut egy, a Nemzeti Egészségügyi Szolgálattal szerződéses viszonyban álló gyógyszertárra. Az Egyesült Királyság egészét tekintve minden 4.800 lakosra jut egy, a Nemzeti Egészségügyi Szolgálattal szerződéses viszonyban álló, gyógyszertár.

Patikalétesítés

Az Egyesült Királyságban nem akadályozza a patikaalapítást sem földrajzi, sem demográfiai megszorítás, azonban a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényeinek beváltásához szerződést kell kötni, melynek során megvizsgálják, hogy az adott területen új patika nyitása „szükséges-e és kívánatos-e”. 1987-ben vezették be ezt a „piacralépés szabályozásaként” is ismert szabályozást. Ezért a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényeit beváltó gyógyszertár megnyitásának szükségessége és helye nem egyszerűen a gyógyszertár-tulajdonos mérlegelésére bízott kereskedelmi döntés.

Viszonylag kevés jogi akadálya van a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényeinek beváltására jogosító szerződés nélküli közforgalmú gyógyszertár megnyitásának. A valóságban viszont ritkán fordul elő ilyen. Száz gyógyszertárból mindössze egy működik ilyen szerződés nélkül (az összes gyógyszertár közül kb. 130). A Boots tulajdonában 94 szerződés nélküli gyógyszertár van, több mint bárki máséban.

Gyógyszertár tulajdonlás

Az Egyesült Királyságban **gyógyszertár tulajdonosa lehet gyógyszerész, olyan gazdasági társaság, melynek van gyógyszerész tagja vagy olyan Kft, mely a patika vezetésére kvalifikált gyógyszerészt alkalmaz.** Csak a Királyi Gyógyszerészeti Társaság (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain) tagjai vezethetnek gyógyszertárat.

A gyógyszerészetről szóló 1962-es törvény (Pharmacy Act 1962) 2. szakasza értelmében természetes személy is üzemeltethet gyógyszerek kiadására vagy készítésére kijelölt gyógyszertárat, abban az esetben, ha erre felhatalmazott személy – nyilvántartásba vett gyógyszerész – és e személy vagy a meghatalmazottja személyesen felügyeli a gyógyszertárat, valamint a gyógyszerek kiadását és elkészítését. Egy gyógyszerész vagy gazdasági társaság tulajdonában számos gyógyszertár lehet és **patikaláncok létrehozása is lehetséges.** A gyógyszertárban a kijelölt, felelős személynek gyógyszerésznek kell lennie.

A nemzeti piac koncentrációja alacsony. A három legnagyobb lánc az értékesítőhelyeknek mindössze 27%-át teszi ki. A cégeknél vertikális integráció is megfigyelhető. A három piacvezető a

nagykereskedőkkel vertikálisan integrálódott: a Boots the Chemists Ltd a Boots Plc tulajdonában, a Lloydspharmacy Ltd a Gehe AG tulajdonában, az E Moss Ltd pedig az Alliance Unichem tulajdonában van.

4. táblázat Szerződött gyógyszertárak az Egyesült Királyságban

Gyógyszertár-lánc	Értékesítőhelyek száma	Értékesítőhelyek részaránya az összesen belül (%)
Lloydspharmacy	1 321	10,9
Boots the Chemists	1 268	10,5
Moss Pharmacy	773	6,4
L Rowland & Co	300	2,5
National Co-operative Chemists	290	2,4
Superdrug	228	1,9
Tesco	210	1,7
Cohens Chemist Group	107	0,9
Sainsbury's	107	0,9
Safeway	105	0,9
Asda	80	0,6
Egyéb	7 335	60,4
Összesen	12 124	100,0

A legutóbbi évtizedben jelentősen megváltozott a piac struktúrája. Az öt, vagy annál több tagot számláló gyógyszertárláncok részaránya ez idő alatt egyharmadról 50%-ra emelkedett. Vidéken, ahol a fogyasztók nehezen érik el a gyógyszertárt, az általános orvosok is kiadhatják a vényre felírt gyógyszereket (kézigyógyszertár). Egyesült Királyságban **2001-ben 1.565 gyógyszer kiadására jogosult orvos praktizált.**

Termékek

Az általánosan forgalmazott gyógyszerkészítmények körét az 1968. évi Gyógyszertörvény szabályozza, amelyeket három nagy csoportra osztunk:

- **Vényköteles gyógyszerek:** A vényköteles gyógyszerek felsorolását a Vényköteles Gyógyszerekre (Emberi Felhasználás céljára) vonatkozó 1997. évi Rendeletben találjuk. Gyógyszerek kiadására vonatkozóan, csak azok a gyógyszertárak válthatják be a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényeit, amelyek szerződést kötöttek a helyi Elsőfokú Felügyeleti Hatósággal (vagy Egészségügyi Testülettel), és ezt a tevékenységet csak regisztrált gyógyszerész felügyelete alatt végezhetik.
- **Csak gyógyszertárban forgalmazható gyógyszerek (P):** A csak gyógyszertárban forgalmazható (P) gyógyszerek nem vénykötelesek, de kiadásukat gyógyszerésznek kell felügyelnie. Ennek oka lehet a gyógyszer hatóanyaga, a gyógyszer hatásereősége, a használati utasítás vagy a kiszerelési egység nagysága.
- **Általános forgalmazási jegyzéken szereplő gyógyszerek (General Sales List - GSL):** A bármely kereskedelmi egységben forgalmazható (GSL) gyógyszereket nem szükséges gyógyszertárban forgalmazni, de jól zárható helyiségben kell tartani. Ilyenek az áruházakban, vegyeskereskedésekben és benzinkutaknál rendszerint meg is találhatók. Az általános forgalmazási jegyzéken szereplő gyógyszerek felsorolása az 1984. évi Gyógyszerekre (az állatgyógyászati termékek kivételével) vonatkozó rendelet általános forgalmazási listáján található, melyek kb. 50%-át gyógyszertárakban forgalmazzák.

Gyógyszertári szolgáltatások

Az Egyesült Királyságban a közforgalmú gyógyszertárakra jellemző, hogy szakmai és egyéb kiskereskedelmi szolgáltatásokat is nyújtanak¹⁵. 2005. április 1-étől bizonyos egészségügyi szolgáltatásokat (tanácsadás az egészséges életmódról és krónikus betegségekről, vények ismételhősége, lejárt gyógyszerek begyűjtése, gyógyszer tanácsadás) is végeznek, melyekért a Nemzeti Egészségügyi Szolgálattól térítést kapnak.

A gyógyszertárak által nyújtott szolgáltatások három szintjét különböztetik meg¹⁶.

- Minden gyógyszertár által nyújtott szolgáltatások (essential services): expedálás, OTC tanácsadás, egészségügyi felvilágosítás, lejárt gyógyszer begyűjtés, stb.
- Csak akkreditált gyógyszertárak által nyújtott szolgáltatás (advanced services): továbbképzés, információs sarok, Medicine Use Review (MUR), Prescription Intervention Service.
- Kiemelt gyógyszertárakban elérhető szolgáltatások (enhanced services): diabetes szűrés, sürgősségi hormonális fogamzásgátlás, dohányzásról leszoktató program, túcsere program, stb.

Gyógyszertárak forgalma

A közforgalmú gyógyszertárak legfontosabb bevételi forrását a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényeinek beváltása jelenti. Az átlagos közforgalmú gyógyszertár forgalmának 80%-a a NHS vényeinek beváltásából származik, ennek részaránya az idők során folyamatosan nőtt

A csak gyógyszertárban forgalmazható (P) gyógyszerek és a bármely kereskedelmi egységben forgalmazható (GSL) gyógyszerek együttvéve OTC forgalmazású gyógyszerekként ismertek. A közelmúltig a márkajelzéssel ellátott OTC forgalmazású gyógyszerekre törvényben előírt minimumárat alkalmaztak, amelyet a gyártó vagy a szállító állapított meg (a rendszer a viszonteladói ár rögzítése kifejezés alatt vált ismertté). A viszonteladói ár rögzítését 2001 májusában megszüntették. Az OTC forgalmazások piaci értéke 2001-ben 1,83 milliárd £-ot ért el, és egyenlő mértékben oszlott meg a csak gyógyszertárban forgalmazható (P) gyógyszerek és a bármely kereskedelmi egységben forgalmazható (GSL) gyógyszerek között.

Gyógyszer kiadások

A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat által felírt vények és az OTC forgalmazású gyógyszerek forgalma 2001-ben 8,6 milliárd £-ot tett ki. Ennek elsöprő többsége (6,8 milliárd £) a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat vényei által valósult meg. A csak gyógyszertárban forgalmazható OTC gyógyszerek további 0,9 milliárd £ forgalmat hoztak, a maradék 0,9 milliárdot a bármely kereskedelmi egységben forgalmazható gyógyszerek forgalma teszi ki. A magánvényeknek kicsi, de jelentős, 300 millió £ körüli forgalmú piacuk van.

2005-ben az Egyesült Királyság gyógyszer kiskereskedelme a 3. helyet foglalta el Európában. A 12.115 millió eurós árbevétel 12,6%-os részesedést jelent az európai piacon. Gyógyszertárak bonyolítják a teljes gyógyszer forgalom 96,4%-át, melynek túlnyomó többsége (89,8%) a vényköteles, kisebb része (10,2%) az OTC készítmények részesedése. A gyógyszertárakon kívüli forgalom 3,6%-ot tesz ki.

15 Pharmaceuticals/Country Profile/Germany. World Health Organization, Regional Office of Europe
http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020425_2

16 Dr. Szabó Sándor: Kistéleplési gyógyszertárak gazdasági helyzete és jövőképe, www.mgyk.hu/dokumentumtar/2006/tajekoztato/kistelepulesgytar.ppt

A gyógyszerárak díjazása

A szerződő gyógyszerárak részére kifizetett összegeknek két összetevője van:

- díjtérítés (a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat szolgáltatásainak nyújtásáért),
- visszatérítés (az elkészített gyógyszerek költségeinek visszatérítése).

A két összetevő kifizetésének szabályaira és díjtételeire vonatkozó részletek a „Nemzeti Egészségügyi Szolgálat Gyógyszertarifáiban” (Anglia, Wales, Skócia és Észak-Írország számára külön-külön közzétéve) található meg. A díjtérítések tartalmazzák a gyógyszerkiadási díjat és a szakmai pótlékot (minimális küszöbérték felett teljesítő gyógyszerárak esetén).

A szabványos díjtérítés és visszatérítés mellett az Egyesült Királyságban **340 közforgalmú gyógyszerár részére teljesítenek további kifizetéseket a kisforgalmú gyógyszerárak támogatási alapsémája (ESPS) értelmében**. Az ESPS kifizetések révén nyújtanak gazdasági támogatást azoknak a gyógyszeráraknak, amelyek elhelyezkedésük miatt gazdaságosan nem fenntarthatók, de ugyanakkor a helyi közösség számára történő gyógyszerészeti szolgáltatások szempontjából létfontosságúak. A modell célja, hogy biztosítsa az elvárt szolgáltatások nyújtását azokban a körzetekben, ahol ez egyébként nehézségbe ütközne.

Az alábbi táblázat a különböző szabályozó eszközök hatását mutatja be a lakossági gyógyszerellátás hatékonyságra, hozzáférésre, valamint a méltányosságra vonatkozóan ¹⁷.

5. táblázat A különböző szabályozó eszközök hatása

Szabályozó	Paraméter
Földrajzi elhelyezkedés korlátozása	A populáció szükséglete figyelembe vétele alapján meghatározott, de egyetlen hozzáférés Méltányosság - csökken Árverseny - csak sűrűn lakott területeken valószínűsíthető Gyógyszert felíró és elosztó házi orvos esetén monopólium alakulhat ki kevésbé népes területeken Felírásra dedikált gyógyszereszek esetén monopólium kialakulásának veszélye
Tulajdonlás korlátozása	Vertikális integrációval létrejövő láncmonopólium kialakulásának veszélye Hatékonyság javul – fix költségek csökkenése révén Monopolhelyzet kialakulásának veszélye
Gyógyszer hozzáférés	Ár- és minőségverseny alakul ki. Nincs veszélyben a beteg biztonsága.
Vényköteles gyógyszerek kiadásának személyi feltételei nyilvántartása vétel, engedélyhez kötés	Megfelelő ösztönzés mellett javítja a közegészségügyet és a betegbiztonságot
Nyitvatartási idő meghatározása	Változó, nem teljesen szabad. Helyes kontroll mellett javítja a hozzáférést
Ár meghatározás, megtérítés, ösztönzés	Ösztönzés a jobb minőség és hatékonyság irányába

17 Kanavos P, Llunch M. Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain, Health Policy; 2010;95(2): 245-5

2.3.5.4 Hollandia¹⁸

Gyógyszerellátási rendszer

Hollandiában az Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium felügyeli a gyógyszerellátás teljes rendszerét, melyben egyéb intézmények is részt vállalnak: Gyógyszer Értékelési Bizottság (College ter Beoordeling van geneesmiddelen, CBG), Egészségbiztosítási Bizottság (College voor Zorgverzekeringen, CVZ), Egészségügyi Ellátás Díjszabási Bizottság (College voor tarieven in de gezondheidszorg, CTG) Holland Királyi Gyógyszerészeti Társaság (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, KNMP).

Árszabályozás

1996 óta a **gyógyszerár törvény** (Wet Geneesmiddelenprijzen) határozza meg a támogatott gyógyszerkészítmények maximális nagykereskedelmi árát, mely **négy európai ország nagykereskedelmi árainak átlaga**. A maximált árakat 6 havonta veszik revízió alá. Szabad ár csak az OTC termékek esetében engedélyezett. A 2004 februárjában az Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium, a Holland Királyi Gyógyszerészeti Társaság és az Egészségbiztosítási Bizottság között létrejött megállapodás a 2004. január 1-én érvényes gyártói listaárak 40%-os csökkentését célozta meg a generikus készítmények esetében a betegek és az egészségbiztosítók számára.

Gyógyszer-kereskedelem

1994-ben létrejött egy tárcaközi munkacsoport (Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelenindistributie, IWG), mely áttekintette a gyógyszerellátás szabályozását és ajánlásokat fogalmazott meg a szektoron belüli verseny fokozását célzó jogszabály módosítások tekintetében. Ennek következtében 1996-ban a nyitvatartási időre és a gyógyszertárak felszerelésére vonatkozó, 1999-ben a gyógyszerészek nem-gyógyszerészi munkakörben való munkavállalásra vonatkozó, 2000-ben a kórházi gyógyszertárak közforgalmú működését tiltó korábbi szabályozást eltörölték. Jelenleg a gyógyszertári törvény 19. fejezetének módosítását tervezi a kormány, mely szerint egy gyógyszerész csak egy patikában dolgozhat. A jövőben ez azt eredményezheti, hogy nem mindig lesz jelen gyógyszerész a gyógyszertárakban.

Hozzáférés

Receptköteles gyógyszerek csak gyógyszertárakban kaphatók. A gyógyszerellátás biztosítása érdekében,

- amennyiben 4,5 km-nél távolabb van a legközelebbi patika, akkor az orvosok elláthatják gyógyszerrel a betegeiket (kézigyógyszertár).
- 2001. április 1-je óta a kórházi gyógyszertárak közforgalmú gyógyszertárként is működhetnek.
- A recept nélkül kapható gyógyszerek forgalmazása a speciális engedéllyel rendelkező drogériákban (ún. „drugstore”-okban) a XIX. század közepe óta lehetséges. **Jelenleg az OTC készítmények 80%-át patikán kívül**, 3961 drogériában, és/vagy bevásárló központban értékesítik.
- Szintén speciális engedély birtokában – abban az esetben, ha 3 km-re vagy távolabb található a legközelebbi patika vagy kézigyógyszertárat működtető orvos – kiskereskedések,

18 Community pharmacy in Europe – Lessons from deregulation – case studies, Vienna, February 2006, ÖBIG, <http://www.apteekkarilitto.fi/BinaryServlet?rs=623/659/:7267/>

bevásárlóközpontok, kempingek is forgalmazhatnak OTC termékeket. 2001-ben 760 ilyen kereskedés (ún. „OTC outlet”) működött. A kormány felvetette a további liberalizáció lehetőségét is, melynek értelmében vény nélkül kapható gyógyszereket – speciális engedély nélkül is – lehessen árusítani, pl. benzinkutaknál.

- **Receptköteles gyógyszerek az interneten keresztül is forgalmazhatók.**

6. táblázat A lakossági gyógyszerellátás szerkezeti alakulása 1995 és 2005 között

Gyógyszertárak	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gyógyszertárak száma							
Közforgalmú gyógyszertárak	1.513	1.588	1.602	1.629	1.654	1.697	1.732
Kézigyógyszertárak	665	644	636	636	606	593	586
Internetes gyógyszertárak	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4
Összesen	2.178	2.232	2.238	2.265	2.260	2.290	2.322
Gyógyszerellátó hely/fő							
Gyógyszertár/fő	10.217	10.029	10.016	9.913	9.810	9.561	9.368
Gyógyszerellátó hely/fő	7.098	7.135	7.170	7.130	7.179	7.085	7.000

1995 és 2005 között a gyógyszertárak száma emelkedett, a fiókpatikát üzemeltető orvosoké pedig csökkent, ezáltal az egy gyógyszerellátó helyre eső lakosok száma enyhén csökkent. 2004-ben 483 holland település közül 73-ban nem volt közforgalmú gyógyszertár, és a lakosság 2,1%-a élt 4,5 km-nél távolabb a legközelebbi gyógyszertártól vagy fiókpatikát üzemeltető orvostól.

Patikalétesítés

Bár Hollandiában soha nem akadályozta a patikaalapítást sem geográfiai, sem demográfiai megszorítás, 1987-ig a Holland Királyi Gyógyszerészeti Társaság érvényesítette alapítási politikáját, melynek célja az egy gyógyszertárra jutó minimális lakosságszám biztosítása volt. 1998. január 1.-eje óta a versenytörvény (Mededingingswet) tiltja az ilyen irányú korlátozást. 1992. óta az egészségbiztosítási alapoknak nem kötelező minden gyógyszertárral szerződést kötni, melynek következtében a gyógyszertárakkal szembeni követelmények meghatározása – így a gyógyszertár helyének megválasztása is – biztosítói hatásköre került. A gyógyszerellátás biztosítása érdekében a legközelebbi patikától bizonyos távolságon kívül (3 ill. 4,5 km) kiadható speciális gyógyszerforgalmazási engedélyekre az előzőekben már utaltunk.

Gyógyszertár tulajdonlás

Gyógyszertár tulajdonlásához nem kell állami engedély, de a patika nyereséges működtetéséhez szerződés szükséges az egészségbiztosítási alapokkal, mely szerződés nem hozható kereskedelmi forgalomba és nem átruházható. 1987 után engedélyezték, hogy egy gyógyszertárnak több tulajdonosa legyen. Ez már a '90-es évek elejére (néhány) patikalánc létrejöttéhez vezetett. 1999-ig gyógyszertárnak csak gyógyszerész lehetett a tulajdonosa, s csak néhány esetben engedélyezték alapítványok vagy betegbiztosítók részére a saját gyógyszertár működtetését. **1999-től vált lehetővé, hogy nem gyógyszerész is nyithasson patikát, ha annak vezetésére gyógyszerészt alkalmaz.** Ez az újonnan alapított gyógyszertárak számának emelkedéséhez, illetve a patikaláncok számának és nagyságának növekedéséhez vezetett. A patikaláncok tulajdonosai főleg nagykereskedelmi cégek – OPG, Brocacef (Phoenix), Alliance Unichem, Celesio – de drogérialáncok („drugstore” láncok) is vannak, valamint egy egészségbiztosítási alap is nyitott patikákat. A brit gyógyszertár és drogérialánc, a Boots, 1999-ben 12 patikát nyitott, de egy évvel később, mivel nem bizonyultak életképeseknek, bezárta azokat. Jelenleg 511 **(29,5%) közforgalmú patika tartozik** - részben vagy egészben - **nem gyógyszerészek tulajdonában álló lánchoz** és 37 (2,1%) a két gyógyszerész tulajdonban lévő patikalánc (Prickartz és Thio Pharma) tagja. A liberalizáció következtében a gyógyszertárak száma

jelentősen megemelkedett, megnehezítve ezzel a független gyógyszerészek számára saját patika vásárlását.

7. táblázat A holland patikaláncok tulajdonviszonyai és méretei

Patikalánc	Tulajdonos	Tulajdonos típusa	Patikák száma
Mediveen-Groep	OPG	nagykereskedő	207
Farmassure-Groep	Brocacef, Phoenix	nagykereskedő	70
De Vier Vijzels	Alliance Unichem	nagykereskedő	65
Lloyds apotheken	Celesio	nagykereskedő	38
Apotheken in Overdracht	Regifarm	nagykereskedő	37
VNA	VNA	alapítvány	80
Etos	Etos	„drugstore” lánc	5
DA	DA, Dynadro	„drugstore” lánc	4
DSW	DSW	egészségbiztosítási alap	5
Prikartz	-		21
Thio Pharma	-		16
Összesen	-		548

Termékek

A gyógyszerárak az alábbi kategóriákba tartozó termékeket forgalmazzák:

- A **receptköteles** készítményeket főleg a gyógyszerárak forgalmazzák, kisebb részben a fiókpatikát működtető orvosok, kórházi gyógyszerárak és az internetes gyógyszerárak. A piacon lévő 9.960 (beleértve a különböző gyógyszerformákat és kiegészítéseket) vényköteles gyógyszer 99,6%-a támogatott és 36%-a generikum.
- Az **OTC készítmények** a gyógyszerárak forgalmának 9%-át teszik ki, a teljes OTC forgalomból a patikák részesedése 15%. **A vény nélkül kapható gyógyszerek legnagyobb részét a drogériákban adják el.**
- A gyógyszerárak forgalmának relatíve kis részét (5%) teszik ki a **nem gyógyszerészeti termékek**. Ezen termékek csaknem kizárólag gyógyászati eszközök (pl. kötszerek), melyekből körülbelül 9.400 különböző fajta kapható a patikákban.

1996 óta nem szabályozzák a patikákban raktáron tartandó gyógyszerek minimális értékét és típusát, ezért a patikák specializálódhatnak, pl. egy bizonyos betegkörösre (pl. cukorbeteg). Eddig nem sok gyógyszerár élt ezzel a lehetőséggel, de a jövőben a specializálódott patikák számának növekedése várható. A gyógyszerárakba általában naponta kétszer szállítanak a nagykereskedők.

Gyógyszertári szolgáltatások

A jogszabályok nem teszik kötelezővé minden gyógyszerár számára a magisztrális gyógyszerkészítéshez szükséges felszerelések meglétét. Az egészségbiztosítók azonban szerződésben kötelezik a patikákat, hogy **magisztrális gyógyszerkészítményekkel** lássák el a betegeket, ezért **néhány központi gyógyszerár készíti el ezeket a gyógyszereket a többi számára**. A magisztrális készítmények száma 2004-ben 6,3 millió volt, ami 3,8%-os csökkenést jelent 2003-hoz képest. Jelenleg a támogatott gyógyszerek 5%-a a patikában készül. A gyógyszerek helyettesítése csak akkor engedélyezett a gyógyszerész számára, ha az orvos hatóanyagot rendel és nem a gyógyszer márkanevét írja a receptre. 2005-ben a vények 46,6%-án generikumot rendeltek.

Gyógyszer kiadások

Az OECD adatai szerint 2003-ban Hollandia összes gyógyszerkiadása 5.099 millió euró volt, ami az összes egészségügyi kiadás 11,4%-át jelentette. A holland hatóságok jelentése szerint 2004-ben

2,5%-kal (100 millió euró) csökkentek a közforgalmú gyógyszertárban értékesített gyógyszerekre fordított költségek. Ennek oka részben számos gyógyszer támogatotti körből való kikerülése, részben a generikumok árának átlagosan 40%-os csökkenése volt. Hosszú évek után ez volt az első alkalom, amikor a gyógyszerkiadások csökkentek. A gyógyszerkiadások legnagyobb mértékben (10,6%) 2000 és 2001 között növekedtek.

A vény nélkül kapható gyógyszerek (OTC) az összes gyógyszerkiadások 11-12%-át teszik ki. A parallel import a '90-es évek közepén érte el a csúcspontját, majd 1996 után csökkenni kezdett. 1996 és 2003 között a vényköteles gyógyszerek 13-15%-át tette ki, majd 2004-ben kissé, - 16,3%-ra - emelkedett. 2005-ben a holland gyógyszer kiskereskedelem a 7. helyet foglalta el Európában. A 2.966 millió eurós árbevétel 3,1%-os részesedést jelent az európai piacon. (GIRP Executive Report, 2005.)

A gyógyszertárak díjazása

Hollandiában a gyógyszertárak minden vény után fix összeget kapnak, mely kiszolgáltatott gyógyszer árától és mennyiségétől független. 2003. január 1-étől az Egészségügyi Ellátás Díjszabási Bizottság ezt a díjat 6,10 euróban állapította meg, melyet évente felülvizsgál (indexfüggő kiigazítás). 2004-ben és 2005-ben az összeg nem változott.

1991 óta a gyógyszertárak legnagyobb része árengedményt kap a gyártóktól vagy a nagykereskedőktől. Az 1998-ban az Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium által bevezetett **visszatérítési szabály** a patikákat arra kötelezi, hogy a gyártók listaárából 6,82%, vagy maximum 6,80 euró, engedményt adjanak a betegeknek vagy az egészségbiztosítónak.

Gyógyszertárak forgalma

2004-ben az átlag holland gyógyszertár forgalma 4,7%-kal csökkent, melynek okait az előbbiekben említettük. A patika forgalmának fő forrása a fix receptdíj (átlagosan 424 ezer euró). Az OTC készítmények eladásából származó haszon 2003 és 2004 között 40%-ot esett. A gyógyszertár forgalmának megoszlása: 86% a vényköteles szerek, 9% az OTC gyógyszerek és 5% a nem gyógyszerészeti termékek (főleg gyógyászati eszközök).

2.3.5.5 Spanyolország¹⁹

Spanyolországban, többek között az egészségügyi ellátás és ezen belül a gyógyszerellátás is regionális hatáskörbe került (Autonomous Community) a központi kormány illetékességi területéről. Az egészségügyi és a gyógyszer ellátás koordinálása, és egyéb ezzel kapcsolatos ügyek, mint például a törzskönyvezés, a központi kormány kompetenciája maradt, míg az egészségügyi ellátórendszer szervezését, beleértve a gyógyszerellátás tervezését is, minden régió saját hatáskörben, maga végzi.

Hozzáférés

Spanyolországban kizárólag közforgalmú gyógyszertárak forgalmazhatják a vényköteles és a vény nélkül kapható gyógyszereket is. 2005-ben körülbelül 20.500 közforgalmú gyógyszertár volt Spanyolországban, **átlagosan 2.047 lakosra jut egy patika**. Az utóbbi 15 évben **évente 150-300 új gyógyszertár nyílt**, így bár a spanyol lakosság száma nőtt, az egy patikára jutó betegszám nem változott jelentősen. A gyógyszertárak 78%-a városokban (5000 főnél nagyobb településen) van.

19 Community pharmacy in Europe – Lessons from deregulation – case studies, Vienna, February 2006, ÖBIG, <http://www.apteekkarilitto.fi/BinaryServlet?rs=623/659/7267/>

8. táblázat A gyógyszerárak száma és az egy főre jutó gyógyszerárak száma 1991 és 2005 között

	1991	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gyógyszertárak	17.896	18.593	19.439	19.641	19.766	20.098	20.348	20.461
Gyógyszertár/fő	2.176	2.116	2.066	2.068	2.084	2.083	2.058	2.047

Patikalétesítés

Az új gyógyszerár nyitására vonatkozó szabályozás, mely központi törvényen alapul, földrajzi és demográfiai kritériumokat is tartalmaz, beleértve a lakosságűrűséget is, hogy a gyógyszerellátás mindenki számára hozzáférhető legyen. A régiók saját földrajzi és demográfiai helyzetükhöz igazítják ezen kritériumokat. Így a vidéki és hegyvidéki területeken az egy gyógyszerárra jutó átlagos lakosságűrűség alacsonyabb, mint a központi törvényben meghatározott minimum, azaz 2.800 fő/patika.

A központi szabályozás minimum 250 méteres távolságot ír elő két gyógyszerár között. A régiók saját szabályozása ettől eltérő is lehet (pl. a Kanári-szigeteken, az idegenforgalmi területeken minimum 1.000 m, Andalúziában városon kívül 500 m), illetve néhány régió szabályozza az egészségügyi szolgáltató hely és a patika közötti távolságot is.

Gyógyszertár tulajdonlás

Spanyolországban **kizárólag gyógyszerész tulajdonában lehet patika**, következésképpen a vertikális integráció, mint marketing stratégia ismeretlen a nagykereskedők számára. Egy gyógyszerárnak több gyógyszerész is tulajdonosa lehet. **Több gyógyszerár tulajdonlása azonban nem engedélyezett**, ezért nincsenek egyesült gyógyszerárak vagy patikaláncok. A gyógyszerár működtetési engedély eladható, de csak másik gyógyszerész számára, aki további 3 évre vállalja a patika üzemeltetését.

Gyógyszertári szolgáltatások

Spanyolországban közel 12.000 gyógyszerár törzskönyveztek, melyek 85%-a vényköteles. A vényköteles szerek 80%-a támogatott.

A gyógyszerárak fő feladata a vényköteles gyógyszerek kiszolgáltatása. 2004-ben közel 1 milliárd vényt váltottak be Spanyolországban, így minden patikára kb. 48.000 recept jutott. A kiállított vények száma az utolsó 10 évben (2005-ig) 26%-kal nőtt, mivel – szemben más európai országokkal – Spanyolországban az orvos egy receptre csak egy gyógyszerár írhat fel.

A gyógyszerésznek kötelessége felajánlani a generikus készítménnyel való helyettesítést. A helyettesítési gyakorlatot elősegíti a referencia árrendszer: a referencia ár és a drágább készítmény kiskereskedelmi ára közötti különbséget a betegnek kell fizetni. A gyógyszerészt anyagilag nem ösztönzik a helyettesítésre. A generikumok aránya a törzskönyvezett gyógyszerek között a 2000-es 5%-ról 2005-re 20%-ra nőtt.

A spanyol törvény központi szinten előírja a gyógyszerek elérhetőségének biztosítását, ezért szabályozza a minimális raktárkészletet, melyet a régiók saját szabályozása kiegészít. A nagykereskedők napi 2-4 alkalommal szállítanak a gyógyszeráraknak, így a beteg a gyógyszereit azonnal, vagy maximum 3 órán belül megkaphatja.

Minden spanyol gyógyszertár rendelkezik magisztrális készítmények előállítására alkalmas laboratóriummal, 96%-ukban van számítógép. A nem gyógyszerészeti termékek eladása a gyógyszertár forgalmának 13%-át teszi ki.

A gyógyszertárak egyéb szolgáltatásokat (vérnyomás-, vércukormérés) is végeznek, és ezzel részt vesznek nemzeti vagy regionális szintű egészségmegőrző kampányokban.

Gyógyszer kiadások

Spanyolország teljes gyógyszerköltsége, az OECD adatai alapján, 2003-ban 12.5 milliárd euró volt, ami 29,2%-os emelkedést jelentett 2000-hez képest. A gyógyszerpiac 1996 óta megkétszereződött. 2005-ben a spanyol gyógyszer kiskereskedelem az 5. helyet foglalta el Európában. A 8.712 millió eurós árbevétel 9,0%-os részesedést jelent az európai piacon.

Gyógyszertárak forgalma

A gyógyszertárak forgalma, beleértve az OTC készítmények és a nem gyógyszerészeti termékek eladását is, 2004-ben átlagosan 745.000 euró volt. Az átlagos gyógyszertári forgalom több mint duplájára nőtt 10 év alatt (2005-ig), melyben a legnagyobb szerepet a vényköteles gyógyszerek játszották. A forgalom 13%-át a nem gyógyszerészeti termékek, 4%-át az OTC készítmények teszik ki.

A gyógyszertárak díjazása

A gyógyszertárak díjazása törvényben szabályozott: a gyógyszerek kiskereskedelmi árát, a szintén törvényben szabályozott nagykereskedelmi árrés és a regresszív gyógyszertári haszonkulcs adja. 2003-ban **az átlagos gyógyszertári árrés körülbelül 25% volt.**

Árak

2005 márciusában a spanyol kormány azon – a referencia árrendszerben nem szereplő – gyógyszerek árát, melyek termelői ára 2 eurónál magasabb volt, 4,2%-kal csökkentette, majd további 2%-os árcsökkentést írtak elő 2006 márciusában is.

Az alábbi táblázat a különböző szabályozó eszközök hatását mutatja be a lakossági gyógyszerellátás hatékonyságra, hozzáférésre, valamint a méltányosságra vonatkozóan²⁰.

20 Kanavos P, Llunch M. Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain, Health Policy; 2010;95(2): 245-54

9. táblázat A különböző szabályozó eszközök hatása

Szabályozó	Paraméter
Földrajzi elhelyezkedés korlátozása	Demográfiai és földrajzi korlát mentén nő a hozzáférés
Gyógyszertárak számának korlátozása	Javul a méltányosság Alacsony az árverseny szintje
Tulajdonlás korlátozása (csak gyógyszerész, láncok)	Csak gyógyszerész tulajdon a számában is korlátozott: több gyógyszertárat nem lehet birtokolni Csökkenő hatékonyság Gyógyszerészi monopólium kialakulása
Gyógyszer hozzáférés	Csak gyógyszertáron keresztül Nincs ár-, illetve minőségverseny Megnövekedett hozzáférés
Vényköteles gyógyszerek kiadásának személyi feltételei nyilvántartása vétel, engedélyhez kötés	Nincs bizonyíték a rossz közegészségügyre, vagy betegbiztonságra Túlzott bizalom és hatalom a Gyógyszerész Szakmai Kollégium felé
Nyitvatartási idő meghatározása	Változó, nem teljesen liberalizált. Helyes kontroll mellett javítja a hozzáférést
Ár meghatározás, megtérítés, ösztönzés	Nincs ösztönzés a jobb minőség és hatékonyság irányába

2.3.5.6 Portugália – a patika tulajdonlás liberalizációja

Miután Portugáliában döntés született a gyógyszertár tulajdonlás liberalizációjáról, a gyógyszerekhez való jobb hozzáférésről, és a gyógyszertári szolgáltatások minőségének megőrzéséről ún. „Egészségügyi Megállapodás” született a Portugál Kormány és a Gyógyszertárak Nemzeti Szövetsége között. A megállapodás rögzíti azon alapelveket, melyek a lakosság jobb gyógyszerhozzáférést célozzák a gyógyszerészek által eddig fenntartott minőségi garanciák megőrzése mellett. Az alábbiakban csak néhány kiragadott területre vonatkozó részt említünk meg, a megállapodás teljes körű ismertetésétől eltekintünk.

Fontos korlát, hogy gyógyszer felírásra jogosult egészségügyi szakemberek sem közvetlenül, sem közvetetten nem lehetnek gyógyszertár-tulajdonosok. Az összeférhetlenségi kör kiterjed még a gyógyszeripari szereplőkre, a nagykereskedőkre, az egészségügyi magánszolgáltatókra és a gyógyszerár-támogatásban résztvevő finanszírozókra. Egy személy, vagy gazdasági társulás által **maximum 4 patika birtokolható, működtethető, vagy vezethető**. A liberalizáció mellett továbbra is fennmaradt a földrajzi (350 m) és demográfiai korlát (3.500 lakos). Érdemes megemlíteni a gyógyszertár minimum személyzetét: egy technikai igazgatóból és egy gyógyszertári asszisztensből áll.

Összegezve: a portugál piacon úgy történt a közfoglalmú gyógyszertárak tulajdonlására vonatkozó liberalizáció, hogy közben a kormány és a szakma közötti megállapodásban igen sok korlátozó intézkedés is hatályban maradt. A megállapodás továbbá egyéb – finanszírozott – tevékenységek bevezetésének lehetőségeit is felveti.

2.3.5.7 Izland és Norvégia²¹

Mind Izlandon, mind Norvégiában – hasonlóan Európa számos más országához – erőteljes állami beavatkozás korlátozta a gyógyszerellátás piacát. A verseny élénkítése céljából Izlandon 1996-ban, Norvégiában pedig 2001-ben helyezték hatályon kívül ezeket a gyógyszertárak tulajdonlására és a piac versenykorlátozására vonatkozó nemzeti szabályokat. Az alábbiakban a versengő magatartást és a piac szerkezetváltozását mutatjuk be.

21 Anell A. Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway, Health Policy;2005,75:9–17

Izlandon minden gyógyszer csak patikán keresztül kerülhetett forgalomba, ami a szabályozás megváltoztatása után is így maradt. Lényegi változás, hogy a korábban a vényköteles gyógyszerek esetében a korábbi kormány által kontrollált nagykereskedelmi és kiskereskedelmi ár helyett a vényköteles termékek esetén bevezetésre került a **maximált ár**, **OTC termékek** esetében pedig a **szabad ár**.

Norvégiában minden gyógyszer csak patikán keresztül kerülhetett forgalomba, ami zömmel a szabályozás megváltoztatása után is így maradt; a dohányzás ellenes készítmények és néhány meghatározott OTC készítmény kivételével. Ez utóbbiak 2003-tól külön engedéllyel gyógyszertáron kívül is forgalomba kerülhettek. A korábban a vényköteles gyógyszerek esetében a kormány által kontrollált nagykereskedelmi és kiskereskedelmi ár helyett a vényköteles termékek esetén bevezetésre került a **maximált ár** (az **OTC termékek** esetében korábban **is szabad ár** érvényesült.).

Korábban mindkét országban csak gyógyszerész lehetett tulajdonos, míg a deregulációt követően **szabad lett a gyógyszertár létesítés és tulajdonlás**. (Ez utóbbiból a gyógyszergyártók és a felíró orvosok továbbra is ki vannak zárva.) A patika működtetéséért minden patikában a gyógyszerész személyesen felel.

Izlandon és Norvégiában is **megnőtt a gyógyszertárak száma és nyitvatartási ideje** (a sűrűn lakott településeken) javítva ez által a hozzáférést, ugyanakkor **csökkent a patikák átlagos mérete** (eladás, személyzet). A gyorsan elkezdődő horizontális integráció eredményeképpen **2004-re Izlandon két patikalánc alakult ki**, amely a teljes piac 85%-át, **Norvégiában három patikalánc jött létre** a teljes piac 97%-át fedve le. **Norvégiában a vertikális integráció is lezajlott**.

A deregulált piac gyors koncentrációjának kialakulásával párhuzamosan egyre nehezebbé vált a közösségi érdekek érvényesítése a megváltozott gyógyszerellátó rendszerben.

2.3.5.8 Európai modellek

A European Pharmaceutical Distribution című tanulmányban az alábbi, Mil and Schulz által meghatározott közforgalmú gyógyszertár típusokat különböztet meg Európában²²:

1. A **Skandináv modell** a viszonylag nagy gyógyszertár, ami 10.000-18.000 lakos elsősorban gyógyszerellátását végzi.
2. A **Dél-Európai modell** (Belgiumban és Franciaországban szintén ilyen modell működik) gyógyszertára kisméretű, mindössze 2.000-2.500 lakos ellátását biztosítja. A forgalmazott termékkör azonban már nem kizárólag gyógyszer, megjelennek a kozmetikai szerek is.)
3. Az **angolszász modell** gyógyszertára mintegy 3.500 fő ellátását biztosítja úgy, hogy a gyógyszerek mellett egyéb termékcsoportokat is forgalmaz. Ilyen modell működik az Egyesült Királyságban, Írországban, az Egyesült Államokban és Ausztráliában is.)
4. **Közép-Európai modell** széleskörű szolgáltatásokat nyújt mintegy 3.000-3.500 fő számára. Ilyen modell működik Németországban, Svájcban, és Ausztriában is.

²² Macarthur D. European Pharmaceutical Distribution: Key Players, Challenges and Future Strategies, Script Report, 2007, http://www.scriptintelligence.com/multimedia/archive/00000/BS1353_124a.pdf

10. táblázat A gyógyszerterek létesítésre vonatkozó szabályok megléte, 2007 március 17.

Ország	Van-e földrajzi, vagy demográfiai korlátja új gyógyszerter létesítésének?	Ha igen, akkor ez igazodik-e a szükségletekhez?
Ausztria	Igen	-
Belgium	Igen	-
Bulgária	Nincs	Nem
Ciprus	Nincs	Nem
Csehország	Nincs	Nem
Dánia	Nincs	igen
Észtország	igen	-
Finnország	nincs	Igen
Franciaország	Igen	-
Németország	nincs	Nem
Görögország	nincs	-
Magyarország	nincs	Nem
Olaszország	Igen	-
Írország	nincs	Nem
Lettország	nincs	-
Litvánia	nincs	nem
Luxemburg	Igen	-
Málta	Igen	-
Hollandia	nincs	Nem
Lengyelország	nincs	Nem
Portugália	Igen	-
Románia	nincs	Nem
Szlovákia	nincs	Nem
Szlovénia	Igen	-
Spanyolország	Igen	-
Svédország	nincs	Igen
Svájc	nincs	Nem
Egyesült Királyság	Nincs*	igen

*: A közfinanszírozott gyógyszerterek száma korlátozott

Európa legtöbb országában a gyógyszerész kizárólagos joga a vényköteles gyógyszerek kiszolgálása. Hollandia és az Egyesült Királyság esetében képesített asszisztens - felügyelet mellett – szintén kiszolgálhat vényköteles gyógyszereket, míg Finnország, Norvégia és Svédország esetében ún. „expediáló személyzet” 3 éves egyetemi képzést követően, ezt gyógyszerész felügyelete nélkül is megteheti. (Ez utóbbi országokban a gyógyszerészképzés 5-6 évig tartó mesterkurzus formájában valósul meg.)

A gyógyszer nagykereskedők számával ellentétben a közforgalmú gyógyszerterek száma emelkedett, vagy nagyjából állandó maradt az elmúlt 20 év alatt. A gyógyszertereszám esetleges növekedésének háttérében az új közforgalmú gyógyszerter létesítésére, illetve tulajdonlására vonatkozó korlátozások részleges, vagy teljes megszüntetése áll.

Az 1990-es évek végéig mindössze 5 európai országban volt lehetőség arra, hogy közforgalmú gyógyszerter ne gyógyszerészi tulajdonban legyen. (Ennek legfőbb oka a tulajdonlás szabályozatlanságából eredt.) A nem gyógyszerészi tulajdonlást azóta 16 országban részlegesen, vagy teljes mértékben liberalizálták. Hivatkozott tanulmány szerint közösségi jogokkal való esetleges ellentét miatt az osztrák, olasz és spanyol kormányzat komoly nyomás alatt van, ez a nyomás azóta azonban elhárult, mivel a publikáció megjelenése óta az Európai Unió Bírósága említett esetekben meghozta a döntéseit – l.: a tanulmány az EU Bíróság döntéseinek ismertetését.

A gyógyszerterek létesítésére, működtetésére és tulajdonlására vonatkozó restriktív szabályozást alkalmazó modell nemcsak a leghatékonyabbnak tűnő, hanem a legnépszerűbb is az EU tagállamai között: az államok 45%-a ilyen modellben végzi a gyógyszerellátást. A deregulált angolszász modell

az EU tagállamok mintegy 25%-ában van jelen, a fennmaradó országok pedig az elméleti modellek keveréke szerint működnek.

A deregulált piacokon a közforgalmú gyógyszertárak elérhetősége egyenetlen: a profitábilisabb helyeken számuk feldúsult, míg a kis forgalmat generáló vidéki településeken kevés gyógyszertár elérhető, akár ellátási nehézségek is kialakulhatnak. A liberálisan szabályozott országokban az alábbiakat tapasztalták:

- egyes közforgalmú gyógyszertárak végleges bezárása az Egyesült Királyságban
- magasan képzett munkaerő hiánya kialakulása Hollandiában
- egyenetlen hozzáférés kialakulása Svédországban és Dániában.

(Azon – nem európai országokban - ahol a dereguláció gyorsan történt, a gyógyszerek ára meredek emelkedésnek indult, monopóliumok alakultak ki (Chile, Argentina).)

A képzett szakember garanciája lehet a szolgáltatás magasabb minőségének, amely létszám azon mód megcsappan, ahogyan a szabályozás kiveszi a gyógyszerészt a tulajdonosi körből: a deregulált országok közforgalmú gyógyszertáraiban kevesebb gyógyszerész dolgozik.

Az EU tagállamokban állandó vitatéma, hogy szükséges-e a gyógyszerész kizárólagos tulajdonlása, hasonlóképpen ahhoz, hogy vajon szükséges-e a gyógyszerész állandó jelenléte, felügyelete akár tulajdonosként, akár alkalmazottként?

A tulajdonlás kérdéskörében tartozik a birtokolható gyógyszertárak számossága is. Többszörös tulajdonlás lehetősége esetén a láncként működő gyógyszertárak becsült aránya 13,5% az Európai Unió 18 vezető országán belül. Azon országokban, ahol a többszörös tulajdonlás tiltott, vagy legalábbis nem engedélyezett, ún. virtuális láncok képében ott is **létrejönnek a patikaláncok**.

Európa számos országában gyógyszer-nagykereskedők birtokában vannak a legnagyobb gyógyszertárláncok: Észtország, Írország, Hollandia, Norvégia, Románia, Svájc, Egyesült Királyság. Ez a dominancia azonban nem érvényesül mindenütt, hiszen a vilniusi Maxima (új név: Euroapotheca) számos közép-kelet-európai ország gyógyszer kiskereskedelmében van jelen, úgy mint: Litvánia, Lettország, Csehország, Szlovákia. **A nagykereskedői jelenlét még akkor is erős számos országban, ha az tulajdonjoggal nem rendelkezik/nem rendelkezhet.**

2.3.6 Európai Unió Bírósági ügyei

Ezen alpont második felében kerülnek bemutatásra az Európai Unió Bírósága által a közelmúltban meghozott precedensértékű döntései, míg ezeket megelőzve azok előzményei találhatóak.

2.3.6.1 Bírósági ügyek

Az **Európai Bíróság** 2006 júniusában három tagállam - Olaszország, Ausztria és Spanyolország - szabályozásával kapcsolatos kifogásainak adott hangot. A kifogások mindhárom esetben a közforgalmú patikák létesítésével és működtetésével kapcsolatban merültek fel²³.

²³ Internal market: infringement proceedings concerning Italy, Austria and Spain with regard to Pharmacies, IP/06/858, Brussels, 28 June 2006, <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/06/858&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

- Az Európai Bizottság bírósági eljárást indított Olaszország ellen. A szabálysértési eljárás azért indult, mert a kiskereskedelmi tulajdonrész szerzése tiltott olyan vállalatok számára, amelyek érintettek a gyógyszerelosztásban. Másrészt a gyógyszertár alapítás gyógyszerészeknek fenntartott privilégiuma miatt: ugyanis csak gyógyszerész egyénileg, vagy gyógyszerész taggal bíró gazdasági társaság alapíthat közforgalmú gyógyszertárat. Ez a korlátozás megakadályoz minden egyéb vállalkozást abban, – más tagállam vállalkozásait is ide értve - hogy kizárólagosan, vagy részben patikát tulajdonoljon. Ez csak különös méltányolást érdemlő okból fogadható el, úgy, mint a lakosság egészségének védelme, vagyis a biztonságos gyógyszerelés. Ennek ellentmondani látszik az, hogy hozzátartozói alapon több mint 10 évig is működött gyógyszerész személyes tulajdonosi közreműködése nélkül patika, így a gyógyszerész tulajdonosi jelenléte nem feltétlenül szükséges. Az Európai Bizottság ez esetben a szabad cégalapítás és a tőke szabad mozgásának korlátozása miatt indított bírósági eljárást.
- Az Európai Bizottság szerződészegési eljárás keretében szólította fel Ausztriát, amelytől részletes indoklást kérnek a közforgalmú gyógyszertár létesítésére és működtetésére vonatkozó korlátozások miatt, különös tekintettel a nemzeti diszkriminációra. A kifogásolt szabályozás nem engedi, hogy nem osztrák állampolgár működtetési jogot kapjon (ha a patika 3 évnél korábban létesült), továbbá gyógyszertár nem létesülhet közelben lévő orvosi rendelő nélkül. Kifogásolt az újonnan létesítendő patikával szemben támasztott demográfiai és a földrajzi korlát, valamint a meghatározott tulajdonosi gazdasági forma is. Szintén tulajdonlással kapcsolatos, hogy Ausztriában nem megengedett egynél több gyógyszertár birtoklása. Amennyiben a tagállam a fenti kifogásolt kérdésekre határidőig nem válaszol kielégítően, úgy az ügyet Bíróság elé citálják.
- Spanyolországtól szintén - szerződészegési eljárás keretében - kérnek indoklást a kifogásolt és az alább felsorolt nemzeti szabályozásokra, melyek ismételten a szabad cégalapítás és a tőke szabad mozgásának korlátozását valósítják meg. Az egyik kifogásolt szabályozás az újonnan létesítendő patikákkal szemben támasztott demográfiai és a földrajzi korlát, valamint a saját autonóm területről való (leendő tulajdonos) gyógyszerész privilegizálása más területről (vagy tagállamból) való jelölttel szemben. Ez diszkriminatív minden, nem az adott tartományból való jelölttel szemben. Kifogásolt még az is, hogy csak gyógyszerész kaphat létesítési- és működtetési jogot, valamint, hogy egy gyógyszerész nem lehet több patika tulajdonosa. Amennyiben a tagállam a fenti kifogásolt kérdésekre határidőig nem válaszol kielégítően, úgy az ügyet Bíróság elé citálják.

2.3.6.2 Európai Unió Bíróságának döntései

Az Európai Unió Bíróságának C-570/07. és C-571/07. sz. egyesített ügyekben hozott ítélete – Spanyolország²⁴

Spanyolországban a nemzeti szabályozás az új gyógyszertárak létesítését előzetes közigazgatási engedély kiadásához köti, amelyet az autonóm közösségek – maguk által meghatározott részletes kritériumok alapján - hajtanak végre. Az Asztúriai Autonóm Közösség 2002-ben úgy döntött, hogy korlátozza az új gyógyszertárak létesítési engedélyeinek kiadását:

- demográfiai (az ellátandó terület lakosságának függvényében: 2800 fő/patika) és
- földrajzi alapon (legalább 250 m távolság az egyes gyógyszertárak között).

A korlátozó intézkedéseken túl meghatározta a versengő gyógyszerészek kiválasztása során alkalmazandó szempontokat is.

A Bíróság megállapította, hogy az asztúriai rendeletben meghatározott földrajzi és demográfiai korlátok a letelepedési szabadság korlátozását képezik. Ezek azonban igazolhatóak, ha az alábbi feltételek teljesülnek:

- a szabályokat hátrányos megkülönböztetés nélkül alkalmazzák,
- nyomós közérdekekkel igazolhatók,
- alkalmas eszközök a kívánt cél eléréséhez, illetve
- nem haladják meg az e cél megvalósításához szükséges mértéket.

A Bíróság ítéletében úgy határozott, hogy az „új gyógyszertárak létesítése tekintetében az asztúriai szabályozás által meghatározott demográfiai és földrajzi korlátok a letelepedési szabadság korlátozását képezik. Ugyanakkor e korlátozások összeegyeztethetők az uniós joggal, amennyiben olyan módon alkalmazhatók, ami nem akadályozza a sajátos demográfiai jellemzőkkel rendelkező körzetekben a megfelelő gyógyszerügyi szolgáltatást biztosító kellő számú gyógyszertár létrehozását.”

A Bíróságnak a C-531/06. sz. ügyben, illetve a C-171/07. és C-172/07. sz. egyesített ügyekben hozott ítéletei - Olaszország²⁵

Az olasz és a német nemzeti szabályok szerint kizárólag gyógyszerészek lehetnek gyógyszertárak tulajdonosai, illetve kizárólag ők üzemeltethetnek gyógyszertárat. A Bíróság egyesített ügyként tárgyalta fenti ügyeket (Apothekerkammer des Saarlandes és társai), amely azt vizsgálta, hogy ezek a korlátozó szabályozások ellentételesek-e a közösségi joggal.

A Bíróság kiemeli, hogy fenti szabályozás a letelepedés szabadságának és a tőke szabad mozgásának korlátozását képezi, amely azonban igazolható a lakosság megbízható és színvonalas gyógyszerellátásának biztosítására irányuló céllal.

A közegészséget érintő kockázatok fennállása esetén a tagállam - ezen kockázatok tényleges és teljes bizonyítása nélkül is - meghozhatja azon védőintézkedéseket, amely ezen kockázatok elkerülését, csökkentését célozza; ideértve a lakosság megbízható és minőségi gyógyszerellátását. Az ítélet sarkalatos pontja a gyógyszer, mint sajátos áru jellege, hiszen azok sürgősen vagy nem megfelelő módon történő alkalmazása súlyosan károsíthatja az egészséget, valamint anyagi erőforrások pazarlásával is jár.

A Bíróság elismeri a tagállamok azon jogát, hogy maguk határozzák meg a közegészség védelmének szintjét és ennek eléréséhez azt is előírhatják, hogy a gyógyszereket értékesítését szakmailag ténylegesen függetlenség gyógyszerészek végezzék, akik „hivatásos gyógyszerészként” kötelesek a gyógyszertárat nem csupán gazdasági céllal, hanem szakmai szempontból nézve is megfelelően üzemeltetni, míg a gyógyszerési képesítéssel nem rendelkezőknek esetében pedig megállapítja, hogy nincsenek meg ugyanazok a garanciák, amelyeket a gyógyszerészek nyújtanak.

Az ítélet kimondja, hogy „a tagállam a mérlegelési mozgásterének keretein belül úgy is vélheti, hogy a gyógyszertárak gyógyszerési képesítéssel nem rendelkezők által történő üzemeltetése kockázatot

²⁵ <http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2009-05/cp090044hu.pdf>

jelenthet a közegészségügy vonatkozásában, különösen a gyógyszer-kiskereskedelem megbízhatóságát és minőségét illetően”.

A Bíróság végeredményül megállapítja, hogy a gyógyszertár tulajdonlására és üzemeltetésére vonatkozó fenti bemutatott korlátozó nemzeti szabályozás nem ellentétes a letelepedés szabadsága és a tőke szabad mozgásának elvével.

2.4 Megállapítások

A fenti idézett tanulmánytól függetlenül, az EU alapelvek és a gyógyszerpiacra vonatkozó keretszabályok, valamint a folyamatban lévő bírósági ügyek ismeretében az alábbi megállapíthatások tehetőek. A gyártó-nagykereskedelem-kiskereskedelem ellátási folyamatban a kiskereskedelem jelenik meg az egyes szereplők számára úgy, mint potenciális piac, esetleges új tevékenységi kör. Valójában azonban a gyógyszer kiskereskedelem – a gyógyszerésztársadalom - küzd a korábban elért szakmai-gazdasági privilégiumaiért, szemben:

- a gyógyszer nagykereskedővel, akik ezen vertikális integráció kapcsán remélnék jelentős piacnövekedést, illetve versenyelőnyt közvetlen versenytársaikkal szemben,
- valamint üzleti befektetőkkel, akik horizontális integrációval remélnék nyereséget.

3.A gyógyszerellátás hazai szabályozása

Ebben a fejezetben részletes áttekintést adunk a magyar gyógyszerpiac jogszabályi környezetéről, a rendszerváltás óta bekövetkezett változásokról, különös tekintettel a 2006-os jogszabályváltozásokra. A gyógyszerellátás hazai piacát szabályozó környezetet a területet szabályozó legfőbb jogszabályok hatályossága szerint mutatjuk be.

3.1 A lakossági gyógyszerellátás 1994 előtt

A gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény hatályba lépését megelőzően a közforgalmú gyógyszertárak létesítéséről - a felettes és területileg illetékes tanácsi (később önkormányzat) szervek jóváhagyásával - a megyei gyógyszerügyi vállalatok döntöttek. (A közforgalmú patikák egy vállalati formában voltak a nagykereskedői funkciót ellátó megyei/fővárosi Gyógyszertár Vállalatokkal.²⁶) **A 1990. május 1-jén hatályba lépő gyógyszerészeti magánműködéséről szóló 9/1990. (III. 28.) SZEM rendelet** tette lehetővé jogelőd nélküli patikák létesítését, ami már „piacon lévő” mintegy 1.400 közforgalmú patika számát **további 550-el növelte**²⁷.

Ebben az időben a gyógyszertár létesítésére vonatkozóan nem volt semmiféle demográfiai, vagy földrajzi korlát, sőt a működésének tárgyi és személyi feltételeinek meghatározása is meglehetősen hiányos volt. Az engedélyezési eljárásban kezdetben az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) járt el, majd ezt a feladatot vette át a 1991. évi XI. törvény és 7/1991. (IV.26.) NM rendelet eredményeként létrejövő Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ). Az engedélyeket a megyei tisztifőgyógyszerészek állították ki, akik egyben hatóságként gyógyszerészeti szakfelügyeletet is elláttak.

3.2 A lakossági gyógyszerellátás 1994 és 2006 között

Az 1994. május 1-én elfogadott a gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény rakta le a lakossági gyógyszerellátás 2006. év végéig működő alapjait. Ez egyrészt ²⁸:

- a.) megteremtette a vállalati formában működő közforgalmú gyógyszertárak privatizációjának lehetőségét. (A privatizáció és azzal kapcsolatos Állami Vagyon Ügynökség (ÁVÜ) és önkormányzatok közötti nézetkülönbségekre, valamint a privatizáció konkrét lépéseire nem térünk ki.)
- b.) a törvény hatálya alá vonta a jogelőd nélküli magángyógyszertárakat, valamint
- c.) lehetővé tette új magángyógyszertárak létesítését és működtetését.

Az 1994. évi LIV. törvény határozza meg a gyógyszertárak létesítésének, működésének és a gyógyszerellátó tevékenység gyakorlásának alapvető szabályait. A közforgalmú gyógyszertár felállítását gyógyszertár vezetésére jogosult gyógyszerész, valamint az érintett település(ek) képviselő-testülete kezdeményezheti, melynek létjogosultságát a Magyar Gyógyszerész Kamara egyetértése mellett az ÁNTSZ Országos Tisztiorvosi Hivatala (OTH) határozatban állapítja meg. A közforgalmú gyógyszertár létesítésének demográfiai és földrajzi korlátja is van: minden 5.000 lakosra juthat egy gyógyszertár, valamint új és már működő gyógyszertár között – a település lélekszáma alapján – 250 m, illetve 300 m távolság van. A gyógyszertár működési engedélyét – más egészségügyi

²⁶ Balázsné dr. Molnár Borbála: A gyógyszerprobléma Alfadat-Press Nyomdaipari Kft, 1996/54

²⁷ Balázsné dr. Molnár Borbála: A gyógyszerprobléma Alfadat-Press Nyomdaipari Kft, 1996/54

²⁸ Vincze Z, Zelkó R: Gyógyszerügyi szervezéstani, Medicina, 2008

szolgáltatóhoz hasonlóan - az ÁNTSZ adja ki. A gyógyszertárak felügyelete állami feladat, melyet szintén az ÁNTSZ lát el. A gyógyszertárt működtető gazdasági társaság formája kizárólag betéti társaság lehet, mégpedig úgy, hogy beltagja(i) csak gyógyszerész(ek) lehet(nek). A beltagok tulajdonrészének el kell érnie a 25%-ot (2007. január 1-től az 50%-t), valamint közülük kell kerülnie a személyi jogos gyógyszerésznek is.

A fenti, versenykorlátozó jogi szabályozás a lakossági gyógyszer ellátást teljes egészében a gyógyszerész társadalom tevékenységi körébe delegálta, Európában egyáltalán nem egyedülálló módon monopol- és privilegizált helyzetbe hozva a gyógyszerészeket. Elmondható tehát, hogy szándék szinten legalábbis az ellátórendszer más tagjai (gyártók, nagykereskedők) ki vannak zárva a közforgalmú gyógyszertárak működtetéséből, azonban ez visszafelé – gyógyszertár – a nagykereskedelem és a gyártó vonatkozásában még implicit módon sem került megfogalmazásra. (Gyógyszerésznek lehet tulajdonrésze nagykereskedelem, valamint gyártó esetén is.) Itt kell azonban megjegyezni, hogy az implicit („szándék”) és az explicit rendelkezések ellenére már e törvény hatálya alatt jelen volt egyfajta vertikális és a horizontális integráció, igaz csekély méreteket öltve. Erre vonatkozóan hiteles adat nem áll rendelkezésre.

Visszautalva a korábban bemutatott működési modellekre megállapítható, hogy a jogszabályi környezet egy etikus lakossági gyógyszerellátás feltételeit teremtette meg, azaz földrajzi és demográfia korláttal szabályozták a patikák számát, létesítését, korlátozták a tulajdonjogokat, a tevékenység végzését engedélyhez kötötték. A lakossági gyógyszerellátás kizárólag közforgalmú gyógyszertárakon keresztül valósulhatott meg de jure szabad, de facto rögzített áron, hatósági árresek mellett. A működés paramétereit a következő táblázat foglalja össze.

11. táblázat Az 1994. évi LIV. tv által meghatározott működési modell ismérvei

Szabályozó tényező	Etikus modell
Gyógyszertárak száma	Korlátozott
Gyógyszertárak elhelyezkedése	Van demográfiai és földrajzi korlát
Gyógyszertár tulajdonosa	Kizárólag gyógyszerész lehet
Tulajdonolt gyógyszertárak száma	Egy gyógyszerész egy patikát birtokolhat
Tevékenység nyilvántartáshoz/ engedélyhez kötött	Igen
Gyógyszer hozzáférés	Csak gyógyszertárból
Ár(árres), ösztönzés	Ár nem, árres hatóságilag szabályozott
Gyógyszerész egyéb tevékenysége	végző felelősséggel tartozó gyógyszerész más tevékenységet nem folytathat
Gyógyszerész helyettesítése	végző felelősséggel tartozó gyógyszerész nem helyettesíthető
forgalmazott termékkör	Korlátozott
alternatív elosztási csatornák az értékesítés során (telefonos, internetes rendelés, futár stb.)	Nem alkalmazhatóak

Szót kell ejtenünk a 1994. évi LI. törvényről, ami létrehozta a gyógyszerészek szakmai, érdekképviseleti és önkormányzati köztisztületét, a Magyar Gyógyszerész Kamarát, ami feladatait területi és országos szervezetei útján látja el. Ahogyan azt a későbbiekben látni fogjuk, az MGYK létrejötté, feladatai, a létrehozó törvény alkalmazása és későbbi sorsa szorosan egybefonódott a gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvénnyel.

12. táblázat Magyar Gyógyszerész Kamara feladata (1994. évi LI. törvény 2. §)

a) megalkotja
aa) Alapszabályát,
ab) a gyógyszerészi tevékenység etikai szabályait, valamint az etikai-fegyelmi szabályzatot;
b) véleményezi
ba) a gyógyszergyártást, a gyógyszerellátást és forgalmazást, a gyógyszerészek szakmai tevékenységét, illetve anyagi helyzetét, valamint a Kamara feladatait és működését közvetlenül érintő jogszabályok tervezeteit,
bb) a gyógyszerészeti tevékenység szervezésére és működésére, alapvető fejlesztési elképzeléseire vonatkozó terveket,
bc) a gyógyszerészképzés, szakképzés és szakmai továbbképzés során érvényesítendő követelményszintet,
bd) a magasabb vezető és vezető beosztású gyógyszerész kinevezését,
be) a gyógyszertárak létesítését és működtetését;
c) tagjairól nyilvántartást vezet;
d) elmarasztalja az etikai és szakmai szabályokat vétkesen megszegő gyógyszerészeket;
e) külön jogszabályban meghatározott esetekben és módon előzetesen véleményt nyilvánít a gyógyszerészi diplomához kötött tevékenység végzéséhez szükséges hatósági engedélyek kiadásakor;
f) ellátja azokat a feladatokat, amelyeket törvény vagy törvény felhatalmazása alapján jogszabály a hatáskörébe utal.

Érdemes megemlíteni a Kamara szerepét a fegyelmi-etikai vétségek terén: „20. § a) a gyógyszerészi foglalkozás szakmai szabályainak vétkes megszegése fegyelmi vétségnek, b) a Kamara etikai-fegyelmi szabályzatába foglalt gyógyszerész-etikai szabályok vétkes megszegése etikai vétségnek, ismételt súlyos esetben fegyelmi vétségnek minősül.”

3.2.1 A szabályozás eredményei

A gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény hatályba lépésekor korszerűnek mondható és teljes körű gyógyszerész szakmai és társadalmi támogatását élvezett. A lakossági gyógyszerellátás teljesen új alapokra helyezése gyakorlatilag zökkenőmentes történt meg.

A törvény deregulál; hiszen kiveszi az állam kezéből a közvetlen lakossági gyógyszerellátást, hogy immáron gyógyszerészek által tulajdonolt, közfinanszírozott magánvállalkozások nyújtsák a továbbiakban ezen egészségügyi szolgáltatást. Az ellátás megváltoztatása az alábbi eredményeket hozta²⁹:

- magántőke került az ellátórendszerbe
- javult a hozzáférés – a gyógyszertár elérhetőség térben és időben is, valamint az elérhető termékpalletta is szélesedett
- a tulajdonosi szemléletből fakadóan nagymértékben javult ellátás minősége (infrastruktúra, kiszolgáló terek).

3.2.2 A szabályozás versenykorlátozó elemei a lakossági gyógyszerellátásban

Ebben az alfejezetben a tematikus áttekintés gerincét a Gazdasági Versenyhivatal 2003-ban kiadott Versenyhivatali Füzete adja³⁰ az alábbiak szerint:

- gyógyszertárak kizárólagossága a gyógyszerforgalmazás terén
- gyógyszerkiadás gyógyszerészi kizárólagossága
- gyógyszertárak alapításának korlátozása

29 Dr. Bartucz Attila: A gyógyszer-kiskereskedelem szabályainak változásai 2007. szakdolgozat, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

30 A gyógyszerpiac szabályozásának versenypolitikai kérdései, GVH, 2003

- gyógyszerészi személyi jog, mint piacra lépési korlát
- vertikális szeparációs szabályok – gyógyszertárak szervezeti formájára, potenciális befektetőre vonatkozó szabályok
- rögzített kiskereskedelmi ár, rögzített árresek
- gyógyszertárak időbeli elérhetőségének – kiszolgálási rendjének – szabályozása
- forgalmazható áruk körének korlátozása
- önszabályozások

3.2.2.1 A gyógyszertárak kizárólagossága a gyógyszerforgalmazás terén

A közforgalmú gyógyszertár, mint kiskereskedelmi egység létesítési és működési engedéllyel rendelkezik, amely a biztonságos gyógyszerellátást garantáló személyi és tárgyi feltételek teljesülését garantálja. Egy esetleges korlátozás feloldás az jelentené, hogy a gyógyszer termékkör forgalmazása - legalább egy bizonyos meghatározott körben - patikán kívülre kerül.

3.2.2.2 A gyógyszerkiadás gyógyszerészi kizárólagossága

A 1994. évi LIV. tv szerint gyógyszertárból gyógyszert csak gyógyszerész, kézigyógyszertárból pedig csak orvos szolgáltat ki. Szintén expedíálhatnak azonban azon szakasszisztensek, akik képesítésüket a törvény hatályba lépése előtt szerezték. Hosszútávon tehát reális, hogy jogszabály szerint kizárólag diplomával rendelkező szakember szolgáltat ki gyógyszert. A szakasszisztencia ilyen típusú képzésének hiányában, valamint a gyógyszerészi létszám csökkenésével e szigorú szabályozás személyi feltételei vélelmezhetően a valóságban nem teljesíthetőek maradéktalanul.

3.2.2.3 A gyógyszertárak létesítésének és működtetésének korlátozása

A gyógyszertárak létesítésének és működtetésének korlátozása a gyógyszertárak alapításának, a gyógyszerészi személyi jog, mint piacra lépési korlát létének, valamint a gyógyszertárak szervezeti formájára, illetve a potenciális befektetőre vonatkozó korlátozások és a vertikális szeparációs szabályok miatt áll fenn.

Az 1994-es törvény versenykorlátozó elemei privilegizált helyzetbe hozták a gyógyszerész szakmán belül azokat, akik rövid időn belül tudtak piacra lépni, mivel a gyógyszertárak száma a hatálybalépéstől számított mintegy egy éven belül elérte a demográfiai korlátot (1995-ben az egy gyógyszertárra jutó lakosság szám 5.046 fő volt), így új gyógyszertárak alapítására a meglévők mellett nem volt mód, a piac telítetté vált. A saját vállalkozást indítani kívánó gyógyszerészek már csak meglévő patikák adás-vétele útján juthattak gyógyszertárhoz.

A demográfiai korlát miatt a szabályozás hatályba lépését követő 12 évben jelentősen nem változott sem a gyógyszertárak száma, sem tulajdonosi köre: **1995-2001 csupán huszonöt új gyógyszertár létesült**³¹. Ezzel párhuzamosan kialakult a piacra lépni szándékozók jelentős bázisa: **jelentősen nőtt a gyógyszerészek létszáma**, amit az alábbi táblázat demonstrál. E két paraméter valójában teljesen befagyasztotta a szolgáltatói versenyt, ami nyilvánvalóan megmutatkozott a szolgáltatások színvonalában, a megváltozott fogyasztói igényekhez való alkalmazkodás hiányában.

31 Dr. Bartucz Attila: A gyógyszer-kiskereskedelem szabályainak változásai 2007. szakdolgozat, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

13. táblázat. A gyógyszertárak és gyógyszerészek számának alakulása ³²

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
közforgalmú gyógyszertárak száma	2.024	2.036	2.003	2.010	2.028	2.045	2.049
gyógyszerészek száma	3.422	4.104	4.389	4.789	4.762	4.905	5.024

A piacra lépés másik adminisztratív korlátja az egyéni vállalkozáson, illetve betéti társaságon kívül minden más gazdasági társaságot kizárása; hiszen közforgalmú gyógyszertár csak betéti társasági formában működhetett, ahol a gyógyszerész beltág legalább 51%-os tulajdonrészrel bírt.

3.2.2.4 Rögzített kiskereskedelmi ár, rögzített árrések

A gyógyszerek ára hatóságilag nem szabályozott, a termelői árra rakódó nagykereskedelmi és kiskereskedelmi árrések azonban hatóságilag ³³. Annak dacára, hogy a gyógyszerár de jure nem hatósági, de facto mégis rögzített ár valósul meg a gyógyszerek teljes körére. Ez azt eredményezi, hogy a gyógyszerpiac teljes körében (vényköteles és nem vényköteles, illetve társadalombiztosítási támogatásban részesülő, illetve nem részesülő termékek esetén) **nem valósul meg semmiféle árverseny.**

3.2.2.5 A gyógyszertárak időbeli elérhetőségének szabályozása

A gyógyszertárak működési, szolgálati és nyilvántartási rendjéről szóló 15/1997. (VI. 20.) NM rendelet határozza meg a nyitvatartási időre, illetve a készenléti vagy ügyeleti szolgálatra vonatkozó minimumfeltételeket. Az ügyeleti szolgálat ideje alatt a gyógyszerésznek a gyógyszertárban kell tartózkodnia, míg a készenléti szolgálat alatt a 30 percen belüli elérhetőséget kell biztosítani.

3.2.2.6 Forgalmazható áruk körének korlátozása

A gyógyszertárban forgalmazható termékekről szóló 43/1996. (XI. 29.) NM rendelet horizontálisan szeparáló jellegű. A gyógyszertárban forgalmazható termékkör meghatározása miatt a közforgalmú gyógyszertárak ilyen értelemben tehát „szakboltként” működő kiskereskedelmi egységek.

3.2.2.7 Önszabályozások

Mivel a gyógyszertárakra és a gyógyszertárak által nyújtott szolgáltatásokra vonatkozóan speciális jogszabályi korlátozó szabályozás nincs, a gyógyszertárak a saját szolgáltatásaikat a fogyasztók felé szabadon reklámozhatnak. A Magyar Gyógyszerészeti Kamara etikai kódexe azonban tartalmaz az általános korlátozó szabályokon túlnyúló korlátozásokat.

3.2.3 A gyógyszerpiaci szabályozási reform

Mielőtt a szabályozási reform tartalmi kérdéseit részletesen tárgyalnánk, előzményként ismertetjük a 2002-2006 között regnáló Kormány idevágó programját ³⁴. A „Cselekedni, most és mindenkiért! A nemzeti közép, a demokratikus koalíció kormányának programja” című Kormányprogram expliciten fogalmazott a gyógyszerellátást érintő tervei tekintetében:

„9. Biztonságos gyógyszerellátás megteremtése

³² A gyógyszerpiaci szabályozásának versenypolitikai kérdései, GVH, 2003

³³ 19/2001 (V.23.) EüM rendelet a gyógyszerek kereskedelmi árréséről

³⁴ Cselekedni, most és mindenkiért! A nemzeti közép, a demokratikus koalíció kormányának programja, Magyarország 2002-2006

- 9.1. Átfogó jogszabályba foglaljuk a gyógyszerek ártámogatásának szabályait. Megakadályozzuk, hogy a gyógyszerellátás bármely szereplője jogosulatlan előnyhöz juthasson, miközben arra törekszünk, hogy mindenki átláthassa, átgondolhassa, tervezett módon érvényesítse számításait. Az árszabályozásban megfelelő eljárási rendet vezetünk be. A százalékos támogatást megtartva, egyes életmentő, illetve az idősek számára nélkülözhetetlen gyógyszerek kiemelt támogatására a jelenleginél rugalmasabb lehetőséget teremtünk. Hozzájárulást adunk az oltóanyagok és a fogamzásgátló szerek árához. Elősegítjük a generikumok térhódítását.
- 9.2. Gondoskodunk a hazai gyógyszertár hálózat biztonságos működéséről, megteremtjük a gyógyszereszek érdekeltségét is a betegek informálásában, költséghatékony gyógyszerelésében.
- 9.3. Kiépítjük a "családi patikák" rendszerét, engedélyezzük a vevőkártya rendszerek kialakítását. Nagyszabású gyógyszer-tájékoztatási programba kezdünk.
- 9.4. A gyógyszertárak engedélyeztetését liberalizálni fogjuk.”

A Kormányprogram szinten nevesített patikaliberalizációs terv előzménye a GVH sokat hivatkozott Versenyhivatali Füzete (2003), amire alapozva a szaktarca megkezdte az ágazatot érintő „A gyógyszerpiaci szabályozási reform” szakmai háttéranyagának kidolgozását (2004).

A 2004 májusában az Egészségügyi Minisztérium „A gyógyszerpiaci szabályozási reform” című szakértői vitaanyaggal kezdett széleskörű szakmai egyeztetésbe. A „Gyógyszerpiaci rendtartás” néven elhíresült szakmai háttéranyag egyrészt egyfajta folytatása, kvázi következménye volt a 2003-as GVH anyagnak, másrészt előzménye, illetve kiinduló szakmai háttéranyaga a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvénynek.

A Gyógyszerpiaci rendtartás olyan rendszert kívánt megvalósítani, ahol a szabályozási célok és feltételek meghatározása parlamenti, illetve kormányzati kontroll alatt történik. Eredményként a döntések, szabályozások végrehajtása, a konkrét piacbefolyásolási döntések, – piacfelügyeleti hatósági felügyelet alatt, illetve bírósági ellenőrzés mellett – közigazgatási eljárásokká válnak, elősegítve azáltal a napi politikai beavatkozásokat. Így a gyógyszerpiac működését hosszú távon kiszámíthatóbbnak vélték, a közcélú befolyásolásában nagyobb szerepet kapott volna a szakmai hozzáértés³⁵.

A koncepció által megfogalmazott célokat a következő táblázat mutatja be.

³⁵ A gyógyszerpiaci szabályozási reform szakmai koncepciója, 2004

14. táblázat A reform által elérni kívánt célok ³⁶

A szabályozási környezet garantálja a lakosság gyógyszer ellátásának időbeli és térbeli folyamatosságát, választékának igényekhez igazodó összetételét

A szabályok és a piaci hatások együttesen ösztönözzék a vállalkozásokat a vásárlói igényekhez való rugalmas alkalmazkodásra, ideértve a magasabb minőségű kereskedelmi szolgáltatások nyújtását is.

Az újrászabályozásban az adminisztratív jellegű megoldások helyett a piaci jellegű ösztönzőknek legyen nagyobb súlyuk, minimalizálva ez által a költségeket, a társadalmi veszteségeket.

Ösztönözni a gyógyszertárakat arra, hogy több szolgáltatási funkciót vállaljanak fel és hogy a magas szakképzettségbe fektetett egyéni és társadalmi ráfordítások jobban hasznosuljanak:

- az ellátásszervezés rendszerében,
- a betegség megelőzésben, népegészségügyi programban,
- a generikus programba való bekapcsolással,
- a fogyasztói tájékoztatás területén

Ne romoljon az ágazat vállalatainak jövedelmi pozíciója, a nehéz helyzetben lévő, ellátási szempontból nélkülözhetetlen mikrovállalkozások helyzete stabilizálódjon.

Teljesítsük a jogharmonizációs kötelezettségeinket, ugyanakkor biztosítsunk megfelelő időt, lehetőséget az új szabályozási környezethez való alkalmazkodásra.

A korábban megfogalmazott célok eléréséhez a koncepció a következő eszközöket vonultatja fel:

15. táblázat A megvalósítást célzó eszközök ³⁷

A működés engedélyezésének fenntartása, bizonyos korlátozások feloldása mellett (pl. termékbiztonság, gyógyszertár szakmai vezetése, gyógyszerészi tanácsadás, gondozás, expedálás)

A patikaalapítás korlátainak előre meghirdetett, fokozatos eltörlése (oda kell figyelni arra, hogy a tulajdonlasi, a (távolsági korlátok eltörlése nyomán, hogyan alakulnának az összevásárlások, lesznek-e versenyjogi – pl. árdiszkriminációs, monopolizációs – problémák, kell-e speciális beavatkozásokat statuálni (pl. összevásárlási korlátozások, tanácsadási tevékenység megbízhatóságának jogi garanciáinak megteremtése, stb)).

A gyógyszertárak társasági formájára, tulajdonlására vonatkozó szabályok eltörlése.

Az orvosi kézigyógyszertár rendszerelemként való megtartása.

Új – általános szerződési feltételek formát öltő – szerződés és finanszírozási csomag kidolgozása, árrés szabályozás felülvizsgálata (OEP hatáskörben, de hatósági felügyelet mellett). Az új típusú szerződéses rendszer főbb elemei:

1. Alapszolgáltatás, alapdíjért – vényköteles termékek kiszolgálása
2. További egészségügyi szolgáltatások, többletfinanszírozásért – részvétel a népegészségügyi programban, generikus programban, gyógyszerészi gondozás és tanácsadás működtetése stb)
3. Területi pótlék – ellátási érdekből rossz megtérülésű/nem fenntartható gyógyszertárak működőképességének megőrzése
4. Készenléti díj azokon a területeken, ahol enélkül nem megoldható az időbeli hozzáférés garantálása.

Az OEP és a gyógyszertár szerződéskötési kötelezettsége fokozatos és kölcsönös megszüntetése.

A vényköteles gyógyszerek forgalmazásának feltétele ellátási kötelezettség vállalása.

A támogatott termékek forgalmazásának feltétele az OEP-pel való szerződéskötés, ami egyéb feladatvállalással is kiegészíthető.

A gyógyszertárakban forgalmazható termékekre vonatkozó korlátozások eltörlése.

A nem vényköteles gyógyszerek esetén fokozatosan oldani kell a forgalmazási korlátokat (csomagküldés, internetes kereskedelem stb).

A nem vényköteles körben a rögzített árak helyett a fokozatos gyártói árcsökkentés bevezetése, hosszútávon annak eltörlése.

³⁶ A gyógyszerpiaci szabályozási reform szakmai koncepciója, 2004

³⁷ A gyógyszerpiaci szabályozásának versenypolitikai kérdései, GVH, 2003)

A gyógyszerpiaci szabályozási reform tervezete a gyógyszerellátó rendszer gyakorlatilag minden szereplőjét érintette. A reform a verseny fokozását célozta, amitől a döntéshozó az ellátórendszer hatékonyságának és minőségének javulását várta. Az anyag szakmai tartalmán túl előnye, hogy:

- a verseny elősegítése érdekében javasolt szabályozó eszközök mellett minden esetben javasol garanciális szabályt és/vagy korrekcióra, kompenzációra alkalmas eszközt, valamint
- a változtatásokat fokozatosan kívánta volna bevezetni.

Mivel a megfogalmazott reformtervezet minden érintett szereplő status quo-jának megváltoztatására irányult – együtt járva „szerzett jogok” valós vagy vélt elvesztésével - az érintettek szinte kivétel nélkül mind a reformjavaslat ellenzőivé lettek. A szakmai anyag kodifikációjára végül – politika akarat és erő híján - nem került sor.

3.3 A lakossági gyógyszerellátás 2006 és 2010 között

Szemben a korábbi patikaliberalizációra, deregulációra irányuló sikertelen kezdeményezésekkel a 2006-2010-es - választási ciklussal egybeeső - időintervallumban a lakossági gyógyszerellátás szabályozását alapjaiban változtatták meg.

A Szabad Demokraták Szövetsége által elfogadott „Szabadság, verseny, szolidaritás 2006–2010” választási programjában az egészségügy átalakításának három alapelvei közül az alábbiak érintik a lakossági gyógyszerellátást:

- Verseny a betegekért! - a privatizált patikapiac liberalizációja.
- Verseny az ellátórendszerben! - Az ellátó szervezetek által nyújtott szolgáltatások minőségének mérése és interneten való közzététele.

Érdekes, hogy a jobb hozzáférés és árverseny megteremtése érdekében tervezett patika liberalizáció explicit módon nem jelenik meg a „Lendületben az ország!” című Kormányprogramban. Megjelenik azonban a „Zöld könyv az egészségügyről” című ágazati anyagban, ahol a „Keserű pirula vagy gyógyír? – avagy több patika, olcsóbb gyógyszerek, jobb ellátás” alcímmel az alábbi megállapítások és megoldási javaslatok látnak napvilágot:

„Az elmúlt évtizedben a magánosítás hatására a gyógyszertárak megújultak, miközben az ellátás zavartalanul működött. Ma a legnagyobb problémát, a legtöbb lakossági panaszt nem a verseny, hanem éppen a verseny korlátozása okozza. A piackorlátozó megszorítások miatt nem létesülhetnek szabadon gyógyszertárak, akkor sem, ha megfelelő végzettségű gyógyszerész garantálná a szolgáltatás biztonságát. Többek között ezért kevés az éjjel is nyitva tartó gyógyszertár. Az erősebb verseny csökkentené az árakat, és olyan kényelmi szolgáltatások is megjelenhetnének, mint az internetes gyógyszerrendelés, vagy a gyógyszer-házhozszállítás. A piac azonban nem old meg minden gondot. A hátrányos helyzetű körzetekben gyakran nem éri meg gyógyszertárat működtetni, mert a szabályozás olyan követelmények teljesítését írja elő, amit az alacsonyabb forgalmú patikák nem tudnak teljesíteni. Ezeken a területeken az államnak kell olyan támogatást nyújtania, hogy a gyógyszertárak ne legyenek veszteségesek, és mindenki hozzájuthasson a szükséges gyógyszerekhez.”

A lakossági gyógyszerellátás változtatására irányuló másik markáns javaslat a vény nélkül vásárolható gyógyszerek meghatározott körének patikán kívüli forgalmazásának lehetővé tétele.

A politikai döntés mellé 2006-ban politikai akarat és erő is társult, így megalkotásra került a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv), valamint az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló a 2006. évi XCVII. törvény.

A törvény célja, hogy:

- garantálja a kötelező társadalombiztosítás körében igénybe vehető ellátások meghatározásának átláthatóságát,
- kiszámíthatóvá és biztonságossá tegye a rendszer szereplőinek működését,
- biztosítsa a kötelező társadalombiztosítás rendelkezésére álló források felhasználásának méltányosságát, gazdaságosságát és szakmai hatékonyságát, valamint
- meghatározza a közvetlen lakossági gyógyszerellátó tevékenység folytatásának alapvető feltételeit.

A következőkben a joganyag gyógyszer kiskereskedelmet érintő alapvető változtatásait tekintjük át:

- A gyógyszertárak létesítése és működtetése
- Gyógyszerellátási garanciák
- Gyógyszertáron kívül történő gyógyszerforgalmazás
- Vegyes rendelkezések

3.3.1 Gyógyszertárak létesítése és működtetése

A korábban hatályos földrajzi és demográfia korlátok (250m, 5.000 fő) továbbra is hatályban maradtak; a törvény 47 § (3) bekezdése szerint azonban új gyógyszertár létesülhet akkor is, „...ha az új közfoglalmú gyógyszertár a működésének megkezdésétől számított legalább 3 évig

a) legalább napi 24 órában nyitva tart, vagy

b) legalább heti

ba) 60 órában nyitva tart, vagy

bb) 40 órában tart nyitva és folyamatos készenléletet biztosít

c) és a ba) és a bb) esetben a külön jogszabályban meghatározottak szerinti fekvőbetegek részére – a betegek kérésére – a gyógyszert a működés helyszínétől számított legalább 2 km-es körzetben külön díj felszámítása nélkül kiszállítja vagy gyógyszerek interneten történő rendeléséhez szükséges honlapot működtet, melynek keretében a gyógyszerek házhozszállítását biztosítja ³⁸.”

³⁸ 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól”

Megállapítható tehát, hogy bár a jogszabály nem érinti a lélekszámhoz és a földrajzi elhelyezkedéshez kötött korlátozásokat, azonban olyan új kivétel-szabályokat hozott létre, amelyek egyértelműen jelezte a döntéshozó szándékát a gyógyszer kiskereskedelem jövőjére vonatkozóan. A kivétel-szabályok a szolgáltatási portfólió szélesítésére, valamint a verseny indukálására irányultak úgy, hogy közben megszüntették a létesítési- és működtetési engedélyezési eljárás szeparálását, valamint a gyógyszerészársadalom addigi, de jure privilegizált helyzetét.

3.3.2 Gyógyszerellátási garanciák

53. § (3) bekezdése szerint „a gyógyszertár a közfinanszírozásban részesülő gyógyszerek kiszolgáltatása során legfeljebb a biztosító által a támogatás alapjául elfogadott ár és a támogatási összeg különbözeteként meghatározott térítési díj összegét számíthatja fel a gyógyszer kiadása során³⁹.”

Az így meghatározott – felülről maximált - térítési díj elsősorban fogyasztóvédelmet szolgál, azonban bevételnövelő tétel is lehet egy vertikális integráció során, vagy paralel import esetén.

Az 53. § (7) bekezdése szerint a gyógyszertár számára közfinanszírozott gyógyszer ellenérték nélkül (a továbbiakban: természetbeni rabbat) nem adható, nem szállítható és nem ajánlható fel. Ez a közforgalmú patikák számára (is) biztosított „implicit forrás” természetesen hiányozott a patikák részére és kvázi forrás-elvontást jelentett akkor, ha helyette nem találtak alternatív csatornát.

3.3.3 Gyógyszertáron kívül történő gyógyszerforgalmazás

A 65. § (1) és (2) bekezdése lehetővé teszi a gyógyszerforgalmazást gyógyszertári működési engedéllyel nem rendelkező vállalkozások számára is az alábbi gyógyszerek körében: azon vény nélkül rendelhető készítmények, amelyek „alkalmazását megelőzően az öndiagnózis egyértelműen felállítható, tévedés valószínűtlen vagy nem jár súlyos egészségügyi következményekkel”, valamint a készítmény „veszélyessége (mellékhatás, kölcsönhatás) még jelentősebb mértékű túlادagolás esetén sem nagy”.

A gyógyszer kiskereskedelem folytatásához szükséges keretfeltételeket a 66.§ fogalmazza meg nagyvonalakban, amelyből kiemelendő, hogy a készítményeket csak gyógyszer nagykereskedőtől lehet beszerezni, azokat jól elkülönítve kell tárolni, valamint be kell jelenteni az üzletben lévő felelős személyt, aki képzettségére vonatkozóan explicit módon nincs megjelenítve sem a gyógyszerész, sem más kvalifikált végzettség elvárása.

3.3.4 Vegyes rendelkezések

A vegyes rendelkezések 73. § - bizonyos kautillák mellett – lehetővé teszi az integrációt. Törvényi szinten kerül meghatározásra az a piaci méret, ami eseteiben a gyógyszertárat működtető vállalkozások összefonódásához a Gazdasági Versenyhivatal engedélye kell. Ezek a következők:

- Ha „az érintett vállalkozáscsoportok, valamint az érintett vállalkozáscsoportok tagjai és más gyógyszerforgalmazásban érintett vállalkozások által közösen irányított vállalkozások gyógyszer-kiskereskedelmi forgalmazásból származó előző üzleti évben elért nettó árbevétele együttesen az egymilliárd forintot meghaladja, és

³⁹ 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól

- az érintett vállalkozáscsoportok között van legalább egy olyan gyógyszerforgalmazásban érdekelt vállalkozáscsoport, melynek a gyógyszer-kiskereskedelmi forgalmazásból származó előző évi nettó árbevétele a vállalkozáscsoport tagjai és más vállalkozások által közösen irányított vállalkozások e tevékenységből származó nettó árbevételével együtt százmillió forint felett van, és
- a tervezett összefonódás eredményeképpen az irányítás alá kerülő további gyógyszertár telephelyének” részletesen meg meghatározott „földrajzi körzetében lévő gyógyszertárak 1/6 részét meghaladó számú gyógyszertár kerülne az adott vállalkozás vagy vállalkozáscsoport közvetlen vagy közvetett irányítása alá”.

Összehasonlítás gyanánt: a tisztességtelen piaci magatartás és a versenykorlátozás tilalmáról szóló 1996. évi LVII. törvény, hasonló számai az alábbiak:

- „az érintett vállalkozások előző üzleti évben elért nettó árbevétele együttesen meghaladja a tizenöt milliárd forintot, és
- az érintett vállalkozáscsoportok között van legalább két olyan vállalkozáscsoport, melynek az előző évi nettó árbevétele a vállalkozáscsoport tagjai és más vállalkozások által közösen irányított vállalkozások nettó árbevételével együtt ötszázmillió forint felett van.”

Ahogy a fentiekben említettük, a szabályozás liberalizációjától a szabályozó azt várta, hogy az intenzívebb verseny következményeként jótékonyan változzon a hatékonyság, a fajlagos költségek, a közkiadások abszolút értéke, a fogyasztók hozzáférése és az általuk igénybe vett szolgáltatások minősége. Hozzá kell azonban tenni, hogy a verseny fokozásának hatékonyságnövelése mindig kompromisszumot jelent a hozzáférés, a méltányosság és/vagy a minőség tekintetében.

Az „egységköltségek” csökkentése (támogatási kulcsok csökkenése, volumenkorlátok bevezetése, árrés csökkentése (%), befizetés az árrés-tömeg terhére stb) mind abba az irányba terelték a gyógyszer kereskedelmet, hogy – minden számára elérhető eszközzel - növelje a hatékonyságát, amire mind a vertikális, mind a horizontális integráció megfelelőnek tűnhet.

Az alábbi táblázat a Gyftv hatályba lépése előtti, valamint az azt követő időszak ismérveit veti össze. Összességében megállapítható, hogy a dereguláció a korábbi etikus működési modell felől a merkantilista működtetés irányba tolta el a közforgalmú gyógyszertárakat.

16. táblázat Az 1994. évi LIV. tv által meghatározott működési modell ismérvei

Szabályozó tényező	Gyftv előtt	Gyftv után
Gyógyszertárak száma, elhelyezkedése	Korlátozott Van demográfiai és földrajzi korlát	Hatályba lépéskor korlátozott – kivételekkel, 2011-től megszüntetni szánt
Gyógyszertár tulajdonosa	Kizárólag gyógyszerész lehet	Nem csak gyógyszerész lehet
Tulajdonolt gyógyszertárak száma	korlátozott	Nem korlátozott
Tevékenység nyilvántartáshoz/ engedélyhez kötött	Igen	Igen, de gyengült a korábbiakhoz képest
Gyógyszer hozzáférés	Csak gyógyszertárból	Nem kizárólag gyógyszertárból
Ár(árrés), ösztönzés	Támogatott készítmények ára alku kérdése, árrés hatóságilag szabályozott	Támogatott gyógyszerek esetében szabályozott, nem támogatott készítmények esetében nem szabályozott
Gyógyszerész egyéb tevékenysége	végző felelősséggel tartozó gyógyszerész más tevékenységet nem folytathat	végző felelősséggel tartozó gyógyszerész folytathat más tevékenységet
Gyógyszerész helyettesítése	végző felelősséggel tartozó gyógyszerész nem helyettesíthető	végző felelősséggel tartozó gyógyszerész helyettesíthető
forgalmazott termékkör	Korlátozott	Jellemzően nem változott
alternatív elosztási csatornák	Nem alkalmazhatóak	Alkalmazhatóak

3.4 A lakossági gyógyszerellátás 2010 után

A Gyftv-t hatályba lépésétől kezdve a gyógyszerész szakma minden eszközzel megpróbálta módosítani, hatályon kívül helyezni. A Magyar Gyógyszerész Kamara azonban – mivel köztestületi funkciója megszűnt⁴⁰ - nem képviselt megfelelően erős lobby szerepet. A Kamara érvrendszerére az akkor még ellenzékben lévő FIDESZ MPP azonban fogékonyan bizonyult és hatalomra jutása esetére ígéretet tett a dereguláció visszaállítására. A 2010-es országgyűlési választásokat követően megalakult új Kormány Nemzeti Együttműködés Programjában, az „Itt az idő, hogy megmentjük az egészségügyet!” című 3. számú fejezetében az alábbiak szerint fogalmazza meg a gyógyszergazdálkodás kritikáját és megoldási javaslatát:

„A szocialista kormányzat gyógyszer-gazdaságossági törvénye rontott a gyógyszerellátás biztonságán, a patikaalapítás liberalizációjának eredményeként pedig közel 600 kispatika ment csődbe. A törvény újragondolása, valamint a patikaalapítás újraszabályozása elengedhetetlen. A kispaticák megmaradása nemcsak egészségpolitikai cél, hanem nemzetpolitikai cél is. Működő kispaticák nélkül nincs élhető vidék. Meg kell teremteni, hogy a közforgalmú gyógyszerellátásban megőrizhető legyen a gyógyszerészi tudáson alapuló független működtetési kompetencia és az ehhez szorosan hozzátartozó többségi gyógyszerészi tulajdonon alapuló gyógyszertár - működtetés. Ez a tervezett változás összhangban van az Európai Bíróság határozatával.”⁴¹

Az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2010. évi LXXXIX. törvény 2010. augusztus 17-től gyógyszertár-alapítási moratóriumot, valamint átmeneti fúziótilalmat rendelt el, ami 2011. január 1-ig hatályos. A moratórium időtartama arra áll rendelkezésre, hogy a jelenlegi döntéshozó megalkossa a lakossági gyógyszerellátásra (is) vonatkozó új szabályozást. A kodifikációs munka várhatóan a közeljövőben fejeződik be (2010. október-novembere).

3.5 Lakossági gyógyszerellátás hazánkban és az Európai Unióban

A lakossági gyógyszerellátás közösségi szinten csak keretrendszer szab meg, a működés részletszabályait nemzeti kompetenciának hagyja, „véleményt” mindössze egyedi esetekben – leginkább az Európai Unió Bírósági ítéletein keresztül - nyilvánít.

Mindez egybe cseng az EU egyik fontos alapvetésével, miszerint teljes mértékben tiszteletben kell tartani az egyes tagállamok kompetenciáját az egészségügyi ellátórendszer érintő nemzeti szabályozás tekintetében. Az ágazatban a szubszidiaritást, a szolidaritást, valamint a hozzáadott értéket tekinti leginkább mérvadónak⁴².

A magyar lakossági gyógyszerellátás sem a korábbiakban működő (etikus túlsúlyú), sem a patikaliberalizáció után kialakult (merkantilista túlsúlyú) működése nem idegen az Európai Unió más

40 2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról

41 Megjegyezzük, hogy a 600 patikával szemben a valóságban 223 szűnt meg, s 618 új patika létesült, így összességében 400 körüli új gyógyszertárral működik több, mint a törvény előtt.

42 PGEU Response Consultation Regarding Community Action on Health Services

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co182_en.pdf

tagállamainak gyakorlatától, hiszen mindkettőre számos példa van. (Ezt a tanulmány nemzetközi áttekintésében részleteiben be is mutattuk.)

Amit azonban az Európai Unió jogalkalmazás tekintetében érdemes megjegyezni, hogy az évtized eleje-közepén sokkal inkább – összhangban a neoliberais gazdasági szemlélettel - a szabad piac megőrzése, a verseny lehető legkevesebb korlátozása volt az első számú prioritás. Ez azonban megváltozni látszik a közelmúltban született néhány, az Európai Unió Bíróság által meghozott ítélet ismeretében. Immáron több példa is akad, hogy a nemzeti korlátozó intézkedési közösségi jogot sért, mégis jóváhagyást nyert, mivel igazolható a lakosság megbízható és színvonalas gyógyszerellátásának biztosítására irányuló célhoz kötöttség. (A hivatkozott eseteinkben a letelepedés szabadságának és a tőke szabad mozgásának közösségi jogait sértették a nemzeti korlátozó intézkedések.)

4. Amit a számok mutatnak...

4.1 A gyógyszer kis- és nagykereskedelem gazdasági helyzete

Az elemzés a kettős könyvvitelt végző vállalkozások adatai alapján készült a „Gyógyszer-kiskereskedelem” szakágazatról. A mérlegekből és eredménykimutatásokból kigyűjtött adatok reáláron (2006-os bázison, az ipari termelői árindex-szel diszkontálva) is elemzésre kerültek. Mivel a KSH 2008-tól megváltoztatta a TEÁOR besorolásokat, ezért az APEH által megadott régi TEÁOR számoknak megfelelően állítottuk elő a 2008-as adatokat, amelyek így a korábbi évekkal teljes mértékben összehasonlíthatók.

4.1.1 Általános jellemzők

2006-ban a cégek száma a szakágazatban 1.742 volt, az átlagos statisztikai létszám pedig 12.005 fő. 2008-ban a cégek száma már 2.100, ez 21%-os növekedés 2006-hoz képest. Az átlagos statisztikai létszám 7%-kal nőtt, 12.860 főre 2008-ban. A foglalkoztatottak száma átlagosan 7 fő volt 2006-ban, ez 6 főre csökkent a vizsgált időszakban.

17. táblázat. A gyógyszer-kiskereskedelmi cégek és létszámuk, 2006-2008

	2006	2007	2008	2008/2006
Cégek száma	1 742	2 017	2 100	121%
Átlagos statisztikai létszám	12 005	12 846	12 860	107%
Átlagos vállalatméret (fő/cég)	6,9	6,4	6,1	

Forrás: KSH

2008-ban a **cégek száma** 2100, az átlagos **statisztikai létszám** pedig 12860 fő volt az ágazatban. A gyógyszer-kiskereskedelem ágazatban működő **cégek száma** 21%-kal, míg a **foglalkoztatottak száma** 7%-kal nőtt. Így **2006 és 2008 között az egy cégre jutó létszám 7 főről 6-ra csökkent.**

2006. december 31. után **618 új gyógyszertár létesült**, ezek közül 526 közforgalmú, 62 fiók, 29 kézi- és 1 intézeti gyógyszertár. A lakosság gyógyszertárhoz való hozzájutása elsősorban a nagyvárosokban lett egyszerűbb, míg a kistelepüléseké lényegében nem változott.

18. táblázat. Működő gyógyszertárak számának alakulása, 2006-2010

Gyógyszertárak száma	2006.december 31.	2008.december 31.	2009.december 31.	2010.augusztus 23.
Közforgalmú	2010	2348	2364	2441
Fiók	650	654	641	650
Kézi	278	252	241	250

Forrás: ÁNTSZ

19. táblázat. : 2007. január 1. óta létesített gyógyszertárak gyógyszertár-típus és településméret szerint, évenkénti bontásban, 2007-2010

Település/ lakosságszám	Létesített gyógyszertárak száma	2007	2008	2009	2010
		1.000 alatt	47	10	13
1.000-5.000	71	26	17	16	12
5.000-10.000	53	17	18	12	6
10.000-50.000	161	40	57	43	21
50.000-100.000	67	18	31	15	3
100.000-150.000	108	27	45	22	14

Forrás: ÁNTSZ

A kistelepüléseken a megszűnt közforgalmú gyógyszertárak helyét rövid időn belül fiókgyógyszertárak vették át, így a gyógyszerellátás továbbra is biztosított, igaz, alacsonyabb ellátási szinten. A városokban a bezárt gyógyszertárak helyén csak kivételes esetekben nyíltak új gyógyszertárak, újabbak főként a forgalmas helyeken létesültek.

20. táblázat. 2007. január 1. óta visszavont gyógyszerészeti működési engedélyek száma településméret szerinti bontásban

Település/ lakosságszám	Gyógyszertárak száma	
	működési engedély visszavonása óta nem működik	valamilyen formában ismét működik
Budapest	47	11
100.000-150.000	23	1
50.000-100.000	15	3
10.000-50.000	30	4
5.000-10.000	4	7
1.000-5.000	35	48
1.000 alatt	69	30
Összesen	223	104

Forrás: ÁNTSZ

21. táblázat. Újonnan létesítettből megszűnt gyógyszertárak gyógyszertár-típus és településméret szerinti bontásban

Település/ lakosságszám	Gyógyszertárak száma	
	működési engedély visszavonása óta nem működik	valamilyen formában ismét működik
Budapest	13	4
100.000-150.000	9	1
50.000-100.000	6	3
10.000-50.000	9	2
5.000-10.000	2	3
1.000-5.000	2	0
1.000 alatt	3	1

Forrás: ÁNTSZ

A minőségi gyógyszerészeti szolgáltatás biztosításának fontos feltétele az elegendő létszámú és megfelelő képesítéssel bíró szakszemélyzet. 2007 és 2009 között a gyógyszertárak száma átlagosan 19%-kal, míg a gyógyszerészek száma csak 15%-kal, az asszisztensek száma azonban közel harmadával nőtt. A növekvő patikaszm nem vonja magával a gyógyszerészek számának növekedését. Az asszisztensek létszámának növekedése mellett a képzések időtartama, személyi és tárgyi feltételei változóak.

22. táblázat. Közforgalmú gyógyszertárak szaklétszám statisztikája, 2007-2009

Megye	Gyógyszerészek száma			Asszisztensek száma		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Budapest	1138	1266	1206	1276	1617	1497
Pest	416	562	568	562	753	737

Forrás: ÁNTSZ

4.1.2 Az árbevétel és az árrés alakulása

A gyógyszerári árrés-rendszer (a közfinanszírozott gyógyszerek esetében) degresszív, az 5 ezer Ft feletti beszerzési árú készítmények esetében azonban fix érték (850 Ft). Utóbbit alkalmazzák az értékben mért gyógyszerári forgalom 43%-a esetén.

2008-ban az értékesítés nettó árbevétele 487 milliárd forint volt, mely reálértéken 6%-os csökkenést jelent 2006-hoz képest. Az időszak végén a belföldi értékesítés nettó árbevétele 485,5, az export 1,5 milliárd forintot tett ki. Az ágazati ELÁBÉ 406, **az árréstömeg 81 milliárd forint volt** 2008-ban. Előbbi érték nominálisan 1,8%-kal (reálértéken számolva 6,9%-kal) kevesebb, utóbbi folyóáron 4,4%-kal több (2006-os bázison 1,1%-kal kevesebb) volt, mint az időszak elején. Az egy főre jutó árbevétel 2008-ban 38 millió forintot ért el, ami 7,4%-kal kevesebb az időszak eleji értékhez képest. Reálértéken számolva **12,2%-os csökkenést** lehet megfigyelni.

23. táblázat. Az árbevétel és az árrés alakulása, 2006-2008

	2006	2007	2008
Értékesítés nettó árbevétele (millió Ft)	490 921	462 498	486 969
ELÁBÉ (millió Ft)	413 637	391 184	406 299
Árréstömeg (millió Ft)	77 284	71 314	80 670
Egy cégre jutó árréstömeg (millió Ft/cég)	44,4	35,4	38,4
Egy főre jutó árbevétel (ezer Ft/cég)	40 893	36 003	37 867

Forrás: KSH

A patikai árrés-százalék 2006 óta folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, ugyanakkor 2004 óta nem volt az árrés mértékét érintő változás.

24. táblázat. Patikai árrés-százalék alakulása a fogyasztói ár arányában, 1994-2009

	1994	2004	2005	2006	2007	2008	2009.09.
Árrés%	20,8	15,27	14,54	14,00	13,92	13,47	13,22

Forrás: OEP

25. táblázat. A kiskereskedelmi támogatott árrés-tömeg alakulása

Negyedév	Nettó árréstömeg
2006. I.	14 933 023 279 Ft
2006. II.	15 412 020 659 Ft
2006. III.	14 375 908 710 Ft
2006. IV.	15 586 864 905 Ft
2007. I.	14 983 449 430 Ft
2007. II.	13 236 150 917 Ft
2007. III.	12 219 759 373 Ft
2007. IV.	12 879 270 280 Ft
2008. I.	12 829 893 850 Ft
2008. II.	12 754 017 610 Ft
2008. III.	12 438 206 611 Ft
2008. IV.	13 233 065 184 Ft
2009. I.	13 464 287 650 Ft
2009. II.	12 716 912 318 Ft
2009. III.	12 287 302 794 Ft
2009. IV.	13 065 531 217 Ft
2010. I.	12 538 657 420 Ft
2010. II.	12 899 926 281 Ft

Forrás: OEP

26. táblázat. Gyógyszertárak számának alakulása támogatott árrés szerinti bontásban

Negyedév	1 millió Ft alatt	1-2 millió Ft	2-5 millió Ft	5-10 millió Ft	10-15 millió Ft	15-20 millió Ft	20-25 millió Ft	25 millió Ft felett	Összesen
2006. I.	10	57	621	875	303	109	17	13	2005
2006. II.	12	47	589	887	322	113	18	15	2003
2006. III.	20	69	651	857	299	93	10	10	2009
2006. IV.	14	46	581	885	329	113	24	15	2007
2007. I.	27	66	654	914	311	94	9	11	2086
2007. II.	47	119	764	887	225	57	8	7	2114
2007. III.	56	139	830	828	197	31	8	4	2093
2007. IV.	60	132	831	862	219	38	8	6	2156
2008. I.	70	172	915	869	197	29	7	4	2263
2008. II.	72	174	964	861	187	29	6	4	2297
2008. III.	77	205	1010	858	163	25	5	4	2347
2008. IV.	78	200	987	903	186	35	5	4	2398
2009. I.	74	198	1023	914	192	34	8	2	2445
2009. II.	67	228	1113	861	153	23	6	3	2454
2009. III.	102	239	1113	847	135	23	5	3	2467
2009. IV.	121	205	1077	877	180	26	8	3	2497
2010. I.	98	239	1132	849	147	23	6	3	2497
2010. II.	106	232	1123	854	165	27	7	3	2517
Változás 2006.I./2010.II.	+96	+175	+502	-21	-138	-82	-10	-10	+512

Forrás: OEP

4.1.3 A vagyoni helyzet alakulása

A befektetett eszközök értéke reálértéken számolva 42,7%-kal nőtt a vizsgált időszak alatt, így 2008-ban 54 milliárd forintot ért el. 2008-ra az immateriális javak értéke folyóáron megnégyszereződött, a befektetett pénzügyi eszközök állománya megháromszorozódott 2006-hoz képest. Az immateriális javak növekedése a különféle engedélyek, szoftverek, licenzek stb. szerepének növekedésével magyarázható, ami az egy cégre jutó létszám csökkenését is lehetővé tette. 2006-os bázison számolva a tárgyi eszközök 25,3%-kal, az ingatlanok és a kapcsolódó vagyoni értékű jogok 30,5%-kal, a beruházások, felújítások értéke 53,2%-kal nőtt a vizsgált időszakban.

27. táblázat. A vagyoni helyzet alakulása, 2006-2008 (millió Ft)

	2006	2007	2008
Befektetett eszközök	36 008	43 978	54 224
Immateriális javak	787	1 578	3 171
Tárgyi eszközök	32 586	39 032	43 067
Ingtatlanok és a kapcsolódó vagyoni értékű jogok	20 919	24 763	28 807
Gépek berendezések, járművek	2 136	2 450	2 884

Forrás: KSH

4.1.4 Tőkeellátottság

Saját tőke

2008-ban az ágazati **saját tőke** 42,5, a jegyzett tőke 8,2 milliárd forintot tett ki, az utóbbi 180%-kal nőtt két év alatt, vagyis **jelentős tőkebevonás történt az ágazatban**, emellett a vizsgált időszak alatt az ágazatban stagnált a saját tőke értéke nominálisan (az eredménytartalékot tőkésíthették feltehetően). Az egy cégre jutó saját tőke 20,2, az egy cégre jutó jegyzett tőke 3,9 millió forint volt 2008-ban. **Az egy cégre jutó saját tőke** nominálisan 16,9%-kal, reálértéken 21,3%-kal csökkent. Az egy cégre jutó jegyzett tőke nominálisan 132%-kal, 2006-os bázison számolva 119,6%-kal volt magasabb 2008-ban, mint az időszak elején. Ez a változás azt jelenti, hogy **az ágazatban egyre nagyobb méretűek a vállalkozások**.

28. táblázat. A saját tőke alakulása, 2006-2008 (millió Ft)

	2006	2007	2008
Jegyzett tőke	2 944	4 067	8 225
Jegyzett, de be nem fizetett tőke	-3	-48	-39
Tőketartalék	506	489	519
Eredménytartalék	31 361	35 920	34 605
Értékelési tartalék	872	930	1 350
Saját tőke	42 431	46 738	42 487

Forrás: KSH

Idegen források

A vizsgált szakágazatban az idegen forrásokon belül a **rövid lejáratú tartozások** súlya (90%) volt a meghatározó. 2008-ban összesen 86 milliárd forint volt a rövid lejáratú kötelezettségek volumene (reálértéken 21,2%-kal több mint 2007-ben), és 9,5 milliárd forint (21,5%-kal több mint az előző évben) hosszú lejáratú kötelezettsége is volt az ágazatnak. Az egy cégre jutó rövid lejáratú kötelezettségek 10,3%-kal csökkentek reálértéken nézve a három év alatt. Az egy cégre jutó hosszú lejáratú kötelezettségek 68,4%-kal nőttek 2006-os bázison számolva. A válság következtében reálértéken számolva körülbelül 16,5-16,5%-kal nőttek az egy cégre jutó hosszú- és az egy cégre jutó rövid lejáratú kötelezettségek 2007 és 2008 között. A szállítói tartozások 2006-os bázison nézve 14,5%-kal emelkedtek a vizsgált időszak alatt.

29. táblázat. A kötelezettségek állománya, 2006-2008 (millió Ft)

	2006	2007	2008
Hosszú lejáratú kötelezettségek	4 452	7 449	9 534
Rövid lejáratú kötelezettségek	75 304	67 367	85 954
Kötelezettségek	79 756	74 816	95 488
Ebből:			
Hosszú lejáratú beruházási és fejlesztési hitelek	2 224	4 137	5 371
Szállítók	41 954	42 708	50 677

Forrás: KSH

Mutatók

A szakágazati saját tőke/összes forrás arány 2008-ban 8 százalékponttal alacsonyabb volt, mint egy évvel korábban, ami a jelentős idegen tőke bevonásának köszönhető. A forgóeszköz/összes eszköz arány 2006 és 2008 között folyamatosan csökkent, míg a jegyzett tőke aránya a saját tőkén belül egyenletes növekedést mutatott.

30. táblázat. Mutatók, 2006-2008 (%)

	2006	2007	2008
Befektetett eszköz / Összes eszköz	0,29	0,36	0,38
Forgóeszköz / Összes eszköz	0,70	0,63	0,61
Tárgyi eszköz / Befektetett eszköz	0,90	0,89	0,79
Saját tőke / Összes forrás	0,34	0,38	0,30
Idegen tőke / Összes forrás	0,65	0,61	0,67
Saját tőke / Jegyzett tőke	14,4	11,5	5,2

Forrás: KSH

4.1.5 A költségek alakulása

A szakágazatban a cégek összesen 4,3 milliárd forint értékcsökkenést számoltak el 2008-ban, reálértéken számolva 13,1%-ka többet, mint 2006-ban. Az egy főre jutó értékcsökkenés 334 ezer forint, míg az egy cégre jutó 2 millió forint volt az időszak végén. 2008-ban a cégek átlagosan az árbevételük 0,9%-át, míg saját tőkéjüknek 10%-át számolták el értékcsökkenésként.

31. táblázat. Költségek, 2006-2008

	2006	2007	2008
Értékcsökkenés (millió forint)	3 603	3 803	4 300
Egy főre jutó értékcsökkenés (ezer forint)	300	296	334
Egy cégre jutó értékcsökkenés (ezer forint)	2 068	1 885	2 048
Értékcsökkenés / Árbevétel (%)	0,7	0,8	0,9
Értékcsökkenés / Saját tőke (%)	8	8	10

Forrás: KSH

A szakágazat személyi jellegű ráfordításai összesen 40 milliárd forintot tettek ki 2008-ban, ebből 68,4% volt a bérköltség, 9,3% a személyi jellegű kifizetések és 22,3% a TB járulék aárnya. A vizsgált időszak alatt reálértéken 11,5%-kal nőttek a személyi jellegű ráfordítások, s 4,1%-kal egy főre jutóan.

32. táblázat. A személyi jellegű ráfordítások és az alvállalkozói teljesítések alakulása, 2006-2008 (millió Ft)

	2006	2007	2008
Bérköltség	23 511	25 246	27 361
Személyi jellegű kifizetések	2 956	3 133	3 726
TB járulék	7 548	8 415	8 929
Személyi jellegű ráfordítások	34 016	36 794	40 017
Alvállalkozói teljesítések	3 910	2 377	8 668
Egy főre jutó személyi jellegű ráfordítások (ezer forint)	2 833	2 864	3 112
Egy főre jutó bérköltség (ezer forint)	1 958	1 965	2 128

Forrás: KSH

Az anyagjellegű ráfordítások értéke a szakágazatban 442 milliárd forint 2008-ban, ez reálértéken 4,6%-os csökkenést jelent a három év alatt. Az ágazathoz tartozó vállalkozások közvetlen anyagköltsége az időszak végén 6 milliárd forint volt, ami 2006-os bázison nézve 4,3%-os drágulás jelent. Az anyagjellegű ráfordítások több mint 90%-át az eladott áruk beszerzési értéke tette ki 2006 és 2008 között.

33. táblázat. Az anyagjellegű ráfordítások alakulása, 2006-2008 (millió Ft)

	2006	2007	2008
Anyagköltség	5 791	5 037	6 372
ELÁBÉ	413 637	391 184	406 299
Anyagjellegű ráfordítások	439 656	416 210	442 322

Forrás: KSH

Reálértéken számolva az egy cégre jutó anyag jellegű ráfordítás 20,9%-kal csökkent három év alatt, az egy főre jutó anyag jellegű ráfordítás pedig 11%-kal volt kisebb 2008-ban, mint az időszak elején reálértéken nézve.

34. táblázat. Az egy cégre jutó és az egy főre jutó anyagjellegű ráfordítások alakulása, 2006-2008

	2006		2007		2008	
	egy cégre jutó (millió forint)	egy főre jutó (ezer forint)	egy cégre jutó (millió forint)	egy főre jutó (ezer forint)	egy cégre jutó (millió forint)	egy főre jutó (ezer forint)
Anyagköltség	3,32	482,4	2,5	392,1	3,0	495,5
ELÁBÉ	237,45	34 455,4	194,0	30 451,8	193,5	31 594,0
Anyagjellegű ráfordítások	252,39	36 622,7	206,4	32 400,0	210,6	34 395,2

Forrás: KSH

4.1.6 Jövedelmezőség

A gyógyszer-kiskereskedelem jövedelmezősége a vizsgált időszak alatt jelentősen romlott. Mind az adózás előtti eredmény/saját tőke, mind az adózott eredmény/értékesítés nettó árbevétele, mind az üzemi eredmény/értékesítés nettó árbevétele folyamatosan csökkent 2006-2008-ban. Az egy foglalkoztatottra jutó adózott eredmény 406 ezer forintra csökkent 2008-ra, míg 2006-ban még megközelítette az 1,8 millió forintot. Az egy foglalkoztatottra jutó árbevétel szintén csökkent a vizsgált időszakban.

35. táblázat. A jövedelmezőségi mutatók alakulása, 2006-2008

	2006	2007	2008
Üzemi eredmény / Nettó árbevétel	0,05	0,03	0,02
Adózott eredmény / Nettó árbevétel	0,04	0,02	0,01
Adózás előtti eredmény/Saját tőke	0,59	0,29	0,16
Egy foglalkoztatottra jutó árbevétel (eFt/fő)	40 893	36 003	37 867
Egy foglalkoztatottra jutó adózott eredmény (eFt/fő)	1 795	889	406
Üzemi eredmény / Nettó árbevétel	0,05	0,03	0,02
Adózott eredmény / Nettó árbevétel	0,04	0,02	0,01

Forrás: KSH

A gyógyszerértékesítési vállalkozások közel 26%-a (557 cég) veszteséges, a veszteség összértéke meghaladja a 6 milliárd forintot.

36. táblázat. Veszteséges gyógyszerértékesítési vállalkozások, 2006-2008

	2006	2007	2008
Veszteséges betéti társaság	89	287	337
Veszteséges társaságok aránya (%)	5,4	17,8	22,0
Veszteség összege (millió Ft/Bt.)	5,1	4,6	5,9
Veszteséges társaságok átlag árbevétel (millió Ft/Bt.)	165	210	222
Veszteséges társaságok átlag létszáma (fő/Bt.)	5,2	6,7	6,7
Veszteséges egyéni vállalkozások száma	29	35	48
Veszteséges egyéni vállalkozások aránya (%)	9,4	13,7	19,6
Veszteség összege (millió Ft/egyéni vállalkozó)	2,2	2,9	2,4
Veszteséges társaságok átlag árbevétel (millió Ft/egyéni vállalkozó)	79,3	94	106
Veszteséges társaságok átlag létszáma (fő/egyéni vállalkozó)	2,3	2,4	2,4
Bt + egyéni vállalkozó együtt: veszteséges vállalkozások száma	118	322	385
Bt + egyéni vállalkozó együtt: veszteséges vállalkozások aránya (%)	6,1	17,1	21,7
Bt + egyéni vállalkozó együtt: veszteség összege (millió Ft/szervezet)	4,4	4,4	5,5
Veszteséges kft-k száma	-	105	172
Veszteséges vállalkozások aránya (%)	-	46,9	43,4
Átlagos veszteség (millió Ft/kft.)	-	9,7	43,4

Forrás: Kormány előterjesztés

Az árrés bevételek csökkenése következtében nőnek a gyógyszerértékesítési vállalkozások készletezési problémái, a patikáknak egyre kevesebb forrásuk marad a készletezésre. A szakágazati összes készletérték stagnál ugyan, de negyedével több gyógyszerértékesítési vállalkozás között oszlik meg. Egyre gyakoribb jelenség, hogy a vásárló által igényelt gyógyszer nincs készleten, hanem meg kell rendelni. Ennek következtében a beteg később jut gyógyszerhez.

37. táblázat. Gyógyszerértékesítési vállalkozások készletezési adatai, 2006-2008

	2006	2008	Változás (%)
Készletérték fordulónapi mérlegadatok alapján (Mrd Ft)	29,2	30,6	+ 4,8
Készletérték egy gyógyszerértékesítési vállalkozásra vetítve (millió Ft)	14,8	13,6	-8,1
A gyógyszerek fajlagos beszerzési ára (Ft/doboz)	1494	1558	+4,3
A készlet mennyiségi egyenértéke gyógyszerben (doboz/gyógyszerértékesítési vállalkozás)	9906	8730	-12,0

Forrás: KSH

4.2 A lakosság tapasztalatai, véleménye

A lakosság által érzékelt hatásokat egy reprezentatív, primer adatfelvétel során gyűjtött válaszok alapján vizsgáltuk. A kérdőív kidolgozása során elsőként a gyógyszerfogyasztási szokásokra tettünk fel kérdéseket (vásárlás gyakorisága, helye), majd az utóbbi években tapasztalt változásokra kérdeztünk rá (pl. patikák száma, kiegészítő szolgáltatások köre), valamint az ezekkel kapcsolatos véleményekre (elégedettség, illetve bizonyos negatív vagy pozitív események tapasztalata stb.). A kérdések gyakorlatilag teljes egésze zárt típusú, amelyek kidolgozása során így kiemelt figyelmet fordítottunk arra, hogy a válaszok ne legyenek irányítottak.

4.2.1 Az elégedettség

Nem kérdeztünk rá közvetlenül az érzékelt változásokkal kapcsolatos általános benyomásra. Ezt a kapott válaszokból képzett kompozit mutató képzésével kívántuk bemutatni. Az általános elégedettséget 3 kérdésre adott válaszokból képeztük. Ezen kérdések mutatják a legkonkrétabban a lakosság patikai szolgáltatások minőségére vonatkozó értékelését.

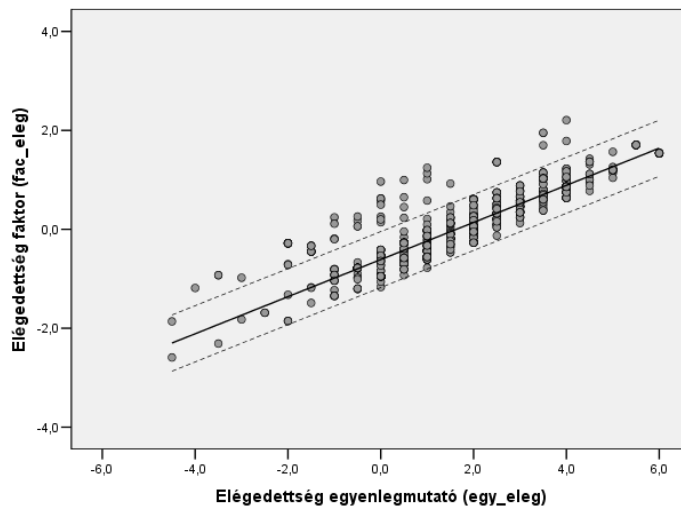
- | **6.** Kérjük, értékelje egy 5 fokozatú skálán (ahol 1 jelentősen csökkent/romlott, 2 kissé csökkent/romlott, 3 nem változott, 4 kissé nőtt/javult, 5 jelentősen nőtt/javult), hogy tapasztalt-e változást a patikák/gyógyszertárak esetében az elmúlt három évben az alábbi tényezők kapcsán: patikusok felkészültsége, patikusok segítőkészsége, nyitvatartási idő, sorban-állás ideje.
- | **7.** Kapott-e a patikában valamilyen kedvezményt azért, mert vényt/receptet váltott be? igen, többször is; igen, egyszer; nem.
- | **9.** Tapasztalta-e az elmúlt 3 évben, hogy a patika nem tartott abból a gyógszerből, amit Ön éppen ki akart váltani, és emiatt megkérték, hogy fáradjon vissza néhány nap múlva, amíg beszerzik? Nem tapasztalt ilyet; igen, előfordult néhány alkalommal (10-ből 1-2 alkalommal); igen, többször előfordult (10-ből 3-5 alkalommal); igen, nagyon gyakran előfordult (10-ből 5 felett).

A különböző skálán értelmezhető válaszokat azonos intervallumra (-1;+1) vetítettük ki, majd két módszertan szerint is egy új, mesterséges változót, az „elégedettség” általános mutatóját képeztük. A faktoranalízis alkalmazásával és az egyenlegképzéssel előállított mutatók hasonlóan mérik az elégedettségi szintet (Pearson Corr. 0,895, 99%-os szignifikancia szint mellett), így ennek értékelésére és az összehasonlításokra a következőkben a némileg könnyebb értelmezhető egyenlegértékkel dolgozunk.

A kompozit mutatók ábrázolt értékei a pontdiagramon is jól mutatják, hogy az egyenlegmutató szélesebb intervallumon „szórja” a mintát, így használata ezért is indokoltabb.

A lakossági kérdőív 2010. augusztus 31. és szeptember 7. között került lekérdezésre egy 1000 fős omnibusz felmérés keretében. Az omnibusz kutatás régióra lebontva is reprezentálja a felnőtt magyar népességet nem, életkori csoport, és településtípus szerint. A jelen felmérés mintavételi hibájának nagysága 95%-os szignifikancia szint mellett maximum +/- 3,13%.

2. ábra. A gyógyszerügyi szolgáltatásokkal való elégedettség kompozit mutatói (faktor- és egyenlegértékek)



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

Az Elégedettség egyenlegértékek hisztogramja (gyakorisági eloszlása) jól mutatja a vélemények megoszlását, amelynek *origója* a változatlanságot, a közömbösséget mutatja, míg pozitív irányban a javulást, elégedettséget, negatív irányban pedig a romlást, elégedetlenséget érzékelteti.

A reprezentatív lakossági mintában **a válaszadók 13,3%-a** (a negatív tartományba eső értékek) inkább **elégedetlen** az elmúlt 3 évben a gyógyszerügyi ellátásban, szolgáltatásokban tapasztalható változásokkal kapcsolatban, míg további 15,7%-uk (nullás értékek) semleges, közömbös, illetve nem érzett változást a szolgáltatások minőségében a liberalizáció óta. **A jelentős többség (71%) ugyanakkor pozitívan ítéli meg a változások érzékelt hatását.**

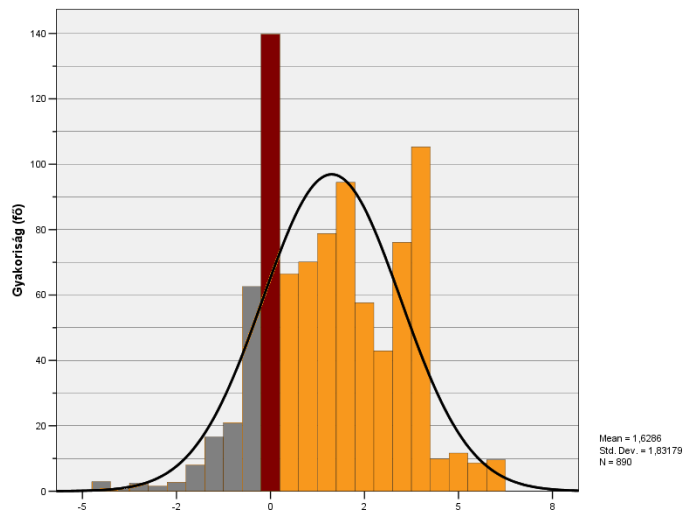
A faktoranalízis 2 db egy saját érték feletti faktort eredményezett, amelyek összességében a bevont változók variációjának több mint 60%-át magyarázták. A kapott két faktor értékeit a magyarázott variációjukkal súlyozva képeztünk egy ún. főfaktort (elégedettség faktor). A főfaktor számításának képlete: $fac_eleg = fac1_1 * (43.762/61.465) + fac2_1 * (17.703/61.465)$.

Az egyenlegképzés során a különböző intervallumokon értékelt ordinális változókat egy közös (-1;+1) és azonos irányban értelmezhető skálára transzformáltuk. Az egyenlegképzés számításának képlete: $egy_eleg = k61_ + k62_ + k63_ + k64_ + k7_ + k9_$.

A kihagyott válaszok, illetve válaszmegtagadások, illetve a súlyozás miatt a kompozit mutatók számításánál figyelembe vehető esetszám 890 volt.

A kiugróan sok nullás érték miatt az átlag is ehhez közeli eredményt ad ($Mean = 1,627$) és a szórás sem magas ($Std. Dev. = 1,832$). A (-6;+6) intervallumon a válaszok (-4,5; +6) értékek között szóródtak.

3. ábra. A gyógyszerári szolgáltatásokkal való elégedettség mutatója (egyenlegértékek)



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

Az egyenlegértékekből három kategóriát képezve (elégedetlen, semleges, elégedett) kerestük – első lépésben – azokat a szempontokat, amelyek alapvetően meghatározzák a végső elégedettség mutató értékét.

4.2.2 Az elégedettség meghatározó szempontjai

A meghatározó szempontok (kategória és egyéb változók) kiválasztásához egy bináris jellegű osztályozó fa struktúrát alkalmazunk, amellyel az adatbázis szofisztikált osztályozási rendje hozható létre: meghatározza az osztályba sorolás megbízhatóságát és a független változók fontossági sorrendjét, a besorolás szabályszerűségét; alkalmazásával áttekinthetővé és könnyen értelmezhetővé válnak az eredmények. Alkalmazása teljesen megfelel a jelen felmérésből adódó nominális és ordinális típusú változókon való vizsgálatnak: nem követel meg semmiféle feltevést a változókra vonatkozóan, mivel nem paraméterbecslés alapján dolgozik.

A döntési fa előállítás iteratív folyamat. A rekurzív particionáló algoritmus első lépésként a teljes mintából indul ki. Egyesével megvizsgálja a változókat és az összes lehetséges kétfelé osztást, majd kijelöli azt a változót, amelyik a legkisebb hibát követi el az osztályok elválasztásakor, vagyis amelyik a legjobban növeli a homogenitást. A homogenitás vizsgálatok a modell azt veszi alapul, hogy a felépítendő modellnél a csoporton belüli variancia minél kisebb, míg a csoportok közötti minél nagyobb legyen. Ezt követően az algoritmus ugyanilyen logika alapján meghatározza a második, a harmadik stb. döntési változót, egészen addig, amíg a teljes fa lépésről-lépésre fel nem épül.

Az algoritmus által végül kialakított klasszifikációs fa így a legjobb besorolási pontosságot eredményezi.

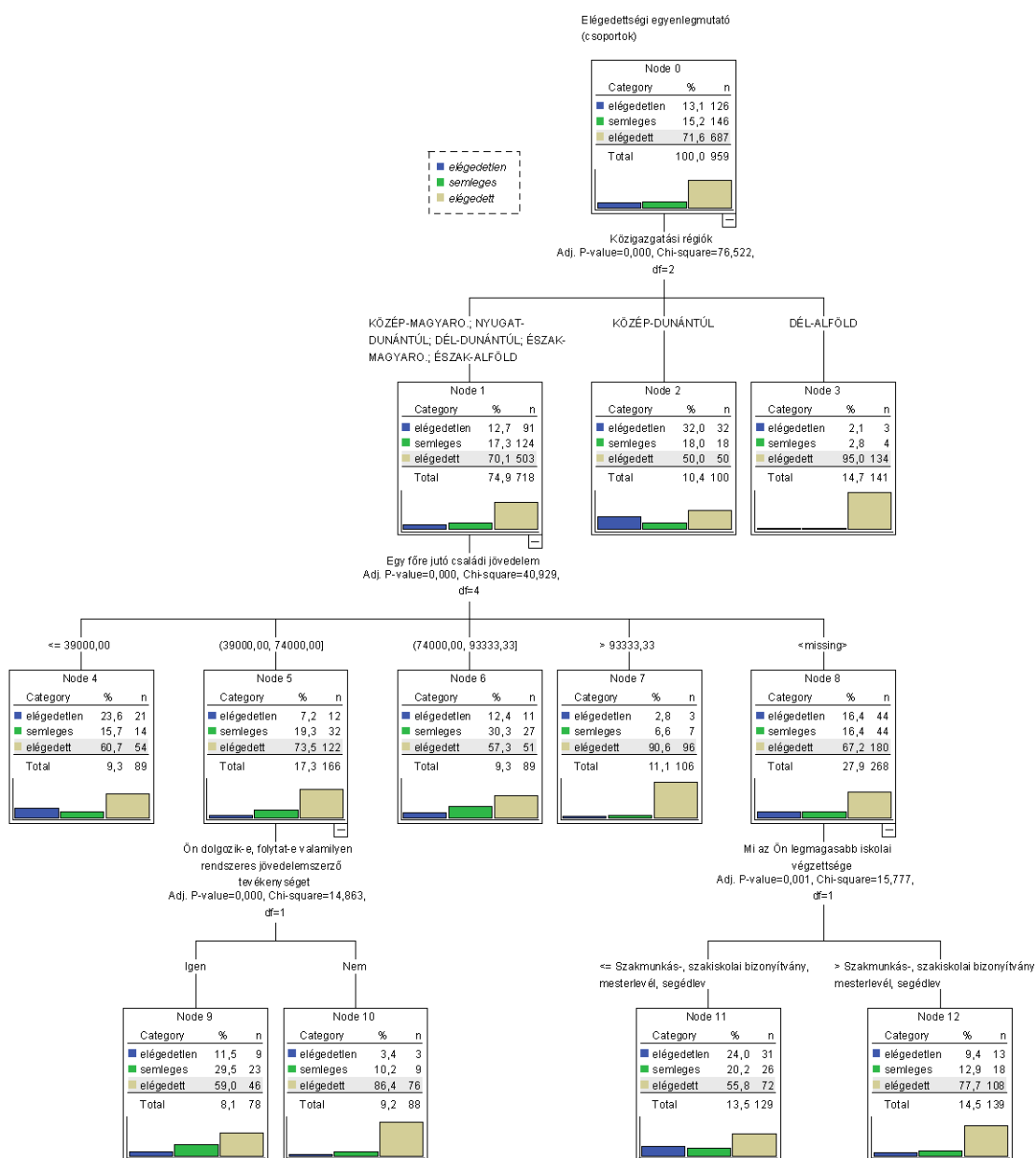
A vizsgálatba független változóként vontuk be az alábbi mutatókat:

- | életkor,
- | iskolai végzettség,
- | jövedelemszerző tevékenység (aktív kereső, nyugdíjas stb., illetve dolgozik/nem dolgozik),

- egy főre jutó családi jövedelem (forint-összegek alapján és -kategóriákból képezve),
- közigazgatási régió,
- településtípus.

A klasszifikációs fa csúcsán az Elégedettség egyenlegmutató kategóriánkénti gyakorisága áll. A particionáló algoritmus a területi, pontosabban a régiók szerinti különbségek alapján tudja a leginkább homogén csoportokra bontani a minta egészét, azaz a válaszadók elégedettségét, vagy éppen elégedetlenségét elsősorban a lakóhely területi elhelyezkedése határozza meg.

4. ábra. Az Elégedettség egyenlegmutató klasszifikációs fája – demográfiai-jövedelmi mutatók bevonásával



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

Ezt a megállapítást tovább pontosítva, a régiók közül a közép-dunántúli és a dél-alföldi régiókban élők véleménye különbözik a legnagyobb mértékben a többi régió lakosaitól. A Dél-Alföldön a lakosság szinte teljes egészében (95%) elégedett a liberalizáció hatásaival, míg a Közép-Dunántúl régióban

élők közül már „csak” minden második érzi ezt így. Az Elégedettség általános megoszlásának kb. megfelelő arányokat mutat a maradék 5 régiót tömörítő harmadik csoport, amely azonban tovább szeparálható az egy főre jutó családi jövedelem nagysága alapján. A particionáló algoritmus 5 különböző, de az Elégedettséggel lineáris kapcsolatot nem mutató jövedelmi intervallumokat képez.

A linearitás hiánya miatt nem jelenthető ki biztonsággal, hogy a magasabb fajlagos jövedelemmel rendelkező családok elégedettebbek lennének a liberalizáció hatásaival, annak ellenére, hogy a legalacsonyabb és a legmagasabb jövedelmi kategóriák között szignifikáns különbség mutatkozik.

A struktúra harmadik szintjén további két meghatározó tényező látható. A 39 és 74 ezer forintos egy főre jutó családi jövedelmek esetében szignifikáns különbséget okoz az Elégedettség tekintetében az, ha a válaszadó jövedelemszerző tevékenységet folytat. Nagyobb elégedettséget eredményez az, ha a válaszadó nem végez ilyen tevékenységet, azaz inaktív. Ez utóbbi csoportnak (*Node 10*) mintegy 60%-a nyugdíjas, amely társadalmi csoport életkorára tekintettel, jóval gyakrabban kerül kapcsolatba a vizsgált egészségügyi szolgáltatással, mint az aktív, dolgozó korosztályok.

A jövedelmeikről nem nyilatkozó válaszadók külön csoportját a particionáló algoritmus a legmagasabb iskolai végzettség alapján bontotta további két részre. A középiskolai végzettséggel nem rendelkező válaszadók az eredmények alapján szignifikánsan alacsonyabb mértékben voltak elégedettek a patikaliberalizáció hatásaival, mint a magasabb végzettségű válaszadók, de többségük még így is elégedett volt a hatásokkal.

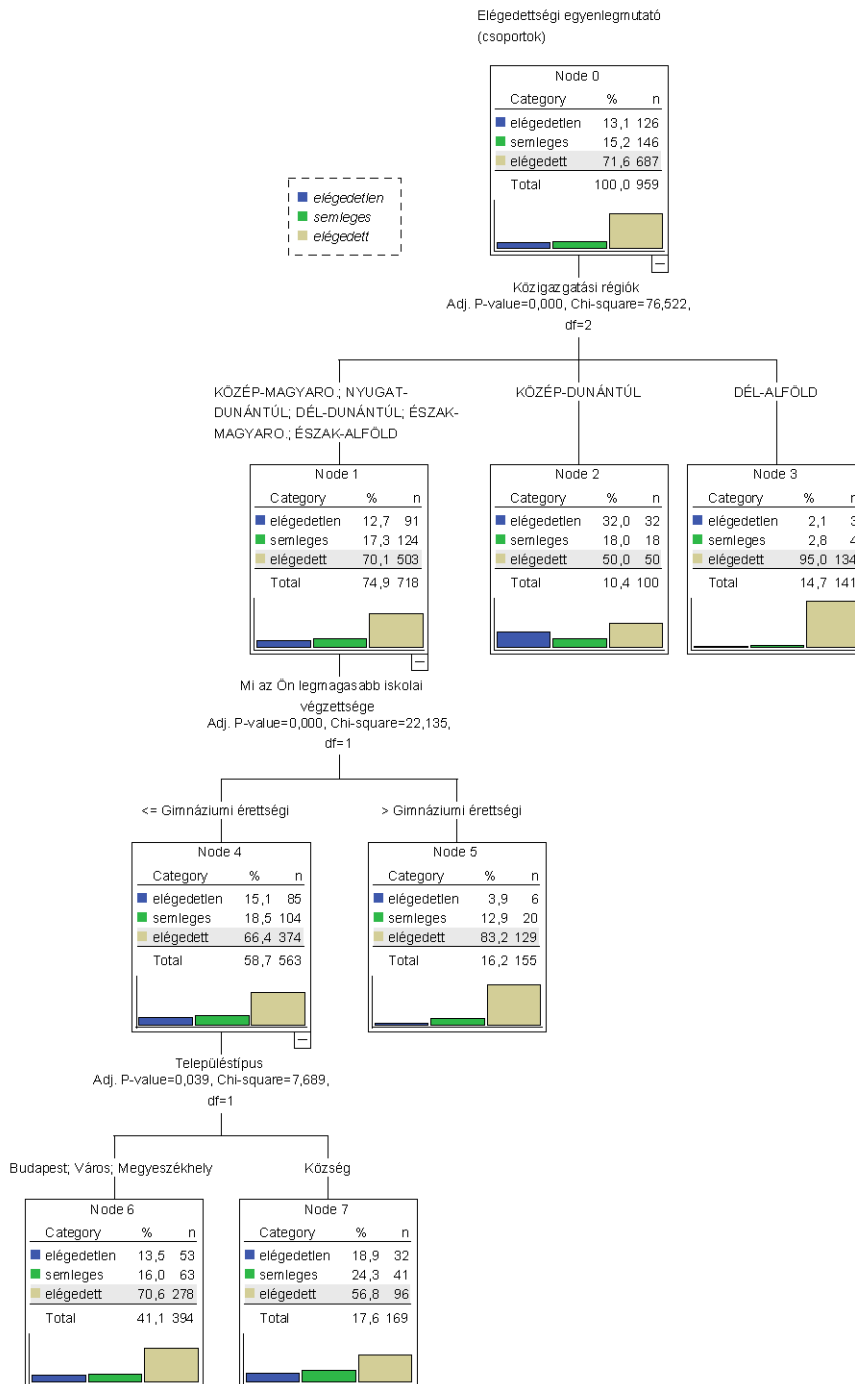
A particionáló algoritmus által képzett jövedelmi intervallumok egyéb, mögöttes (nem jövedelmi) okokra utalnak E feltételezések, összefüggések vizsgálatára a későbbiekben kitérünk.

Második lépésben az önmagában kevésbé magyarázható jövedelmi szempontot elhagyva új klasszifikációs fát képzünk.

A régiók magyarázó szerepe – természetesen – nem változik, ugyanakkor a jövedelmi helyett az 5 régiót tömörítő csoport esetében – a struktúra második szintjén – a végzettség válik meghatározó tényezővé. A válaszadók legmagasabb iskolai végzettsége alapján az algoritmus a „gimnáziumi érettségivel” húzza meg a határt (a felsőfokú végzettségen kívül ennél magasabb még az érettségihez kötött szakképzés, a technikum stb.).

A legfeljebb gimnáziumi érettségivel rendelkezők csoportját (*Node 4*) az algoritmus a harmadik szinten még tovább bontja. A meghatározó tényezők közé belép a településtípus is. A nagyobb népességű településeken némileg magasabb az elégedettek aránya és ezzel összhangban alacsonyabb a semleges és az elégedetlen válaszok százaléka.

5. ábra. Az Elégedettség egyenlegmutató klasszifikációs fája – demográfiai mutatók bevonásával



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A particionáló algoritmus által kiválasztott mutatók átlagos értékeit, valamint megoszlását részletező táblázatokba foglaltuk.

Az átlagtól való eltérések alapján is nyomon követhető az egyenlegmutató kategóriái közötti „érdemi” különbségek, amelyek közül a jelentősebbeket (8%-nál, illetve 8 százalékpontnál nagyobb eltéréseket) vastag, kék színnel ki is emeltük.

38. táblázat. Az Elégedettségi egyenlegmutató kategóriáinak demográfiai és jövedelmi jellemzői, 2010

	Elégedettségi egyenlegmutató			Össz.
	elégedetlen	semleges	elégedett	
Válaszadók száma (fő)	119	140	632	890
Válaszadók aránya (%)	13,3	15,7	71,0	100,0
Életkor (átlag, év)	43,8 (-7,2)	47,1 (-0,2)	47,8 (1,4)	47,2
Háztartás tagjainak száma (átlag, fő)	3,3 (23,7)	2,7 (2,7)	2,5 (-3,7)	2,6
Jövedelem				
dolgozik (%)	43,3 (-4,4)	51,0 (3,3)	47,8 (0,1)	47,7
egy főre jutó családi jövedelem (eFt/fő/év)	57,1 (-21,9)	64,3 (-12)	77,4 (5,9)	73,1
Végzettség				
legfeljebb 8 évf. (%)	41,8 (6,3)	40,3 (4,8)	33,2 (-2,2)	35,5
9-13. évf. (%)	53,7 (2,7)	49,5 (-1,5)	50,8 (-0,2)	51,0
legalább 14 évf. (%)	4,5 (-8,8)	9,3 (-4)	15,9 (2,6)	13,4
Lakóhely (oszlop %)				
megyeszékhely, Budapest (%)	31,0 (-4,4)	28,7 (-6,7)	37,7 (2,3)	35,4
város (%)	26,4 (-8,1)	32,6 (-2)	36,5 (2)	34,6
község (%)	42,6 (12,5)	38,7 (8,7)	25,8 (-4,3)	30,0
Közép-Magyarország (%)	32,9 (3,8)	24,8 (-4,3)	29,3 (0,2)	29,1
Közép-Dunántúl (%)	24,6 (14)	14,0 (3,4)	7,2 (-3,4)	10,6
Nyugat-Dunántúl (%)	5,3 (-3,9)	14,2 (5)	8,8 (-0,4)	9,2
Dél-Dunántúl (%)	9,7 (0,1)	11,3 (1,8)	9,1 (-0,4)	9,5
Észak-Magyarország (%)	14,4 (2,2)	15,5 (3,3)	11,1 (-1,1)	12,3
Észak-Alföld (%)	10,3 (-4,6)	17,4 (2,4)	15,3 (0,3)	14,9
Dél-Alföld (%)	2,7 (-11,6)	2,7 (-11,6)	19,1 (4,8)	14,3
Lakóhely (sor %)				
megyeszékhely, Budapest (%)	11,7 (-1,7)	12,7 (-3)	75,6 (4,6)	100
város (%)	10,2 (-3,1)	14,8 (-0,9)	75,0 (4)	100
község (%)	18,9 (5,6)	20,2 (4,5)	60,9 (-10,1)	100
Közép-Magyarország (%)	15,1 (1,7)	13,4 (-2,3)	71,5 (0,6)	100
Közép-Dunántúl (%)	30,9 (17,6)	20,8 (5,1)	48,3 (-22,7)	100
Nyugat-Dunántúl (%)	7,7 (-5,6)	24,2 (8,5)	68,1 (-2,9)	100
Dél-Dunántúl (%)	13,5 (0,1)	18,7 (3)	67,9 (-3,1)	100
Észak-Magyarország (%)	15,7 (2,3)	19,9 (4,2)	64,5 (-6,5)	100
Észak-Alföld (%)	9,2 (-4,1)	18,3 (2,6)	72,5 (1,5)	100
Dél-Alföld (%)	2,5 (-10,8)	3,0 (-12,7)	94,5 (23,5)	100

Megjegyzés: A dőltbetűvel, zárójelben feltüntetett számok az adott kategóriának az átlagtól való eltérését mutatják; a százalékos értékek esetében százalékpontban, az abszolút értékek – pl. fő – százalékban kifejezve. A kérdésre adott válaszok száma: 890; mintavételi hiba nagysága maximum: +/-3,34%.

Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A táblázat kiemelt értékei is erős összhangot mutatnak a klasszifikáció eredményeivel: a háztartások tagjainak számával kiegészülve, az egy főre jutó családi jövedelem, a végzettség, a településtípus és a régiók is jelentősebb eltéréseket mutatnak a kategóriák között.

4.2.3 Az elégedettség mögöttes összefüggései

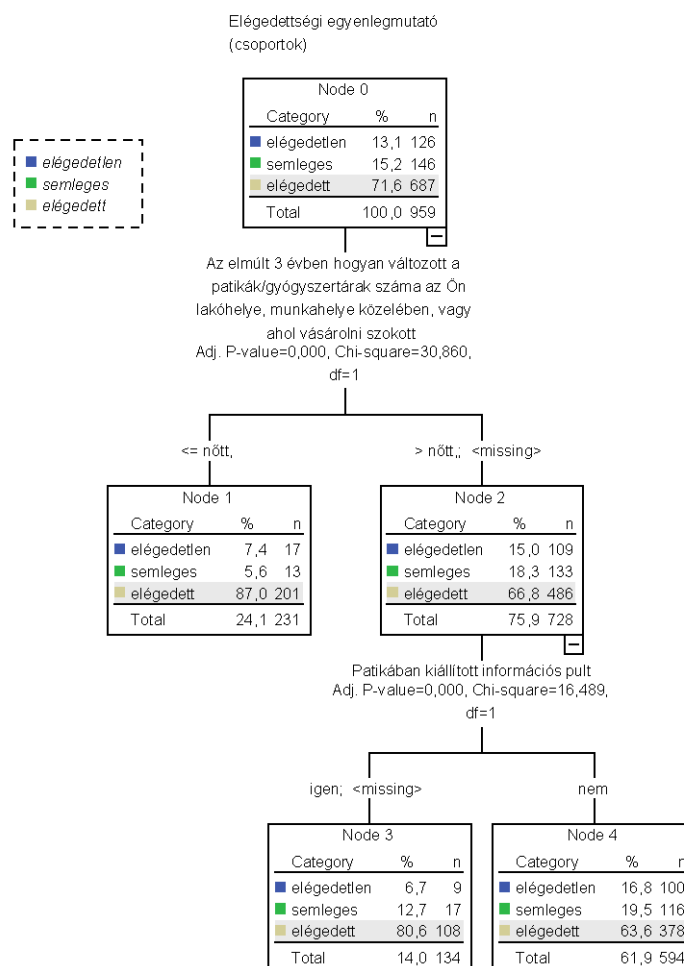
Az elégedettségi kategóriák demográfiai-jövedelmi jellemzőit kiegészítettük a felmérésből származó gyógyszerfogyasztási és -vásárlási szokásokkal való összehasonlítással.

A nominális és ordinális változók közötti kapcsolatok elemzésére elsőként ismét a particionáló algoritmust vesszük igénybe.

A futtatás során az input változók közé bevettük – az elégedettségi mutatót alkotó három kérdésen kívül – a felmérésből származó változókat, „rábízva” az algoritmusra, hogy válassza ki közülük azokat, amelyek szignifikánsan magyarázzák az elégedettségi kategóriák szerinti különbségeket.

A klasszifikációs fa csúcsán (Node 0) ismét az Elégedettségi egyenlegmutató áll. A struktúra első szintjén a gyógyszerárak számának liberalizáció óta bekövetkezett változása szerepel. Azaz, a gyógyszerári szolgáltatásokkal való elégedettség legszorosabb kapcsolatban a gyógyszerárak száma áll, pontosabban annak az utóbbi három évben érzékelt változása. A kérdésre adható válaszok (a pontos kérdést és a válaszokat lásd a Függelékben): 1 „nőtt”, 2 „nem változott”, 3 „csökkent”, 4 „bezárt az egyetlen patika a környéken”. Az algoritmus a „nőtt” válaszokat egyértelműen szétválasztotta a többi adható választól, azaz, azok a válaszadók, akik szerint a lakóhely, a munkahely környékén, vagy ott, ahol vásárolni szoktak, nőtt a patikák száma, szignifikánsan nagyobb arányban voltak elégedettek a gyógyszerári szolgáltatásokkal, mint azok, akik szerint nem változott, vagy éppen csökkent a patikák száma. A gyakorisági adatok alapján, ez utóbbi csoportban (Node 2) a válaszadók 96,6%-a a „nem változott” választ adta.

6. ábra. Az Elégedettség egyenlegmutató klasszifikációs fája – „gyógyszerfogyasztási szokások” bevonásával



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A fa-struktúra második szintjén álló (bináris: igen/nem típusú) változó – a szolgáltatási színvonalhoz közel álló – információs igény kielégítésével mutat pozitív kapcsolatot. Tehát ott, ahol többségében

nem változott a gyógyszertárak száma, a vásárlók jóval elégedettebbek voltak a szolgáltatási színvonallal, ha információs pultokon tájékozódhattak az éppen aktuális akciókról, termékekről stb.

A mögöttes összefüggések vizsgálatát a továbbiakban nemparaméteres statisztikai eljárásokkal, kérdésenként végezzük el.

A nemparaméteres eljárások közül elsősorban a Spearman's ρ (rho) és a Kendall-féle tau rangkorrelációt alkalmaztuk. Az ilyen rangsorolások lényege, hogy a számítás nem a változók konkrét értékeivel történik, hanem a rendezett mintában elfoglalt sorszámmal. A rangsorolások általában nem érzékenyek a normalitási feltétel sérülésére, és a minták eloszlásának különbözőségére sem. Csak azt igénylik, hogy a változók legalább ordinális típusúak legyenek, ugyanis ez a rendezhetőség a rangszám-konverző szükséges és elégséges feltétele.

A korrelációs együtthatók értékei -1 és +1 közötti tartományban helyezkednek el. Az együttható így mutatja a kapcsolat irányát, és az abszolút értéke jelzi a kapcsolat erejét, amely ha nagyobb, szorosabb kapcsolatra utal.

A szignifikáns kapcsolatok feltárása során csak azokkal az eredményekkel foglalkoztunk, amelyek esetében a kapcsolatszorossági együttható abszolút értéke meghaladta a 0,25-öt, ami legalább egy gyenge közepes kapcsolatnak felel meg.

39. táblázat. A gyógyszerfogyasztási és -vásárlási szokások, valamint patikai szolgáltatások színvonalának kapcsolatai, 2010

	Corr. Coef.	Sig.
k1 – Milyen gyakran vásárolt patikában/gyógyszertárban gyógyszert az elmúlt egy év során?		
k9 – Tapasztalta-e az elmúlt 3 évben, hogy a patika nem tartott abból a gyógyszerből, amit Ön éppen ki akart váltani...?	-0,277	0,00
kor – A kérdezett életkora.	-0,307	0,00
k3 – Milyen gyakran vásárolt gyógyszert az elmúlt egy év során benzinkutaknál, vagy drogériákban?	*0,251	0,01
k4 – Az elmúlt 3 évben hogyan változott a patikák/gyógyszertárak száma az Ön lakóhelye... közelében?		
k53 – Talán már sok is a patikák/gyógyszertárak száma a lakóhelye környékén.	-0,346	0,00
k61 – Patikusok felkészültsége.		
k62 – Patikusok segítőkészsége.	0,758	0,00
k63 – Nyitvatartási idő.	0,523	0,00
k64 – Sorban-állás ideje.	0,333	0,00
egy_eleg_cs – Elégedettségi egyenlegmutató (csoportok).	0,567	0,00
k62 – Patikusok segítőkészsége.		
k63 – Nyitvatartási idő.	0,555	0,00
k64 – Sorban-állás ideje.	0,337	0,00
egy_eleg_cs – Elégedettségi egyenlegmutató (csoportok).	0,601	0,00
k63 – Nyitvatartási idő.		
k64 – Sorban-állás ideje.	0,426	0,00
egy_eleg_cs – Elégedettségi egyenlegmutató (csoportok).	0,474	0,00
k7 – Kapott-e a patikában valamilyen kedvezményt azért, mert vényt/receptet váltott be?		
egy_eleg_cs – Elégedettségi egyenlegmutató (csoportok).	0,285	0,00

Megjegyzés: Mindkét rangkorrelációs eljárással szignifikáns kapcsolatot mutató változópaárok, amelyekhez rendelt együttható (Correlation Coefficient) a Kendall-féle tau_b értékeit mutatja a hozzá tartozó szignifikancia szinttel. * Csak a Spearman's ρ (rho) rangkorrelációs együttható esetében teljesíti a Corr.Coef.>0,25 feltételt.

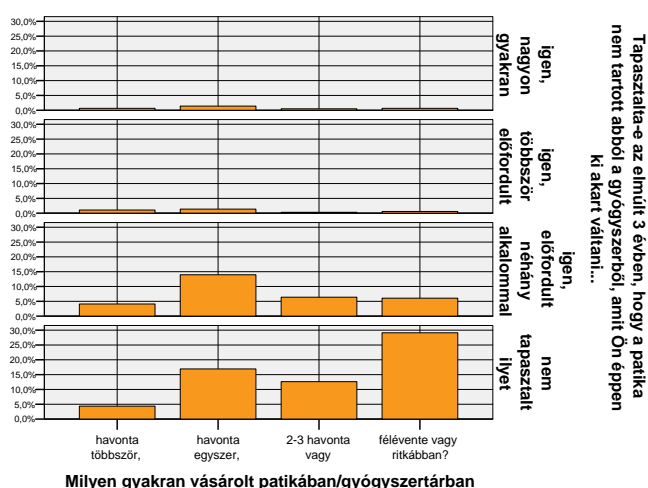
Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

1. **KÉRDÉS** (*k1 – Milyen gyakran vásárolt patikában/gyógyszertárban gyógyszert az elmúlt egy év során?*)

A korrelációs kapcsolatok közül az első (*k1–k9*) egy „nyilvánvaló” összefüggést mutat: negatív irányú gyenge közepes kapcsolat (Kendall-féle τ_{b} : -0,277), azaz aki ritkábban jár patikába (pl. „2-3 havonta”, „félévente vagy ritkábban”), az jóval kevesebbszer kerülhet abba a kellemetlen helyzetbe, hogy éppen nincs abból a gyógyszerből, amit ki szeretne váltani.

Ennek egyrészt az a magyarázata, hogy az elmúlt évek tapasztalatát a többség rendszerint csak az utóbbi, legfeljebb 1-1,5 évre visszaemlékezve vonja le, így aki csak félévente vagy ritkábban jár gyógyszertárba, az 2-4 alkalomból vonhatja le a következtetéseit, ami pedig meglehetősen kis számosságú. Másrészt, akik havonta többször is járnak gyógyszertárba, azok ezt jellemzően, „szokásos” gyógyszereik beszerzéséért teszik, amiből a patikák – logikusan – nagyobb készlettel rendelkeznek. Mindezekből adódóan a havonta, vagy csak 2-3 havonta egyszer gyógyszertárba járók esetében fordul elő nagyobb gyakorisággal az adott gyógyszerből hiány. (Pl. influenza szezonban az influenza elleni oltóanyag.)

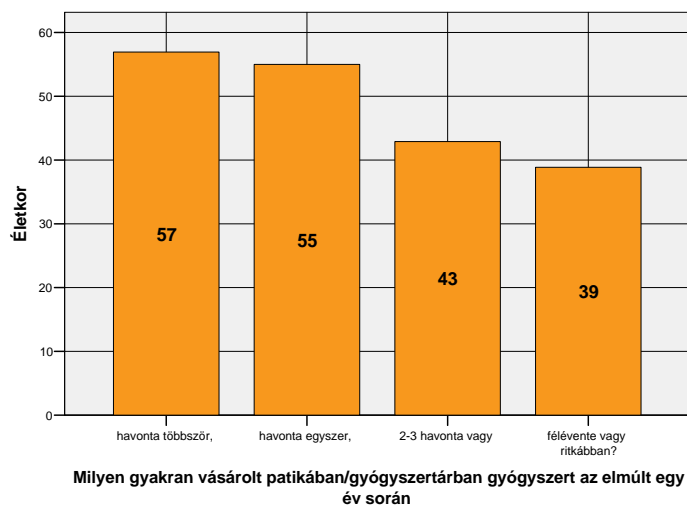
7. ábra. A vásárlási gyakoriság és a „gyógyszerhiány” összefüggése, 2010



Milyen gyakran vásárolt patikában/gyógyszertárban
Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A gyógyszerfogyasztás és az életkor közötti közepesen szoros kapcsolattal (Kendall-féle τ_{b} : -0,307) szintén igazolást nyer az az intuitív feltételezés, hogy az idősebb korosztály magasabb morbiditási aránya miatt több gyógyszert vásárol, így többször veszi igénybe a gyógyszerügyi szolgáltatásokat.

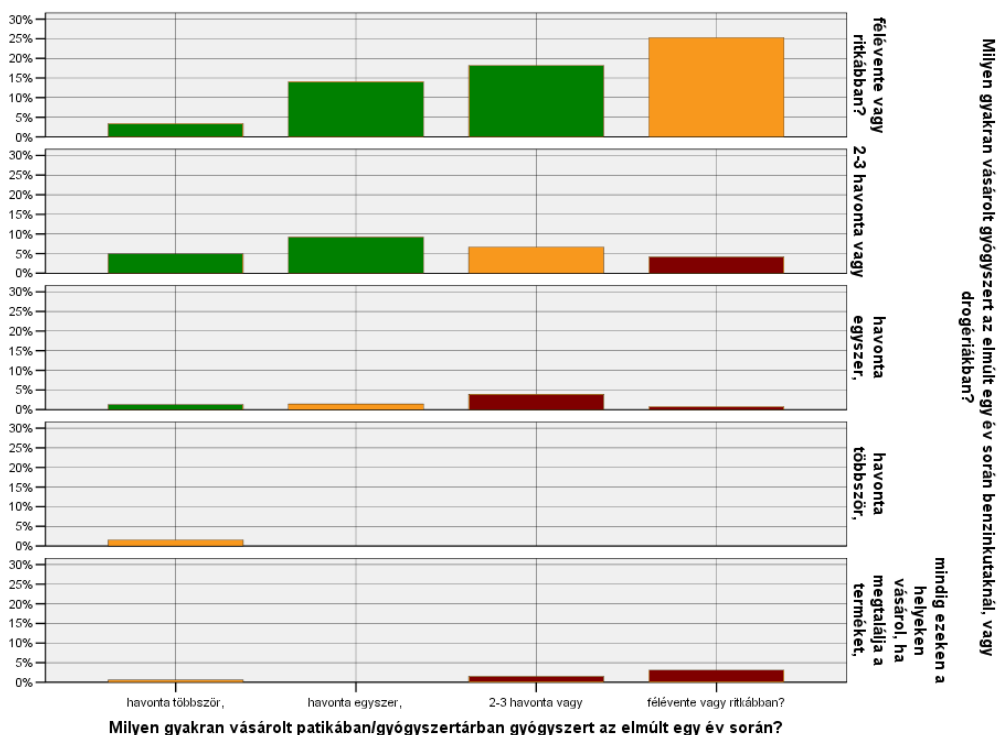
8. ábra. A vásárlási gyakoriság és az átlagéletkor összefüggése, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A patikai és a patikán kívüli gyógyszervásárlás gyakorisága közötti kapcsolat is enyhén közepes erősségű (Spearman's ρ : 0,251), azaz, aki ritkábban jár patikába, az hasonlóan ritkán vásárol gyógyszert patikán kívül is, és fordítva. Az ábrán bordó színnel jelöltük azon válaszolók arányát, akik a patika helyett gyakrabban vásárolnak gyógyszert patikán kívül, ez összességében kb. 13%. Azon válaszadók aránya, akik nagyjából azonos arányban vásárolnak mindkét helyen, kb. 35%. A maradék, mintegy 52% gyógyszertárba nagyobb rendszerességgel jár vásárolni, mint azon kívül. Ezekből az arányokból azonban messzemenő következtetéseket nem szabad levonni, mert a válaszadók 9,2%-a jelezte, hogy patikán kívül is szokott gyógyszert vásárolni.

9. ábra. A patikai és a patikán kívüli vásárlási gyakoriság összefüggése, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A gyógyszervásárlás gyakoriságának (k1) más mutatóval nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált osztályképző változót erre a kérdésre, tehát sem területi (régió, megye), sem pedig településtípus szerinti – statisztikailag igazolható – különbségek nincsenek a kérdésre adott válaszok tekintetében.

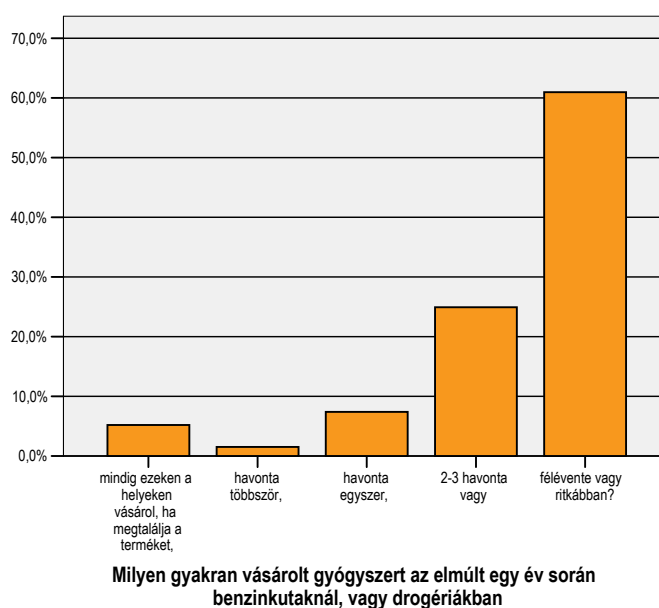
2. KÉRDÉS (k2 – Hallott-e már Ön arról, hogy egyes gyógyszereket már nem csak patikákban/gyógyszertárakban, hanem pl. benzinkutaknál, drogériákban is megvásárolhat?)

A lakosság 84,3%-a már hallott a patikán kívüli gyógyszervásárlás lehetőségéről, de közülük is csak 11,1% (a teljes lakosság 9,2%-a) vásárolt már ilyen helyeken.

A patikán kívüli gyógyszervásárlásról való informáltságnak és vásárlásnak (k2) más mutatóval nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált osztályképző változót erre a kérdésre, tehát sem területi (régió, megye), sem pedig településtípus szerinti – statisztikailag igazolható – különbségek nincsenek a kérdésre adott válaszok tekintetében.

3. KÉRDÉS (k3 – Milyen gyakran vásárolt gyógyszert az elmúlt egy év során benzinkutaknál, vagy drogériákban?)

10. ábra. A patikán kívüli vásárlási gyakoriság, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A kérdésre összesen 92 fő, a minta 9,2%-a jelezte, hogy patikán kívül is szokott gyógyszert vásárolni. Ezen helyek „népszerűségét” jól jelzi, hogy az itt (is) vásárlók 0,5%-a csak itt vásárol (ha van az adott gyógyszerből), s további 0,8%-a havi legalább egyszer ilyen helyen is vásárol.

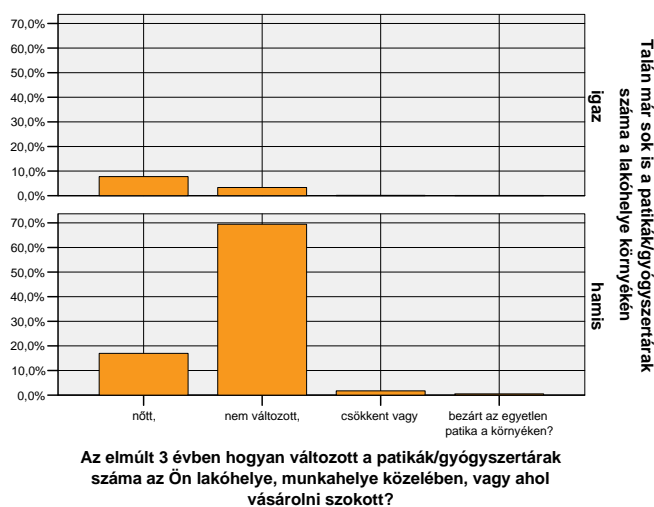
A patikán kívüli gyógyszervásárlás gyakoriságának (k3) – az előbbieken bemutatott (k1) mutatóon kívül – más mutatóval nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált osztályképző változót erre a kérdésre, tehát sem területi (régió, megye), sem pedig településtípus szerinti – statisztikailag igazolható – különbségek nincsenek a kérdésre adott válaszok tekintetében.

4. KÉRDÉS (k4 – Az elmúlt 3 évben hogyan változott a patikák/gyógyszertárak száma az Ön lakóhelye, munkahelye közelében, vagy ahol vásárolni szokott?)

A gyógyszertárak számának változása és az ezzel való elégedettség között gyenge közepes kapcsolatot (Kendall-féle tau_b: -0,346) mutatható ki.

A válaszadók 10,5%-a véli úgy, hogy talán már sok is a patikák száma a lakóhelye környékén. Ugyanakkor a nagy többség szerint ez az állítás nem igaz, mivel **a válaszadók mintegy 70%-ának véleménye szerint az elmúlt 3 év során a lakóhelye közelében nem változott a patikák száma. További 18% szerint annak ellenére, hogy még új patikák is nyíltak, továbbra sem magas a számuk.** A teljes válaszadói kör mintegy 8%-ának véleménye szerint annyival nőtt a patikák száma az elmúlt 3 évben, hogy az „talán már sok is”.

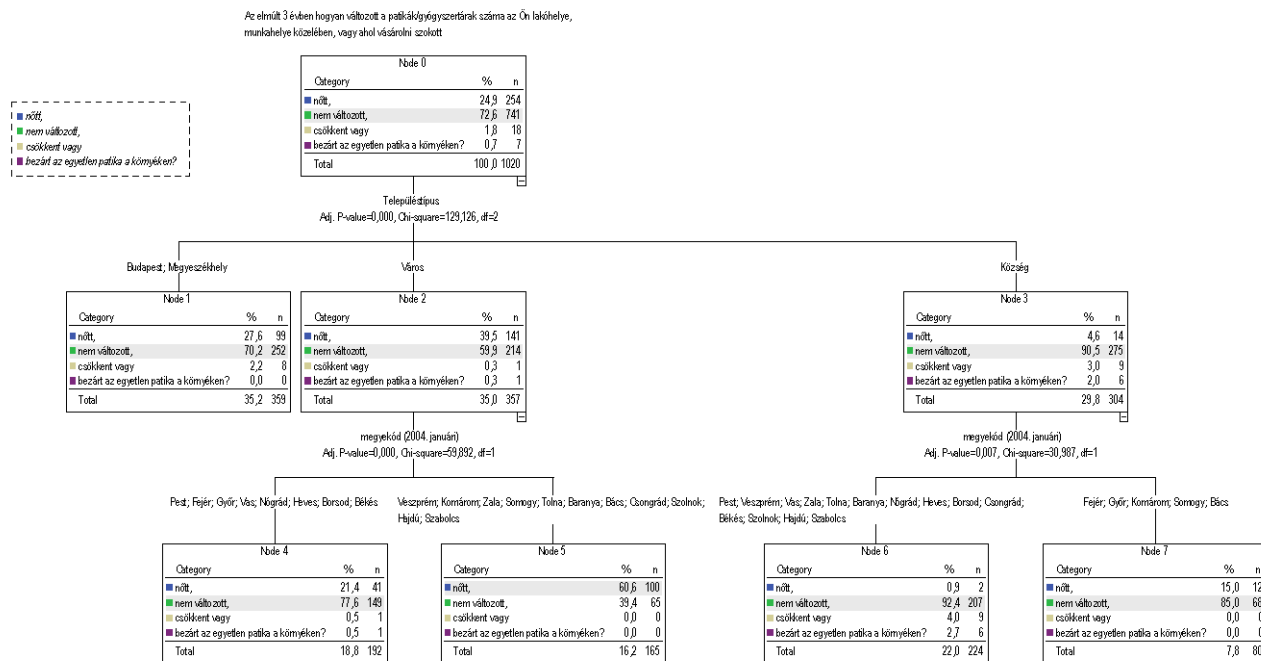
11. ábra. A patikák számának változása és az ezzel való elégedettség, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A particionáló algoritmus szignifikánsnak találta mind a településtípus, mind pedig a megyék általi meghatározottságot a patikák számának változása tekintetében. Elsősorban településtípus alapján választható szét a patikák számának változása (pontosabban a változás irányának arányai). **A gyógyszertárak számának növekedését legnagyobb arányban (39,5%) a városok esetében érzékelték a lakosság, majd pedig a fővárosban és a megyeszékhelyeken (27,6%).** Ebből adódóan a patikák számának változása leginkább érintetlenül a községeket hagyta, esetükben 90% feletti arányban „érezte” változatlanul a gyógyszertárak számát a helyi lakosság, ugyanakkor 5%-uk szerint csökkent a patikák száma lakóhelyükön, esetleg meg is szűnt az egyetlen gyógyszertár.

12. ábra. A patikák számának változása, 2010



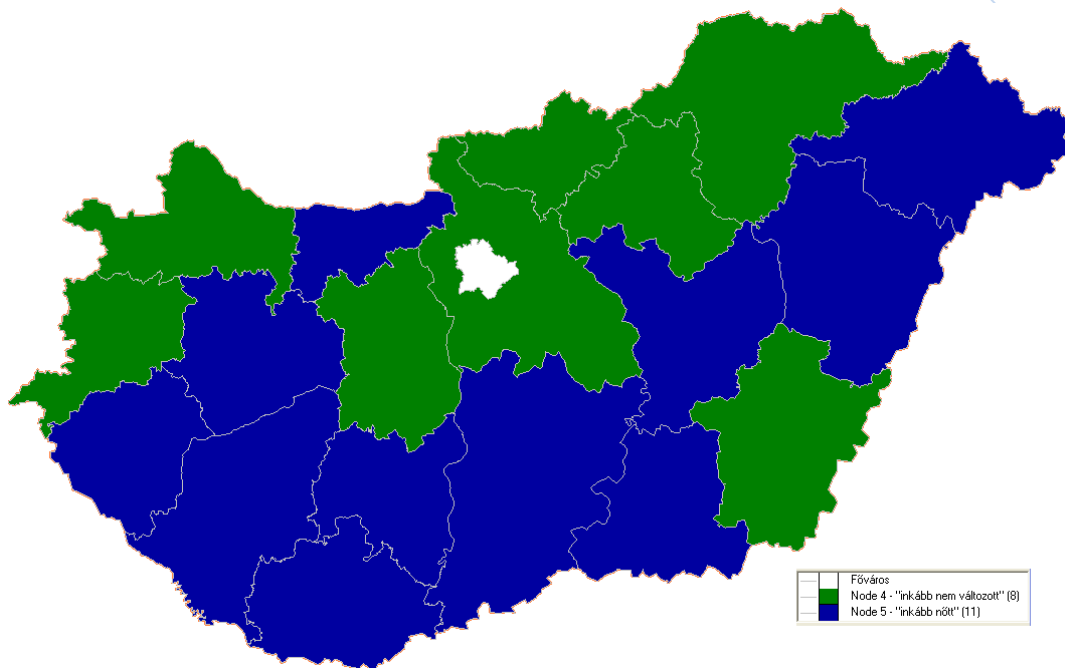
Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A klasszifikációs fa második szintjén szignifikáns eltérés figyelhető meg a megyei hovatartozás alapján. A városok esetében markáns különbségek láthatók az egyes megyék között, amely alapján két nagyobb területi csoportra lehet bontani a válaszokat.

A kék színnel jelölt megyék városaiban (Node 5) a válaszadók 60,6%-a a patikák számának növekedését jelezte, míg a zöld színnel jelölt megyei városokban (Node 4) a jelentős többség (77,6%) nem vett észre semmilyen változást a gyógyszertárak számát tekintve.

A községek esetében ilyen mértékű különbségeket nem mutatnak a válaszok: Fejér, Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Somogy és Bács-Kiskun megyékben élő községi lakosok csak 15%-a vett észre növekedést a patikák számában, a többi válaszadó semmilyen változást nem tapasztalt. Ez utóbbi válasz a többi megyében még nagyobb arányú (92,4%), de aki bármilyen változást érzékelt, az is inkább megszűnő patikákról „számolt be” (6,7%).

13. ábra. A patikák számának változása (városok), 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

5. **KÉRDÉS** (k5 – A patikák számával való elégedettség: kevés a patikák/gyógyszertárak száma a lakóhelyem környékén; elégedett vagyok a patikák/gyógyszertárak számával a lakóhelyem környékén; talán már sok is a patikák/gyógyszertárak száma a lakóhelyem környékén)

Az előző kérdés esetében már vizsgált összefüggés (k4–k53) mellett további szignifikáns kapcsolatot nem mutatott a korrelációs vizsgálat.

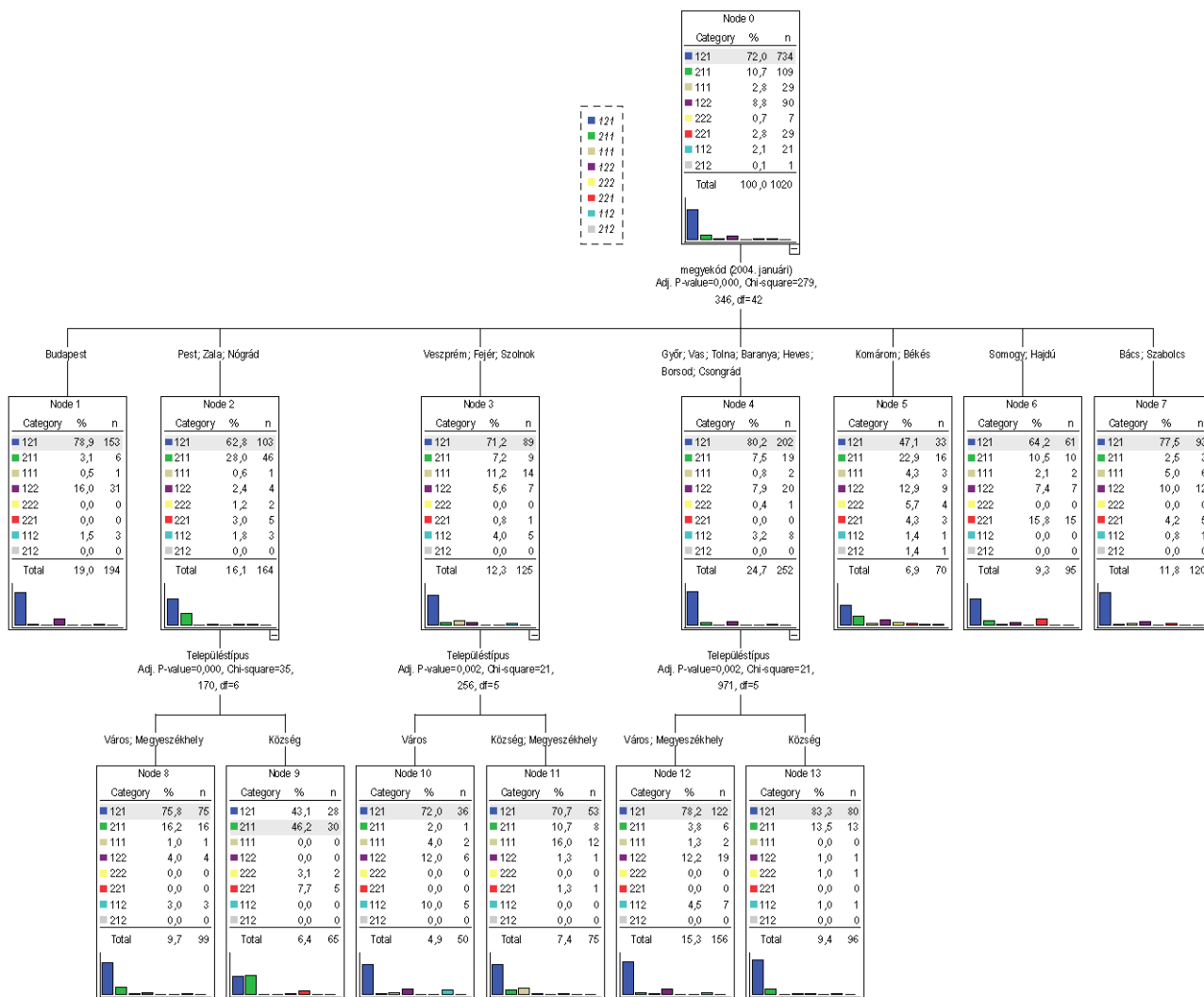
A három alkérdést egy változóba sűrítve ismét megvizsgáltuk a településtípus és a területi különbözőség esetleges szerepét a válaszokban.

- | kevés a patikák/gyógyszertárak száma a lakóhelyem környékén (1 – **hamis**; 2 – **igaz**);
- | elégedett vagyok a patikák/gyógyszertárak számával a lakóhelyem környékén (1 – **hamis**; 2 – **igaz**);
- | talán már sok is a patikák/gyógyszertárak száma a lakóhelyem környékén (1 – **hamis**; 2 – **igaz**);

Az igaz-hamis állításokat „összemásolva” 8 kategóriát alakítottunk ki:

- | 111 – *nincs egyértelmű, határozott véleménye a gyógyszertárak számát illetően* (2,8%),
- | 112 – *túl sok patika* (2,1%),
- | 121 – *a patikák száma éppen megfelelő* (72%),
- | 122 – *kellően soknak tartja a patikák számát* (8,8%),
- | 211 – **még több patikára lenne szükség** (10,7%),
- | 212 – *nincs egyértelmű, határozott véleménye a gyógyszertárak számát illetően* (0,1%),
- | 221 – **a patikák számát kevésnek tartja, de többre nincs szükség** (2,8%),
- | 222 – *nincs egyértelmű, határozott véleménye a gyógyszertárak számát illetően* (0,7%).

14. ábra. A patikák számával való elégedettség, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A lakosság több mint 70%-a a gyógyszertárak számát éppen megfelelőnek tartja. Ez az arány mintegy 80%-ra egészlül ki azok számával, akik ugyan soknak találják a patikák számát, de kevesebbel – valószínűleg – már nem lennének elégedettek. **A lakosság 10,7%-a további patikákat látna szívesen a lakóhelye környékén.** Ezeken felül a lakosság kb. 2,8%-a inkább kevésnek tartja a patikák számát, de ezzel is elégedett, illetve 2,1% véli úgy, hogy a szükségesnél több a patika a lakóhelye környékén.

A particionáló algoritmus 7, egymástól szignifikánsan eltérő megyei csoportot hozott létre. Minden csoport esetében a patikák jelenlegi számával elégedettek aránya a legmagasabb, ugyanakkor jelentősebb különbségek figyelhetők meg egyes esetekben. Az átlagtól leginkább eltérő megoszlást a Komárom-Esztergom, illetve a Békés megyét tartalmazó csoport (Node 5) mutatja: az országosnál kétszer nagyobb arányban vélekednek úgy, hogy még több patikára lenne szükség, ugyanakkor az átlagnál (8,8%) szintén többen (12,9%) jelezték, hogy megfelelően sok a patikák száma.

A gyógyszertárak jelenlegi számát – az országos átlagnál (10,7%) nagyobb arányban – kevésnek tartó megyei csoportok:

- | Node 2 – Pest, Zala, Nógrád (28%) és ezen belül is a községekben élők (46,2%);
- | Node 5 – Komárom-Esztergom, Békés (22,9%).

A gyógyszerárak jelenlegi számát – az országos átlagnál (2,1%) nagyobb arányban – magasnak tartó megyei csoportok:

- | Node 3 – Veszprém, Fejér, Jász-Nagykun-Szolnok (4%) és ezen belül is a városokban élők (10%);
- | Node 4 – Győr-Moson-Sopron, Vas, Tolna, Baranya, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád (3,2%) és ezen belül is a megyeszékhelyeken, városokban élők (4,5%).

6. KÉRDÉS (k6 – ...*tapasztalt-e változást a patikák/gyógyszertárak esetében az elmúlt három évben az alábbi tényezők kapcsán: patikusok felkészültsége, patikusok segítőkészsége, nyitvatartási idő, sorban-állás ideje*)

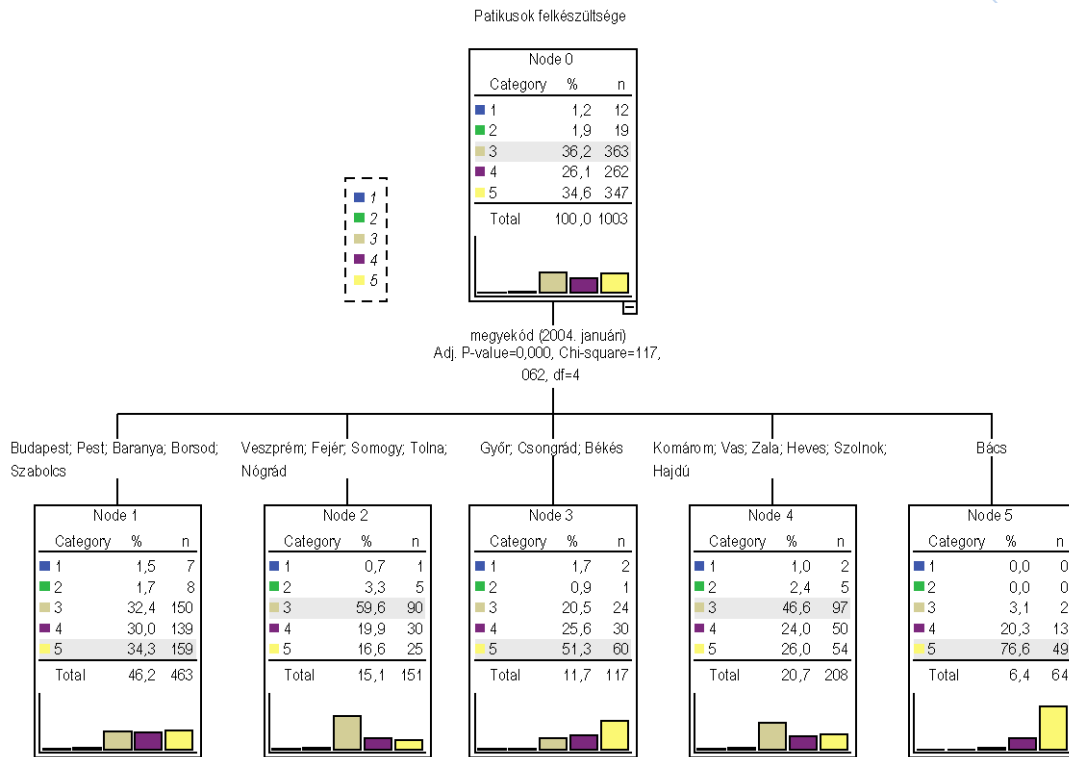
A gyógyszerári szolgáltatások minőségére vonatkozó – az Elégedettség egyenlegmutatóban is szereplő – értékelések közepes és erős (Kendall-féle τ_b : 0,333 – 0,758) egyirányú kapcsolatot mutatnak egymással – és természetesen a belőlük képzett egyenlegmutatóval is. Az 5 fokozatú skálán, „jelentősen csökkent/romlott” és „jelentősen nőtt/javult” szélső értékek között értelmezhető válaszok átlagai a következők:

- | patikusok segítőkészsége (átlag: 3,95),
- | patikusok felkészültsége (átlag: 3,91),
- | nyitvatartási idő (átlag: 3,75),
- | sorban-állás ideje (átlag: 3,4).

A patikusok felkészültsége (k61) leginkább megyei szinten eltérő, a településtípus nem meghatározó eleme a kapcsolatoknak. A lakosság 34,6%-a szerint jelentősen javult, 26,1%-a szerint javult a patikusok felkészültsége, míg 36,2%-uk nem érzékelt változást. Mindössze 3,1% vélte úgy, hogy romlott a helyzet a korábbiakhoz képest. A megyék közötti sorrend a válaszok alapján egyértelműen megragadható:

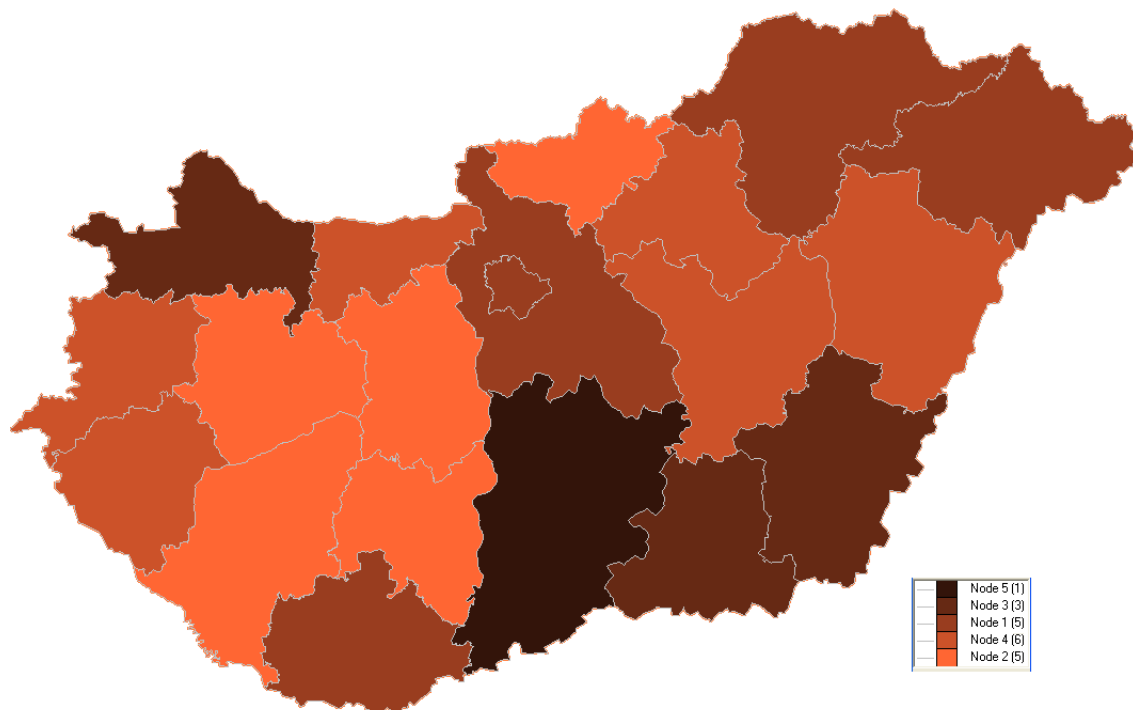
- 1) Node 5 – Bács-Kiskun;
- 2) Node 3 – Győr-Moson-Sopron, Csongrád, Békés;
- 3) Node 1 – Budapest, Pest, Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg;
- 4) Node 4 – Komárom-Esztergom, Vas, Zala, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar;
- 5) Node 2 – Veszprém, Fejér, Somogy, Tolna, Nógrád.

15. ábra. Lakossági vélemény a patikusok felkészültségéről, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

16. ábra. Lakossági vélemény a patikusok felkészültségéről, 2010



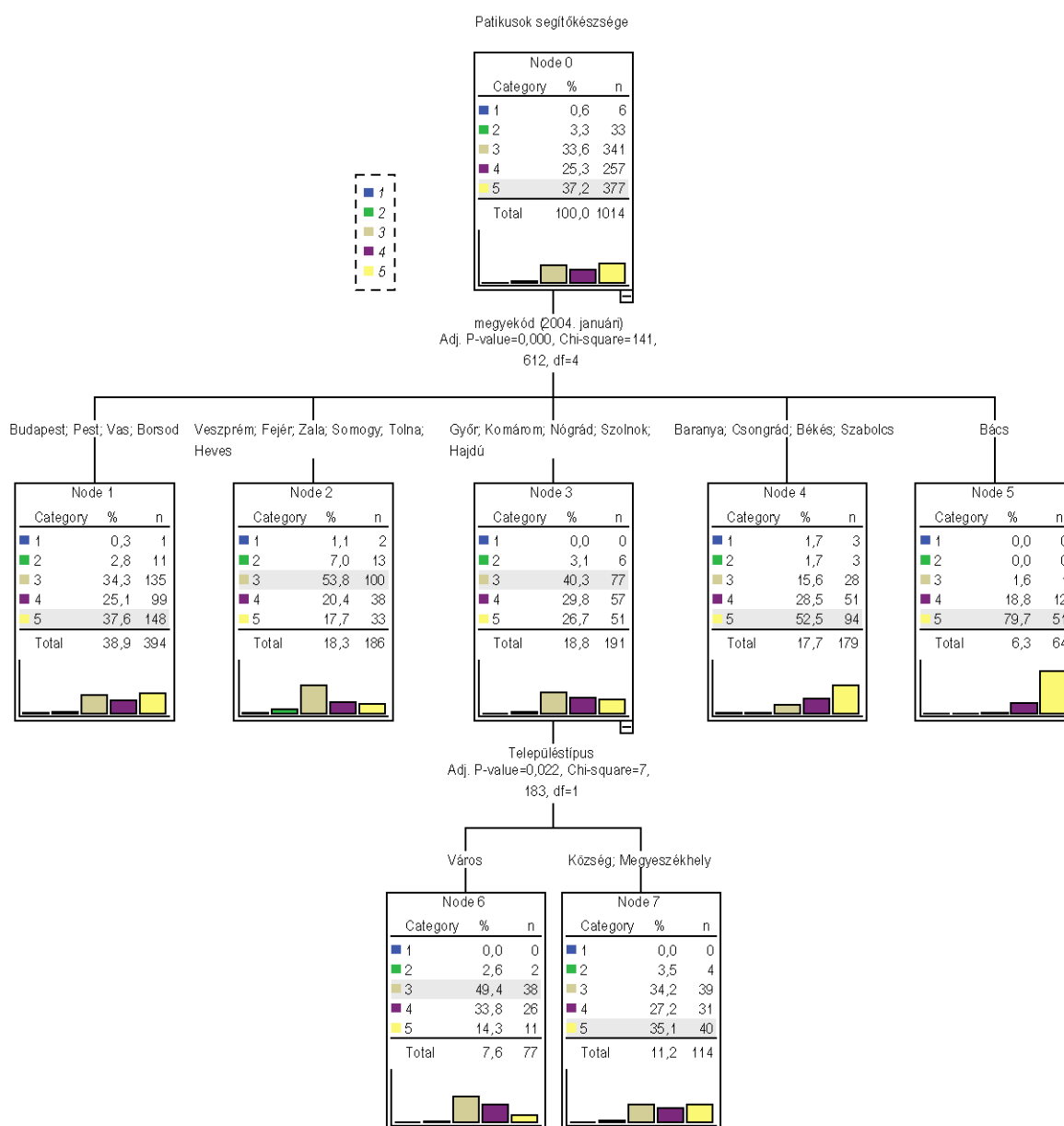
Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A patikusok segítőkészségét tekintve (k62) a legjelentősebb javulást ismét Bács-Kiskun megye „mutatta fel”. Ettől eltekintve a megyék közötti sorrend – a patikusok felkészültsége szerintihez képest – kisebb-nagyobb mértékben változott. A particionáló algoritmus ez esetben már (Node 3) a

településtípus alapján is talált szignifikáns különbségeket. A többség (62,5%) szerint javult, 1/3-uk szerint nem változott a patikusok segítőkészsége a liberalizáció óta, s mindössze 4,1%-uk érzékelt visszaesést ezen a területen. A megyék sorrendje a megoszlások alapján:

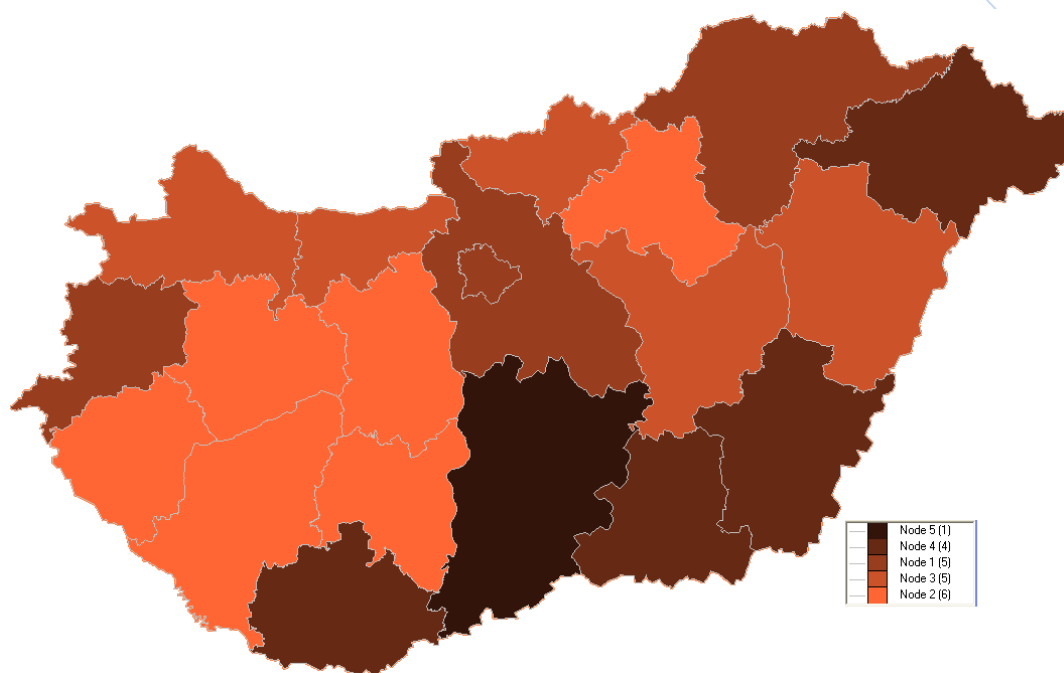
- 1) Node 5 – Bács-Kiskun;
- 2) Node 4 – Baranya, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Csongrád, Békés;
- 3) Node 1 – Budapest, Pest, Vas, Borsod-Abaúj-Zemplén;
- 4) Node 3 – Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Nógrád, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar;
- 5) Node 2 – Veszprém, Fejér, Zala, Somogy, Tolna, Heves.

17. ábra. Lakossági vélemény a patikusok segítőkészségéről, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

18. ábra. Lakossági vélemény a patikusok segítőkészségéről, 2010



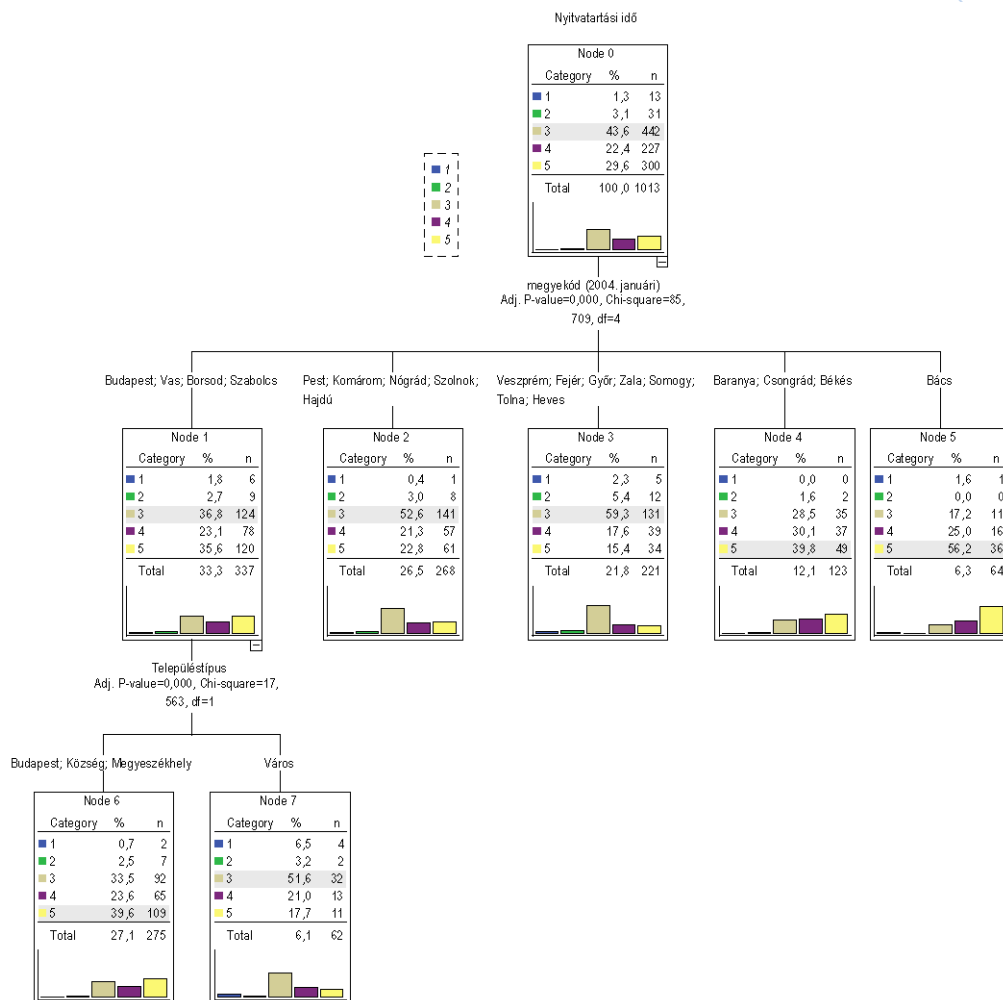
Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A patikák nyitvatartása (k63) tekintetében is a Bács-Kiskun megyei lakosok érzékelték a legnagyobb változást az elmúlt 3 év során. Az előző szempontokhoz hasonlóan a déli megyék szintén érzékelhetően növelték – a nyitvatartást tekintve is – vásárlóik elégedettségét. A megyei sorrendet – ahogy az előző szempontok esetében is – a többségében a Dunántúl középső megyéi zárják.

- 1) Node 5 – Bács-Kiskun;
- 2) Node 4 – Baranya, Csongrád, Békés;
- 3) Node 1 – Szabolcs-Szatmár-Bereg, Budapest, Vas, Borsod-Abaúj-Zemplén;
- 4) Node 2 – Pest, Komárom-Esztergom, Nógrád, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar;
- 5) Node 3 – Győr-Moson-Sopron, Veszprém, Fejér, Zala, Somogy, Tolna, Heves.

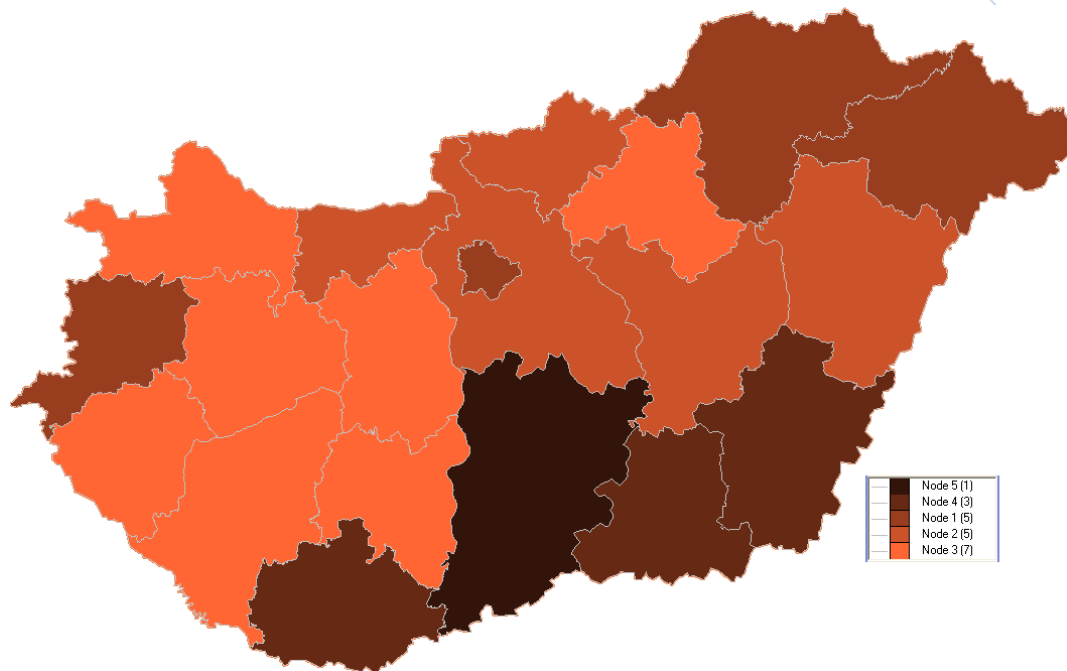
A nyitvatartást a lakosság 52%-a javulónak értékelte, 43,6% pedig változatlanak. Romlást mindössze 4,4% látott.

19. ábra. Lakossági vélemény a patikák nyitvatartásáról, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

20. ábra. Lakossági vélemény a patikák nyitvatartásáról, 2010



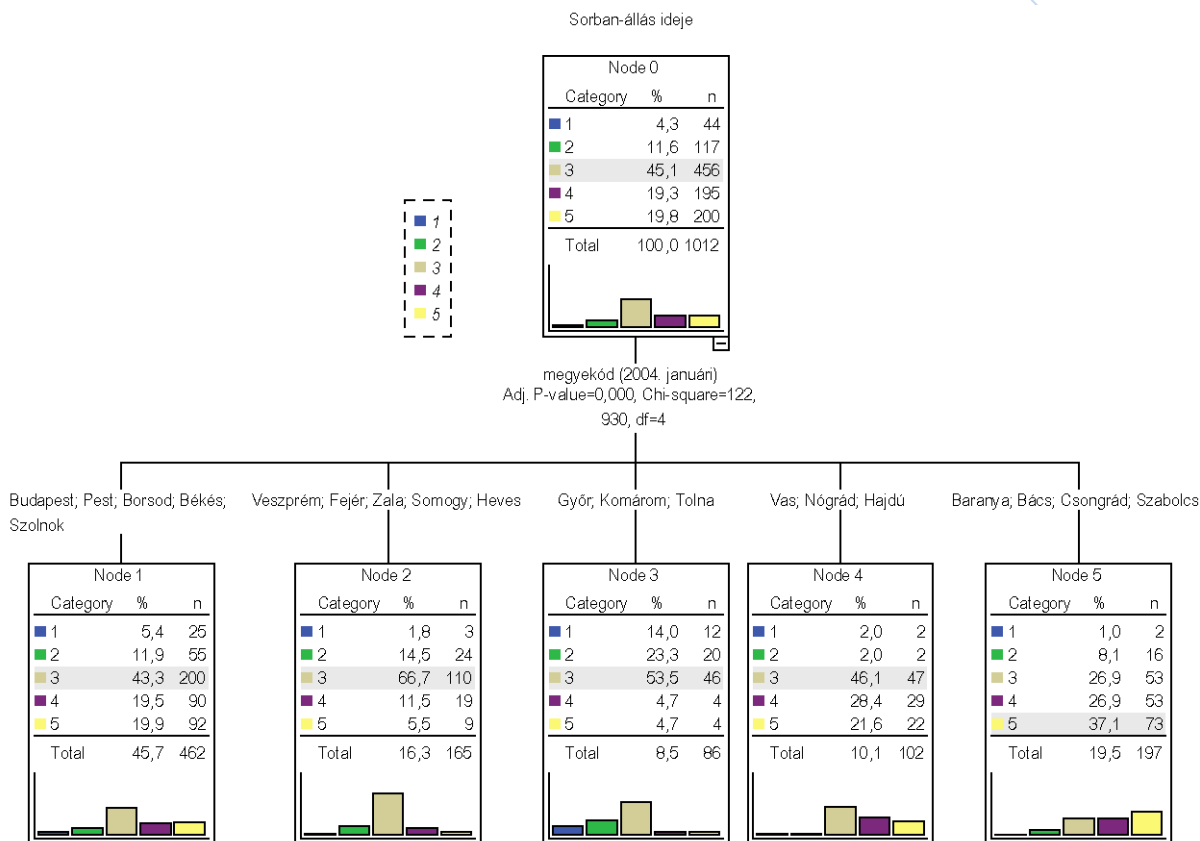
Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A sorban-állás idejének (k64) – pontosabban annak elmúlt 3 évi változásának – értékelése kissé átrendezi az előző három szempont során tapasztalt erősen hasonló eredményeket (megyei sorrendeket). A Bács-Kiskun megyei értékek már nem annyira kiugróak a „mezőnyben”, de továbbra is a legjelentősebb javulást mutató csoportba kerülnek.

- 1) *Node 5* – Baranya, Csongrád, Bács-Kiskun, Szabolcs-Szatmár-Bereg;
- 2) *Node 4* – Vas, Nógrád, Hajdú-Bihar;
- 3) *Node 1* – Budapest, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Jász-Nagykun-Szolnok, Pest;
- 4) *Node 2* – Veszprém, Fejér, Zala, Somogy, Heves;
- 5) *Node 3* – Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Tolna.

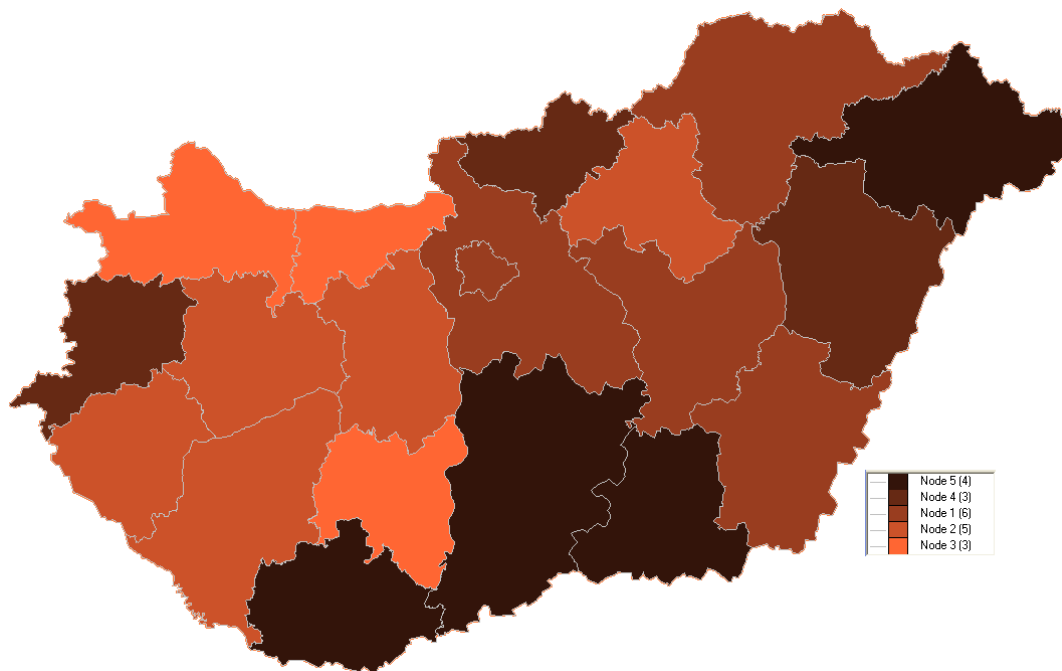
Ennél a kérdésnél csak kis előrelépést látnak a válaszadók. 41,1%-uk szerint kevesebb időt kell sorbanállással tölteni, míg 45,1%-uk szerint ugyanannyit kell sorban állni, mint korábban. Romlásról adott számot 15,9%-uk.

21. ábra. Lakossági vélemény a sorban-állás idejéről, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

22. ábra. Lakossági vélemény a sorban-állás idejéről, 2010



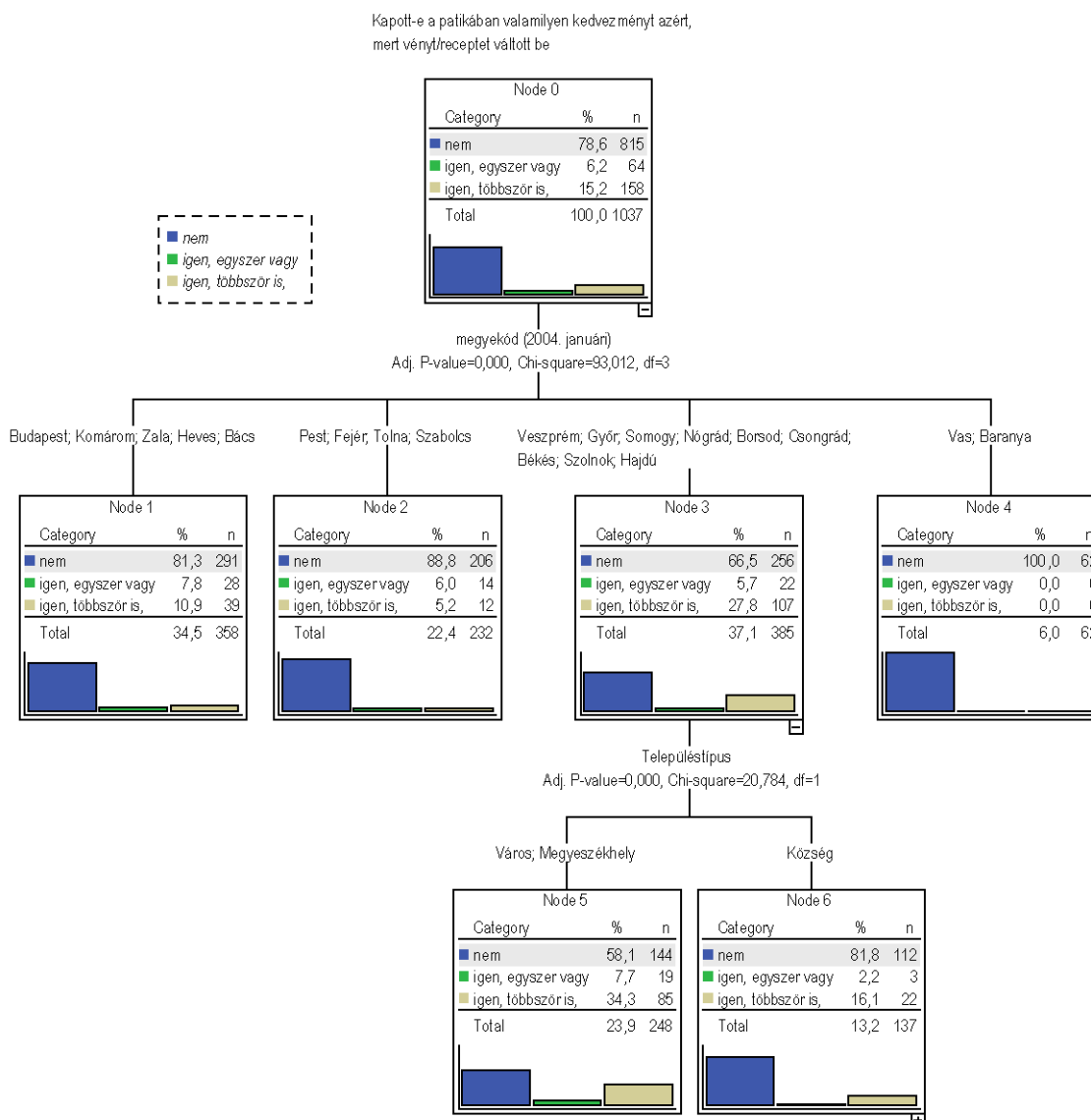
Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

7. **KÉRDÉS** (k7 – Kapott-e a patikában valamilyen kedvezményt azért, mert vény/receptet váltott be?)

A kedvezmények nyújtása csupán azzal az egyenlegmutatóval áll (gyenge közepes) korrelációs kapcsolatban (Kendall-féle τ_{b} : 0,285), amelynek része is.

A particionáló algoritmus ugyanakkor ebben az esetben is talált szignifikáns különbségeket a válaszok tekintetében mind területi alapon, mind pedig településtípus szerint. A legjelentősebb eltérést – az átlagtól és a többi csoporttól is – a Vas és Baranya megyéket tartalmazó Node 4 csoport mutatja. E két dunántúli megye esetében csak egyetlen válasz fordult elő, a „nem”. A beváltott receptért kapott kedvezmények – ami rendszerint árkedvezményt jelent – tapasztalati aránya a 9 megyét tartalmazó Node 3 csoport esetében a legmagasabb. E csoport esetében is azonban számottevő különbség adódik a településtípus szerint. Míg a kisebb népességszámú településeken az országos átlagnak kb. megfelelő arányban (18,3%) jutnak kedvezményekhez a vásárlók, addig a városokban, megyeszékhelyeken már az esetek több mint 40%-ában.

23. ábra. Kedvezmény vény/recept beváltásáért, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

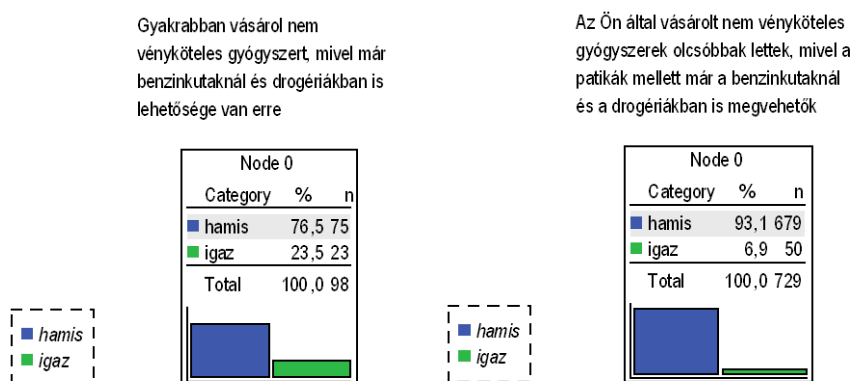
8. **KÉRDÉS** (k8 – A nem vényköteles gyógyszerek vásárlásával kapcsolatos állítások: 1) Gyakrabban vásárolok nem vényköteles gyógyszert, mivel már benzinkutaknál és drogériákban is lehetőségem van erre. 2) Az általam vásárolt nem vényköteles gyógyszerek olcsóbbak lettek, mivel a patikák mellett már a benzinkutaknál és a drogériákban is megvehetőek.)

Az első kérdés a vásárlási szokások változását méri, míg a második a liberalizáció hatására változó piacon egy tapasztalatra kérdez rá.

Az első kérdést csak azoknak tettük fel, akik előzőleg (k2) azt választották, hogy patikán kívül is vásároltak már gyógyszereket. **E 10% alatti arányból a válaszadók hozzávetőlegesen egynegyede a hozzáférés bővülése miatt gyakrabban vásárol nem vényköteles gyógyszert.**

A válaszadók közel egyhangú (93,1%) véleménye szerint attól még nem lettek olcsóbbak a nem vényköteles gyógyszerek, hogy már gyógyszertárakon kívül is lehet kapni őket.

24. ábra. A nem vényköteles gyógyszerek vásárlásával kapcsolatos állítások, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A nem vényköteles gyógyszerekkel kapcsolatos két kérdésre adott válaszoknak más mutatóval (más válaszokkal, illetve demográfiai, jövedelmi jellemzőkkel) nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált osztályképző változót erre a kérdésre, tehát sem területi (régió, megye), sem pedig településtípus szerinti – statisztikailag igazolható – különbségek nincsenek a kérdésre adott válaszok tekintetében.

9. **KÉRDÉS** (k9 – Tapasztalta-e az elmúlt 3 évben, hogy a patika nem tartott abból a gyógyszerből, amit Ön éppen ki akart váltani, és emiatt megkérték, hogy fáradjon vissza néhány nap múlva, amíg beszerzik?)

Az (átmeneti) gyógyszerhiány tapasztalata része az Elégedettség egyenlegmutatónak, de az azzal való korrelációja (Spearman's ρ : -0,232) nem érte el a feltételként megszabott értéket. Ennek ellenére a particionáló algoritmus mind területi, mind településtípus szerint talált szignifikáns különbségeket a válaszok között.

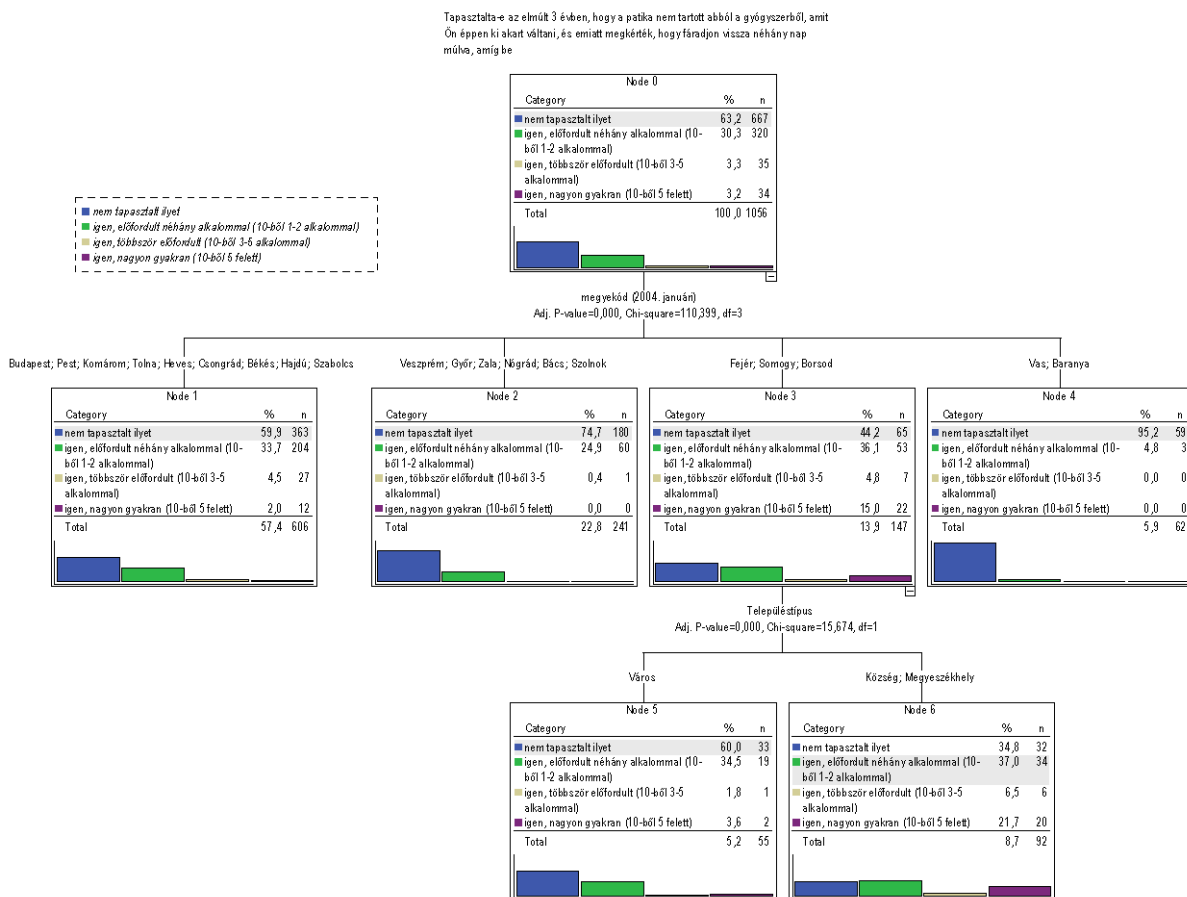
A lakosság 63,2%-a nem tapasztalta még, hogy ne lett volna azokból a gyógyszerekből, amit aktuálisan vásárolni szándékozott az adott patikában. További 30,3% csupán néhány alkalommal

szembesült ilyen esettel. Összességében tehát a közel „zavartalannak” tekinthető a gyógyszerellátottság az esetek 93,5%-ában.

A területi elhelyezkedés és a településtípus közül – e kapcsolat vizsgálata során is – a területi különbözőség a meghatározóbb.

Gyakorlatilag „zökkenőmentesnek” tekinthető az átlagos gyógyszerellátottság a Vas és Baranya megyéből álló Node 4 csoportban, míg (átmeneti) gyógyszerhiánnyal leggyakrabban (az esetek több mint felében) a Fejér, Somogy és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (Node 3) patikába járók szembesülnek. Ez utóbbi csoport településtípus szerint még tovább bontható, amely válaszok város, illetve község-megyeszékhely szerint érdemben különböznek egymástól. Míg a városok az országos átlaghoz közel azonos arányokat mutatnak, addig a többi településtípus esetében (Node 6) minden ötödik lakos az alkalmak több mint felében nem jut hozzá (azonnal) a kért gyógyszerhez.

25. ábra. A „hiány” gyakorisága, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

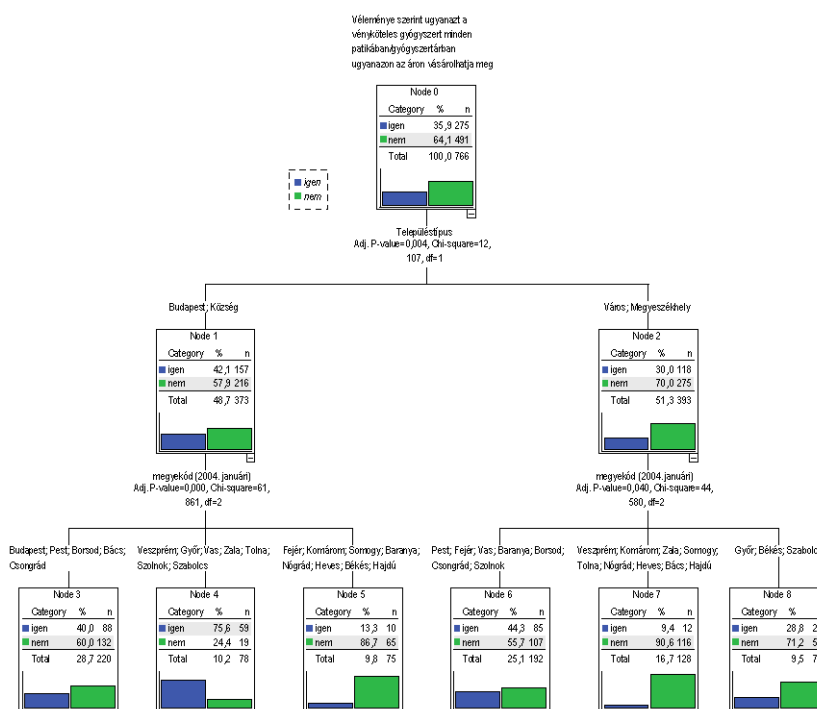
A gyógyszerellátottsággal kapcsolatos kérdésre adott válaszoknak más mutatóval (más válaszokkal, illetve demográfiai, jövedelmi jellemzőkkel) nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált osztályképző változót erre a kérdésre, tehát sem területi (régió, megye), sem pedig településtípus szerinti – statisztikailag igazolható – különbségek nincsenek a kérdésre adott válaszok tekintetében.

10. KÉRDÉS (k10 – Véleménye szerint ugyanazt a vényköteles gyógyszert minden patikában/gyógyszertárban ugyanazon az áron vásárolhatja meg?)

A recept nélkül vásárolható (OTC) készítmények, valamint a vényköteles, de "nem támogatott" gyógyszerek szabadárúak, így az árak patikánként eltérőek lehetnek. E termékek a patikai dobozforgalom kb. 11%-át teszik ki. Így az állami támogatásban részesült gyógyszerek aránya mintegy 89%, és amelyek esetében a beteg által finanszírozott összegétől nem lehet eltérni. Azaz a helyes válasz a „nem”, mert a nem támogatott vényköteles gyógyszerek, még ha alacsony is a forgalmi arányuk, gyógyszertáranként eltérő árakkal bírhatnak.

Az igen-nem válaszok aránya a valóságnak megfelelő felé „billen”, ugyanakkor a „tudást”, az ismereteket nagyban a tapasztalatok „irányítják”. A lakosság kb. egyharmad-kétharmad arányban gondolja úgy, hogy ugyanazt a vényköteles gyógyszert minden patikában ugyanazért az árért kaphatja meg, illetve, hogy ez nem így van. A klasszifikációs fa csoportjai közül a helyes (azaz a „nem”) válaszok aránya egyedül – ugyanakkor jelentős mértékben – a Node 4 csoportban marad el a helytelen választól. Önmagában a településtípussal, mint – jelen esetben a területi szempontnál erősebb – szignifikáns különbségeket mutató tényezővel nem magyarázható egyértelműen az informáltság mértéke, hiszen a községek esetében is nagyon jelentős különbségek láthatóak (Node 4, 5).

26. ábra. „Informáltság”, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

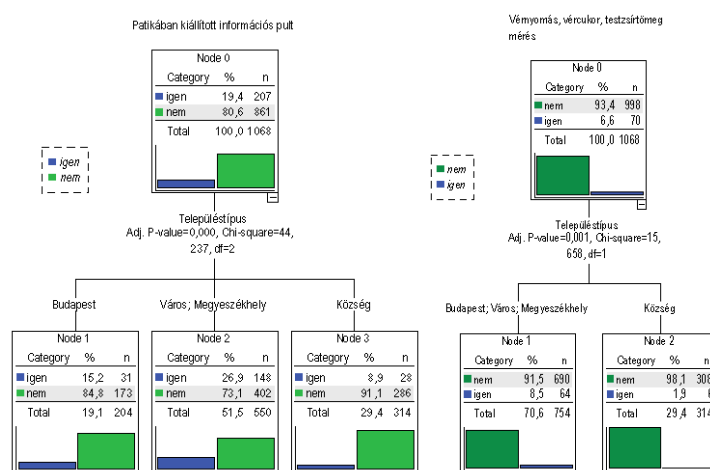
11. KÉRDÉS (k11 – Igénybe vett-e az elmúlt három évben olyan szolgáltatást a patikánál, amit korábban nem? Pl. patikában kiállított információs pult (tájékoztatók akciokról, termékekről, életmód magazinok stb.), vényomás, vércukor, testszírtömeg mérés, gyógyszer házhozszállítás kérése, internetes rendelés.)

A reklám és információs célokat szolgáló eszközök igénybe vétele területileg teljes mértékben irreleváns, településtípus szerint azonban van érdemi különbség patika és patika között.

A válaszok alapján minden ötödik vásárló él a lehetőséggel, és tájékozódik az információs pultra kitett szórólapon hirdetett akcióról, termékekről. A községek esetében ez csak minden tizedikre igaz, szemben a városokkal és megyeszékhelyekkel, ahol viszont minden 4. válaszadó találkozott már ilyen kihelyezett információs pultokkal.

Ennek ellenére az információs pult „léte” nem feltétlenül a patikák közötti erősebb versenyt feltételező nagyobb lakosságú településeken magasabb, ahogy azt – éppen a városok és a községek között elhelyezkedő – fővárosi megoszlás mutatja. Ez arra utal, hogy a tájékoztatás fontos, de nem meghatározó eleme a patikák közötti versenynek.

27. ábra. Kiegészítő szolgáltatások, 2010



Forrás: GKI (lakossági felmérés, 2010. szeptember)

A vérnyomás, vércukor, testszirtömeg mérés esetében sincs szignifikáns területi különbség patika és patika között. Amellett, hogy meglehetősen alacsony azon válaszadók aránya, akik találkoztak már ilyen szolgáltatással, a településtípus mégis meghatározó tényező, ami egyértelműen arra utal, hogy a nagyobb településeken már a patikák egy része üzletileg is fontosnak tartja ezt a kiegészítő szolgáltatást.

Az internetes vásárlást és a kiszállítást, mint szolgáltatást igénybe vevők száma az 1000 fős mintában 10 alatti. Számosságuk további elemzésre nem ad módot.

4.3 A patikák tapasztalatai, véleménye

A patikák körében végzett felmérés a kínálati oldalról vizsgálja a gyógyszerári szolgáltatások változását. Ezen belül is a felmérésben feltett kérdéseket, illetve elemzésüket két részre bontottuk: egyrészt a vásárlók által közvetlenül érzékelhető tényezőkre (patikák száma, nyitva tartása, kiegészítő szolgáltatások köre stb.), másrészt – a hipotéziseink vizsgálatához szükséges – mögöttes, a piaci szabályozás változásának hatásaként bekövetkezett, közvetett tényezőkre (forgalom, árbevétel, készletnagyság, szakszemélyzet száma, új versenytársak stb.) és egyéb patikai jellemzőkre (alapítás időszaka, patikalánc tagság, patika elhelyezkedése stb.).

A kérdések gyakorlatilag teljes egésze zárt típusú (kivéve egyedül az alkalmazottak számára vonatkozó kérdést).

A patikai kérdőív 2010. szeptember 1-7. között került lekérdezésre. A közforgalmú gyógyszertárakat az ÁNTSZ nyilvános patikai címlistája alapján kerestük meg, és a célul kitűzött 300 patikából álló minta végül 349-re emelkedett. A felmérés megye és település szerint reprezentálja a közforgalmú gyógyszertárak egészét, mint sokaságot. A jelen felmérés mintavételi hibájának nagysága 95%-os szignifikancia szint mellett maximum $\pm 5.01\%$.

4.3.1 A szolgáltatási színvonal (közvetlen tényezők)

A gyógyszertári szolgáltatások változását a patikusok véleménye alapján bemutató elemzés esetében is törekedtünk arra, hogy az egyenkénti kérdések vizsgálata mellett egy, a változások eredőjét megfelelően szemléltető és könnyen értelmező összetett mutatót is elő tudjunk állítani.

A szolgáltatási színvonal méréséhez 3 kérdést, illetve az azokra adott válaszokat vettük figyelembe. Ezen kérdések érzékeltetik a legjobban a lakosság által közvetlenül is észlelhető minőséget.

- | 6. Kérjük, értékelje egy 5 fokozatú skálán (ahol 1 jelentősen csökkent/romlott, 2 kissé csökkent/romlott, 3 nem változott, 4 kissé nőtt/javult, 5 jelentősen nőtt/javult), hogy történt-e változás az Ön patikájában az elmúlt három évben (a liberalizáció óta) a következő tényezők kapcsán: személyzet hozzáállása a vevőkhöz, személyzet szakmai felkészültsége, nyitvatartási idő, vásárlók sorban-állási ideje.
- | 7. Milyen – a liberalizáció előtt nem alkalmazott – marketingtevékenységet végeznek jelenleg? Pontgyűjtő kártya, saját egyedi akciók, kedvezmény (pénzvisszatérítés stb.) a receptek száma alapján.
- | 8. Kérem, jelölje meg, hogy melyik állítás igaz az Önök patikájára: minden vásárlói igényt azonnal teljesíteni tudnak; ritkán, de előfordul, hogy csak 1-2 napon belül tudják teljesíteni a vásárlói igényeket; gyakran előfordul, hogy csak 1-2 napon belül tudják teljesíteni a vásárlói igényeket; olykor előfordul, hogy az adott vásárlói igényt 1 héten belül sem tudják teljesíteni.

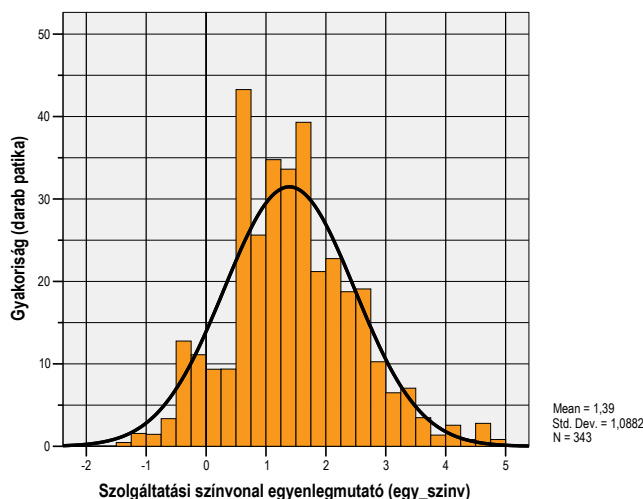
Az egyenlegképzés során a különböző intervallumokon értékelt ordinális változókat egy közös (-1;+1) és azonos irányban értelmezhető skálára transzformáltuk. A 7. kérdés bináris – nem/igen – változókat eredményez, amelyek esetében (0;+1) értéket adtunk, hiszen a korábbi időszakhoz képest „visszalépés” nem történhetett, csak „változatlan” vagy „javulás”. A 7. kérdés válaszait összevontuk, hiszen a kártya, az akciók és a pénzvisszatérítés is valamilyen formában a vásárlók részére ugyanúgy árkedvezményt biztosít. Így az egyenlegképzés számításának képlete: $egy_szinv = (k63_ + k64_ + k66_ + k67_ + k68_ + (0.3333 * k72_) + (0.3333 * k73_) + (0.3333 * k76_) + k8_)$.

A kihagyott válaszok, illetve válaszmegtagadások, illetve a súlyozás miatt a kompozit mutatók számításánál figyelembe vehető esetszám 349 volt.

A különböző skálán értelmezhető válaszokat azonos intervallumra (-1;+1) vetítettük ki, majd a lakosság esetében bevezetett módszertan alapján a patikákra vonatkozóan is egy új, mesterséges változót, a „szolgáltatási színvonal” általános (egyenlegértékes) mutatóját képeztük.

A Szolgáltatási színvonal egyenlegértékek hisztogramja (gyakorisági eloszlása) alapján a 0-hoz közeli egyenlegértékek a változatlanyságot (a közömbösséget) mutatják, míg a pozitív értékek a szolgáltatási színvonal általános javulását, a negatív értékek pedig annak romlását érzékeltetik.

28. ábra. A gyógyszerári szolgáltatások színvonalának mutatója (egyenlegértékek)

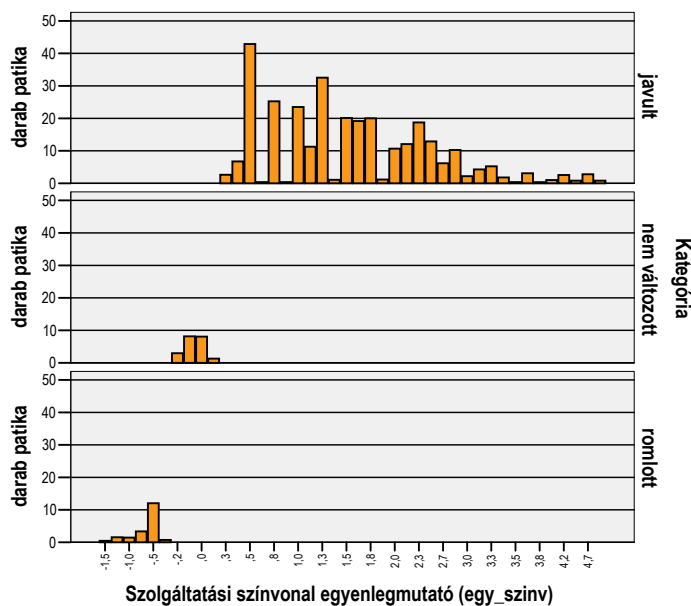


Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A Szolgáltatási színvonal egyenlegmutató értékei a (-6;+7) intervallumon (-1,5; +5) szélsőértékek között szóródtak. Az átlag ($Mean = 1,39$) jelentősen meghaladja a Szolgáltatási színvonal változatlanyságát jelentő 0 értéket, de az értelmezési intervallum középpontját is (0,5). A relatív szórás (variációs együttható = $78,4\% < 90\%$) arra utal, hogy az átlag viszonylag jól jellemzi a mintát.

Az eloszlás kategóriákra bontását (romlott, nem változott, javult) nehezíti, hogy – míg a lakossági Elégedettség egyenlegmutatójánál jól kivehető volt a „közömbösök” csoportja, addig – a Szolgáltatási színvonal egyenlegértékei az éppen nulla értéket nagyon kis számban veszik fel. Emiatt a szóródás intervallumát (-1,5; +5) alapul véve egy +/-5%-os sávban tekintettük nullának, illetve nullához közelinek az egyenlegértékeket. Ennek eredményét a következő ábra szemlélteti. Ennek alapján **a válaszadók 5,7%-a** (a negatív tartományba eső értékek) **össességében inkább a szolgáltatási színvonal romlását jelezte az elmúlt 3 évben bekövetkezett változásokkal kapcsolatban. Szintén alacsony arányban (6%) inkább változatlanoknak mutatják a szolgáltatási színvonalat az értékek, míg a patikák döntő többsége (88,3%) e tekintetben kisebb-nagyobb mértékű javulást mutató válaszokat adott a liberalizáció óta eltelt időszakra vonatkozóan.**

29. ábra. A gyógyszerértékesítési szolgáltatások színvonalának mutatója kategóriánként (egyenlegértékek)



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

Az egyes kategóriákhoz való tartozást, illetve azokat a szempontokat, amelyek alapvetően meghatározzák a végső Szolgáltatási színvonal mutató értékét a következőkben részletesen elemezzük.

4.3.2 A szolgáltatási színvonal meghatározó szempontjai

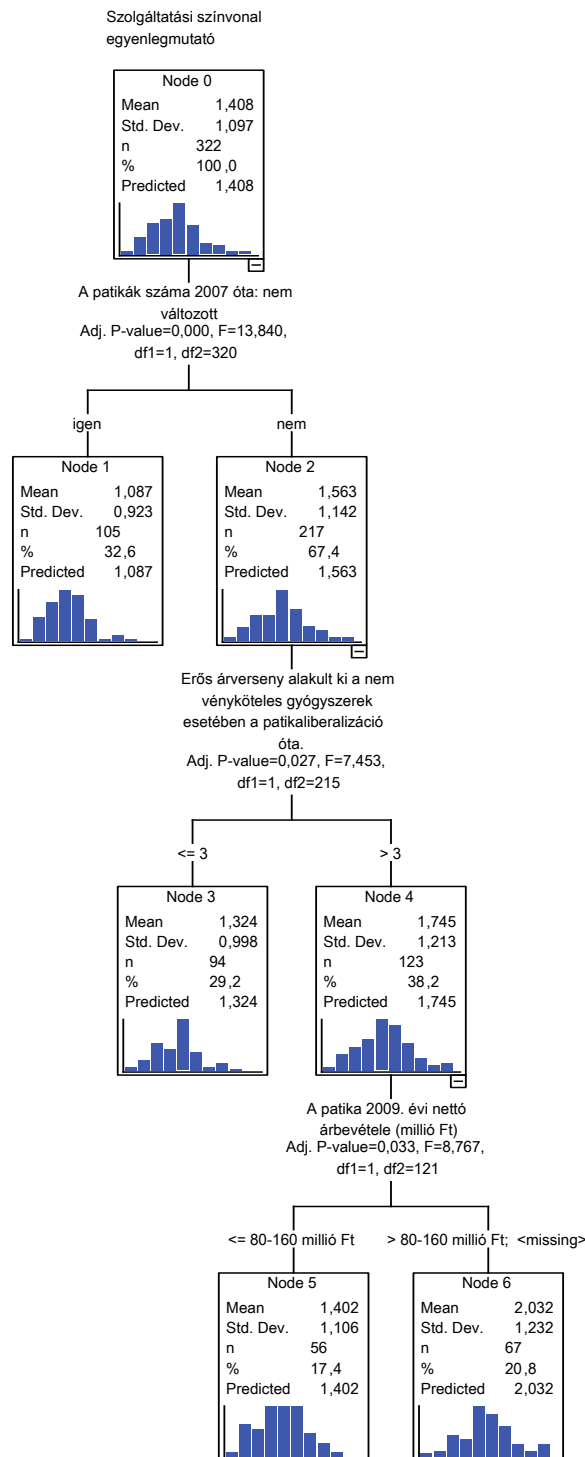
A meghatározó szempontok (kategória és egyéb változók) kiválasztásához – a lakossági felmérésben alkalmazottal megegyező módszertan szerint – egy bináris jellegű osztályozó fa struktúrát alkalmazunk.

A vizsgálatba független változóként vontuk be az alábbi mutatókat:

- | a patika alapításának éve (2007 előtti vagy utáni),
- | a patika szakszemélyzetének száma (külön gyógyszerész és külön szakasszisztens),
- | a patika szervezeti integráltsága, kapcsolatai (lánc, társulás tagja, van-e fiókpatikája),
- | a patika elhelyezkedése (főutcában vagy forgalmas csomópontban; mellékutcában; bevásárlóközpontban, hipermarketben; kórházban/rendelőintézetben vagy közvetlenül mellette),
- | verseny hatása (versenytársak száma az adott patika közelében, nem vényköteles gyógyszerek forgalmának változása),
- | egy alkalmazottra jutó (becsült) nettó árbevétel (millió Ft/fő),
- | megye,
- | településtípus.

Első lépésként a klasszifikációs fa csúcsára a Szolgáltatási színvonal egyenlegmutató kategóriánkénti gyakoriságát „emeltük”, azonban az alsó két kategória meglehetősen alacsony esetszáma miatt a vizsgálat nem hozott eredményt. Ezt követően az egyenlegmutató eredeti, kategorizálás nélküli értékein futtattuk a particionáló algoritmust. Az eredményül kapott összefüggés a Szolgáltatási színvonal és a patikák számának változása között a legerősebb.

30. ábra. A Szolgáltatási színvonal egyenlegmutató klasszifikációs fája



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

Azon patikák esetében, amelyek közelében nem változott a konkurens patikák száma (azaz se nem csökkent, se nem nőtt), szignifikánsan alacsonyabb – ugyanakkor átlagosan még esetükben is javulást mutat – a Szolgáltatási színvonal egyenlegmutatója. A relatív szórás mutatója (Node 1 = 85%, Node 2 = 73%) alapján a részminták jellemzésére mindkét csoportban alkalmas az átlag.

A klasszifikációs fa első szintje azt is megmutatja, hogy – a patikák válaszai alapján – a **gyógyszertárak kb. kétharmadának földrajzi környezetében változások történtek a konkurens patikák számában.**

A particionáló algoritmus a *nem vényköteles gyógyszerek esetében kialakult erős árversenyre* adott válaszok alapján tovább bontja azon patikai kört, amelyek közelében változott a versenytársak száma. **Azon patikák, amelyek erős versenyt tapasztalnak** (az 5-ös skálán 4, 5 értékek valamelyikét adták) ezen a téren, **szignifikánsan magasabb a Szolgáltatási színvonal egyenlegmutató értéke.** (A relatív szórás szintén mindkét esetben megfelelő: Node 3 = 75%, Node 4 = 70%.)

A fa struktúra legelső, harmadik szintjén az algoritmus szignifikánsnak ítélte meg a nettó árbevétel nagyságát, ami gyakorlatilag a patika méretét érzékelteti. **A nagyobb – 2009-ben 160 millió Ft-nál magasabb árbevétellel rendelkező – patikák esetében, amelyek környezetében változott a konkurensok száma és a patikaliberalizáció óta erősnek ítélik a nem vényköteles gyógyszerek terén kialakult árversenyt is, az összes patika közül a legmagasabb a Szolgáltatási színvonal egyenlegmutatója** (javulása). Számosság tekintetében ez a csoport – Node 6 – a patikák 20,8%-át reprezentálja.

A klasszifikációs fa csoportképzése és a csoportok átlagai azt is jól láttatják, hogy minden csoport esetében (a struktúra 2. és 3. szintjén is) rendre magasabb átlagos színvonalmutatót eredményez a bontás, mint a Node 1 csoport esetében. Azaz a liberalizációt követő időszakban, a patikák kb. kétharmadát érintő erősödő piaci verseny (kényszere) a többi patikánál nagyobb mértékben javuló szolgáltatási színvonalat eredményezett, amelyben – természetesen – a nagyobb patikák még inkább élenjárók voltak.

40. táblázat. A Szolgáltatási színvonal egyenlegmutató klasszifikációs csoportjainak jellemzői, 2010

	A klasszifikáció eredményeként adódó patikai csoportok								Össz.
	Node 1	Node 3	Node 5	Node 6					
Közforgalmú patikák száma (db)	105	94	56	67					322
Közforgalmú patikák aránya (%)	32,6	29,2	17,4	20,8					100
2007 után alapított patikák aránya (%)	13,9	(2,1) 4,7	(-7,1) 19,9	(8,1) 11,8	(0) 11,8				11,8
Egy patikára jutó gyógyszerészek száma (fő)	1,7	(-22,3) 2,3	(5,7) 2,2	(2) 2,6	(23,1) 2,1				2,1
Egy patikára jutó szakasszisztensek száma (fő)	1,8	(-25,7) 2,7	(12,5) 2,2	(-8,2) 3,0	(27,1) 2,4				2,4
Egy patikára jutó szakszemélyzet száma (fő)	3,4	(-24,1) 4,9	(9,3) 4,4	(-3,3) 5,6	(25,2) 4,5				4,5
A patikánk egy lánc tagja (%)	16,8	(1,7) 13,8	(-1,4) 15,6	(0,5) 14,2	(-0,9) 15,1				15,1
A patikánk egy marketing célú társulás tagja (%)	9,7	(-7,2) 14,8	(-2,1) 25,0	(8) 23,7	(6,8) 16,9				16,9
A gyógyszertárunk fiókpatikával is rendelkezik (%)	25,3	(4,9) 17,1	(-3,3) 14,6	(-5,8) 22,6	(2,2) 20,4				20,4
A patika elhelyezkedése (%)									
<i>főutcában vagy forgalmas csomópontban</i>	70,8	(8,4) 51,6	(-10,8) 59,6	(-2,8) 67,6	(5,1) 62,5				62,5
<i>mellékutcában</i>	19,0	(-4,5) 33,0	(9,5) 23,2	(-0,3) 17,3	(-6,3) 23,5				23,5
<i>bevásárlóközpontban, hipermarketben</i>	0,0	(-3,1) 2,2	(-0,8) 4,5	(1,4) 7,6	(4,5) 3,1				3,1
<i>kórházban/rendelőintézetben vagy közvetlenül mellette</i>	10,2	(-0,8) 13,1	(2,2) 12,7	(1,7) 7,6	(-3,4) 10,9				10,9
<i>község</i>	54,0	(26,7) 11,3	(-16) 23,8	(-3,6) 13,4	(-13,9) 27,4				27,4
<i>város</i>	24,9	(-3,9) 30,2	(1,5) 22,1	(-6,6) 37,8	(9,1) 28,7				28,7
<i>megyei jogú város</i>	9,3	(-15) 28,5	(4,2) 37,5	(13,1) 29,7	(5,3) 24,3				24,3
<i>főváros</i>	11,8	(-7,8) 29,9	(10,4) 16,7	(-2,9) 19,0	(-0,5) 19,6				19,6
A környékbeli patikák számának változása 2007 óta (db patika)	0,0	(-100) 1,5	(46,4) 1,6	(49,8) 1,5	(40,9) 1,0				1,0
Árbevételben mért forgalom változása (egyenleg)	-0,5	(0,2) -0,8	(-0,1) -0,7	(0) -0,6	(0) -0,6				-0,6
Készletállomány változása (egyenleg)	-0,1	(0,2) -0,5	(-0,2) -0,4	(-0,1) -0,2	(0,1) -0,3				-0,3
Szakszemélyzet számának változása (egyenleg)	-0,1	(0,1) -0,3	(-0,1) -0,3	(-0,1) -0,2	(0) -0,2				-0,2
Egy alkalmazottra jutó árbevétel (millió Ft/fő)	41,4	(7,9) 40,0	(4,3) 25,4	(-33,8) 42,4	(10,5) 38,3				38,3

Megjegyzés: A dőltbetűvel, zárójelben feltüntetett számok az adott kategóriának az átlagtól való eltérését mutatják; a százalékos értékek esetében százalékpontban, az abszolút értékek – pl. fő – százalékban kifejezve. A kérdésre adott válaszok száma: 322; mintavételi hiba nagysága maximum: +/-5,25%.

Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A klasszifikációs fa „végpontjait” (Node 1, 3, 5, 6) alkotó gyógyszertárak részletesebb jellemzőit mutatja be a 40. táblázat. (A bekeretezett adatok a csoportok közötti és az átlaghoz mért lényegesebb eltéréseket emelik ki.)

A Node 1 csoportba tartozó gyógyszertárak legfőbb jellemzőiről, amelyek magyarázatot adnak a Szolgáltatási színvonal jellemzően alacsonyabb mértékű – relatív – javulására, a következő megállapításokat tesszük:

- | a többi csoporthoz mérten itt a legmagasabb a kis lélekszámú települések (községek) aránya, ezen települések többnyire főutcáiban, forgalmas csomópontjaiban, azaz a leginkább kedvező szolgáltatási helyen működnek (s jellemzően ők az egyedüli patikák a településen),
- | az átlagnál közel negyedével alacsonyabb számú szakszemélyzettel működnek, ami, a csoportra jellemző településtípusból is adódóan, kisebb méretű patikára utal,
- | ugyanakkor a legnagyobb arányban (mintegy negyedük) fiókpatikával is rendelkezik (valószínűleg a szomszédos községeket látják így el),
- | egyedüli csoportként csak esetükben nem változott a környékbeli konkurens patikák száma, azaz a helyi piac – kínálati oldalon – telítettnak mondható (nem vonzó a befektetők számára),
- | az alacsony versenyre utal az is, hogy mind az árbevétel, a készletállomány, mind pedig a szakszemélyzet számának változása a többi csoporténál kedvezőbb – kisebb mértékben csökkent –, miközben **az egy alkalmazottra jutó árbevétel átlag feletti.**

Node 3

- | a többi csoporthoz mérten itt a legalacsonyabb a 2007 után alapított patikák aránya,
- | **többségük megyei jogú városban, vagy a főváros valamely kerületében található,**
- | ennek megfelelően ezen patikák mintegy fele ugyan központi elhelyezkedésű, de a csoportok közül a legmagasabb arányban mégis mellékutcákban működnek (nagyobb települések esetében ez inkább adottságnak tekinthető),
- | legkisebb arányú a lánc-tagok, társulásban résztvevő patikák aránya,
- | átlag feletti az egy patikára jutó szakszemélyzet nagysága (mind a gyógyszerészek, mind pedig a szakasszisztensek esetében),
- | leginkább ezen patikákat érintette kedvezőtlenül a verseny hatása: **körükben csökkent a legnagyobb mértékben az árbevételben mért forgalom és a szakszemélyzet száma,**
- | ennek ellenére – a csoport átlagát tekintve – **átlag feletti a fajlagos árbevétel nagysága.**

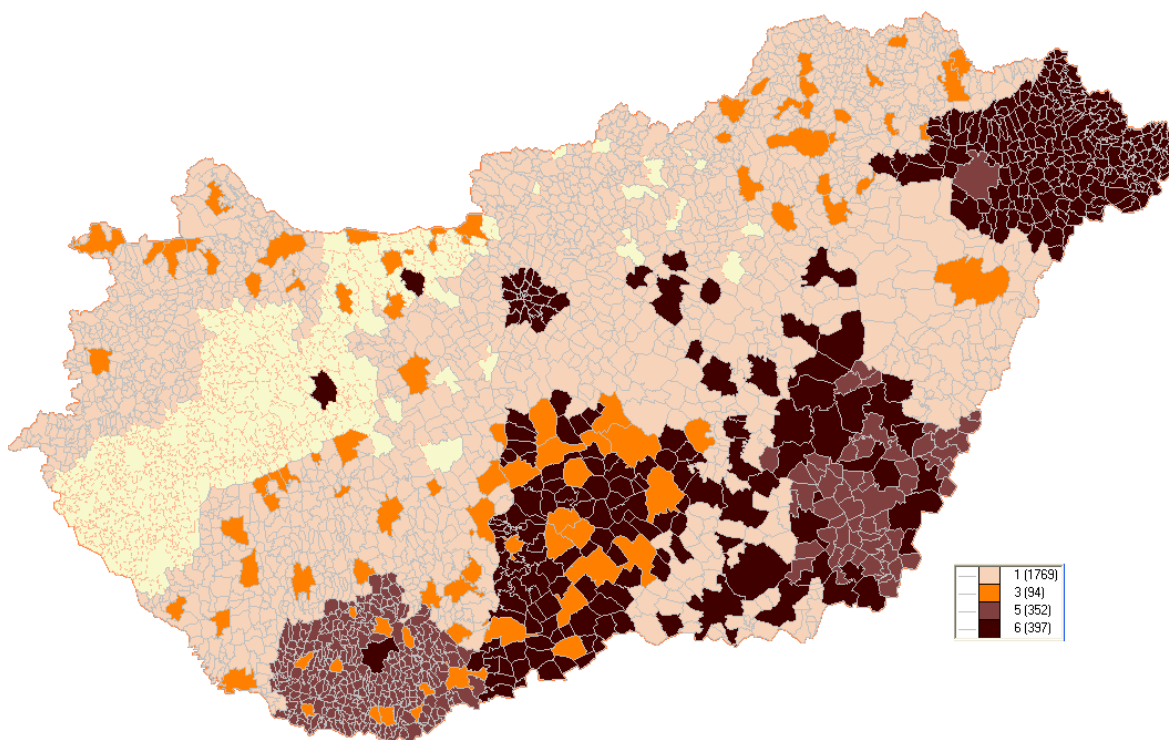
Node 5

- | a patikaláncokhoz tartozó gyógyszertárak legmagasabb arányban ebben a csoportban találhatóak, de esetükben jóval átlag feletti a marketingcélú társulások aránya is,
- | a patikák elhelyezkedése nem sokban tér el az átlagosnak tekinthető megoszlástól, amelynek megfelelően a kb. 60%-os arányban főutcán, vagy forgalmas csomópontokban találhatóak, míg kb. negyedük mellékutcákban,
- | átlagot meghaladó és a többi csoporténál is magasabb az arányuk a megyei jogú városokban,
- | a Node 3 csoport után **a verseny kedvezőtlen hatásának** (csökkenő árbevétel, csökkenő szakszemélyzet) **leginkább érintett patikai kör,**
- | **a legalacsonyabb átlagos jövedelmezőséget** (egy alkalmazottra jutó árbevétel) **mutatják** az ide tartozó patikák.

Node 6

- | a szakszemélyzet átlagos száma és az egy alkalmazottra jutó árbevétel nagysága alapján a **legnagyobb patikák** tartoznak ebbe a csoportba,
- | az átlagnál nagyobb a marketing célú társulásba tartozó és a fiókatikákkal rendelkező gyógyszertárak aránya,
- | ebben a csoportban a legmagasabb a bevásárlóközpontban, hipermarketben működő és az átlagot meghaladó a központi elhelyezkedésű patikák aránya,
- | a patikák mintegy **kétharmada városban és megyei jogú városban található**,
- | a piaci versenyben **leginkább kedvező pozícióval rendelkező patikák csoportja** (a Node 1 után).

31. ábra. A Szolgáltatási színvonal egyenlegmutató klasszifikációs csoportjai (Node)



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A térképi ábrázolás értelmezéséhez:

- 1) A mintában szereplő 349 patikából 27 esetében nem tudunk a hiányzó adatok miatt egyenlegmutatót számolni, így azok a klasszifikáció fa csoportjaiban sem szerepelnek. Ez eredményezi a sárgával jelölt adathiányos területeket.
- 2) A megye és azon belül településtípus szerint a legjellemzőbb csoportbesorolást jelenítettük meg az adott település esetében és tartottuk érvényesnek a megyén belüli összes azonos településtípusra vonatkozóan.
- 3) A térkép jelmagyarázatában jelzett számosság nem egyezik meg a Node csoportok patikai arányaival, hiszen egy-egy településen – főleg a nagyobb lélekszámúak esetében – több patika is működik.

A térképen látható területi és településtípus szerinti csoportosítások erős kapcsolatot mutatnak a lakossági felmérés eredményeivel (38. táblázat), amely egyértelműen mutatja a dél-alföldi térségek

esetében a szolgáltatásokkal kapcsolatos magas elégedettséget. A lakossági felmérésben elvégzett kérdésenkénti (megyei és település szerinti) vizsgálatok is az átlagnál jobb elégedettségi csoportokba sorolták Bács-Kiskun, Békés, Budapest, Csongrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéket.

4.3.3 A szolgáltatási színvonal mögöttes összefüggései

A mögöttes összefüggések vizsgálatát – a lakossági felmérésben alkalmazottnak megfelelően – particionáló algoritmus és rangkorreláció alkalmazásával kérdésenként végezzük el.

A szignifikáns kapcsolatok feltárása során csak azokkal az eredményekkel foglalkoztunk, amelyek esetében a kapcsolatszorossági együttható abszolút értéke meghaladta a 0,25-öt, ami legalább egy gyenge közepes kapcsolatnak felel meg.

41. táblázat. A szolgáltatási színvonal mögöttes összefüggései, 2010

	Corr. Coef.	Sig.
k22 A patika szakszemélyzetének száma: szakasszisztens		
k21 A patika szakszemélyzetének száma: gyógyszerész	0,563	0,00
k31 A patikánk egy lánc tagja.		
k1 A patika alapítása	-0,348	0,00
k5 A környékbeli patikák számának változása 2007 óta		
k21 A patika szakszemélyzetének száma: gyógyszerész	-0,300	0,00
k61 Az árbevételben mért forgalom változása		
k1 A patika alapítása	0,344	0,00
k5 A környékbeli patikák számának változása 2007 óta	-0,414	0,00
k62 A készletállomány változása		
k5 A környékbeli patikák számának változása 2007 óta	-0,310	0,00
k61 Az árbevételben mért forgalom változása	0,513	0,00
k65 A szakszemélyzet (gyógyszerész, szakasszisztens) száma		
k5 A környékbeli patikák számának változása 2007 óta	-0,331	0,00
k61 Az árbevételben mért forgalom változása	0,344	0,00
k62 A készletállomány változása	0,405	0,00
k67 A személyzet szakmai felkészültsége		
k66 A személyzet hozzáállása a vevőkhöz	0,405	0,00
k7 A marketing és promóciós eszközök alkalmazása		
k68 A kiegészítő szolgáltatások körének (házhozszállítás, vérnyomásmérés stb.) változása	0,332	0,00
k10 A patika 2009. évi nettó árbevétele (kategóriaváltozó)	0,268	0,00
k8 Melyik állítás igaz az Önök patikájára? (a „készlethiány” gyakorisága)		
k62 A készletállomány változása	-0,255	0,00
k91 Érdemben csökkent a patikánk nem vényköteles gyógyszerekből származó forgalma a patikaliberalizáció óta.		
k5 A környékbeli patikák számának változása 2007 óta	0,269	0,00
k61 Az árbevételben mért forgalom változása	-0,417	0,00
k10 A patika 2009. évi nettó árbevétele (kategóriaváltozó)		
k21 A patika szakszemélyzetének száma: gyógyszerész	0,362	0,00
k22 A patika szakszemélyzetének száma: szakasszisztens	0,470	0,00

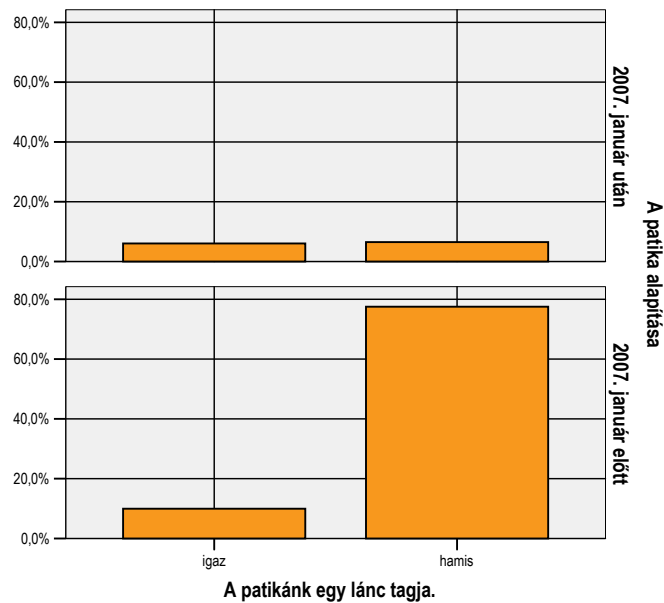
Megjegyzés: Mindkét rangkorrelációs eljárással szignifikáns kapcsolatot mutató változópaárok, amelyekhez rendelt együttható (Correlation Coefficient) a Kendall-féle tau_b értékeit mutatja a hozzá tartozó szignifikancia szinttel.

Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

1. KÉRDÉS (k1 – A patika alapítása: 2007. január előtt. / 2007. január után?)

A patikák lánchoz való tartozása (k1–k31) „nyilvánvaló” összefüggést mutat az alapítás dátumával. A közepes erősségű kapcsolat (Kendall-féle tau_b: -0,348) arra utal, hogy nem csak az újonnan, hanem a korábban alapított gyógyszertárak is patikaláncok tagjaivá váltak.

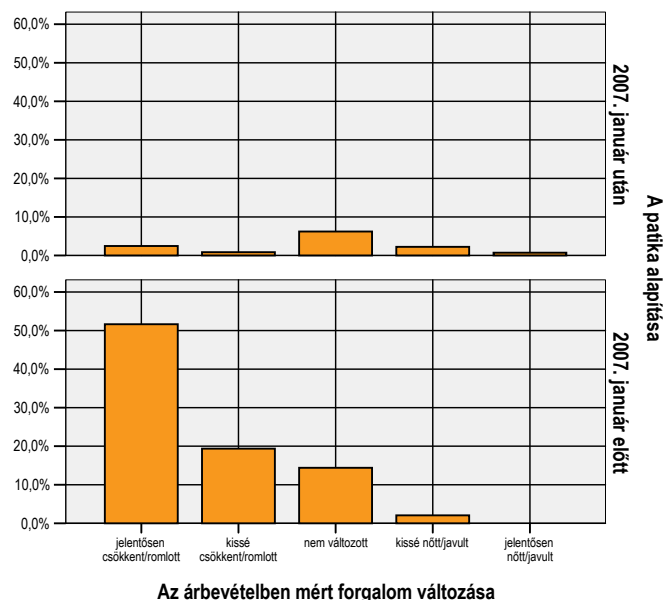
32. ábra. A patika alapítása és a patikalánc-tagság összefüggése, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A liberalizáció óta eltelt 3 évben a verseny hatására – természetesen – mérséklődött a fajlagos (egy patikára jutó) árbevételben mért forgalom nagysága (Kendall-féle τ_{u_b} : 0,344). A 2007 után alapított patikák nyilvánvalóan ott létesültek, ahol azok üzletileg profitábilisabbnak tűntek. Így esetükben kisebb arányban fordult elő, hogy üzletileg nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. A meglévőekre „rátelepült” konkurencia pedig egyértelműen „elszívta” a vásárlók egy részét.

33. ábra. A patika alapítása és az árbevételben mért forgalom változásának összefüggése, 2010



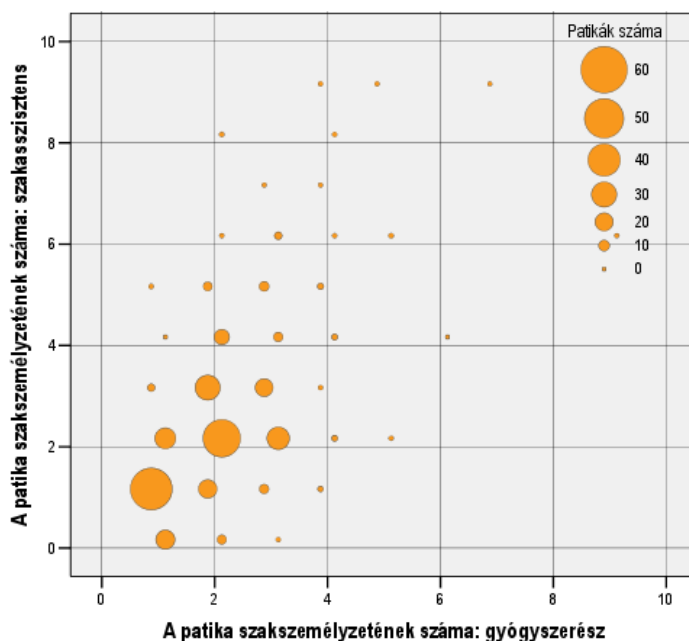
Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A patika alapításának időpontjának (k_1) más mutatóval nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált osztályképző változót erre a kérdésre, tehát sem területi (régió, megye), sem pedig településtípus szerinti – statisztikailag igazolható – különbségek nincsenek a kérdésre adott válaszok tekintetében.

2. **KÉRDÉS** (k2 – A patika szakszemélyzetének száma: gyógyszerész: ...fő, szakasszisztens: ...fő)

A patikák szakszemélyzetének (gyógyszerész és szakasszisztens) patikánkénti arányai közötti kapcsolatra (k21-k22) mutat rá a korrelációs együttható (Kendall-féle τ_b : 0,563). A kisebb patikák nagyobb számossága miatt a leggyakoribb gyógyszerész-szakasszisztens arány az 1-1, 2-2. Átlagosan minden gyógyszerészre jut gyakorlatilag egy (1,13) szakasszisztens.

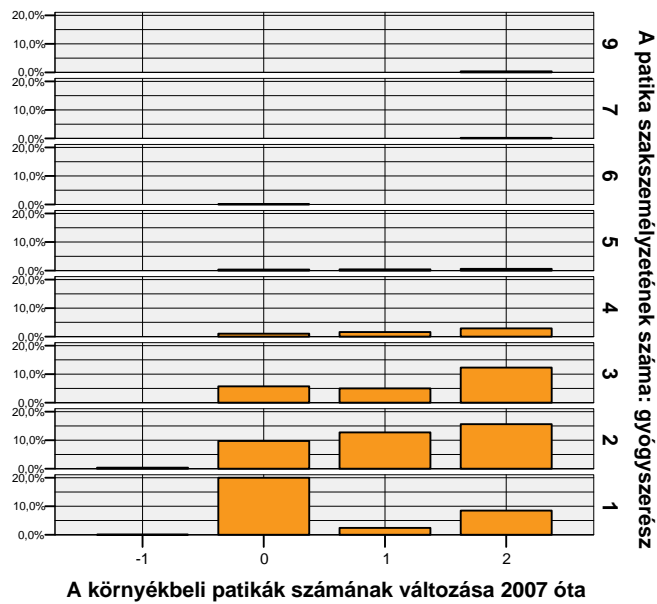
34. ábra. A gyógyszerészek és a szakasszisztensek száma közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A környékbeli patikák és a gyógyszerészek számának változása között (k21-k5) is gyenge közepes erősségű szignifikáns kapcsolat (Kendall-féle τ_b : 0,300) áll fenn. A gyógyszerészek száma gyakorlatilag a patika méretével, az pedig a település nagyságával áll szoros kapcsolatban. Így a pozitív előjelű korrelációs kapcsolat arra az összefüggésre mutat rá, hogy új patika nyitása a nagyobb településeken kedvezőbb üzleti lehetőséget jelentett, azaz ott létesültek nagyobb arányban új gyógyszertárak.

35. ábra. A gyógyszerészek és a környékbeli patikák száma közötti összefüggés, 2010

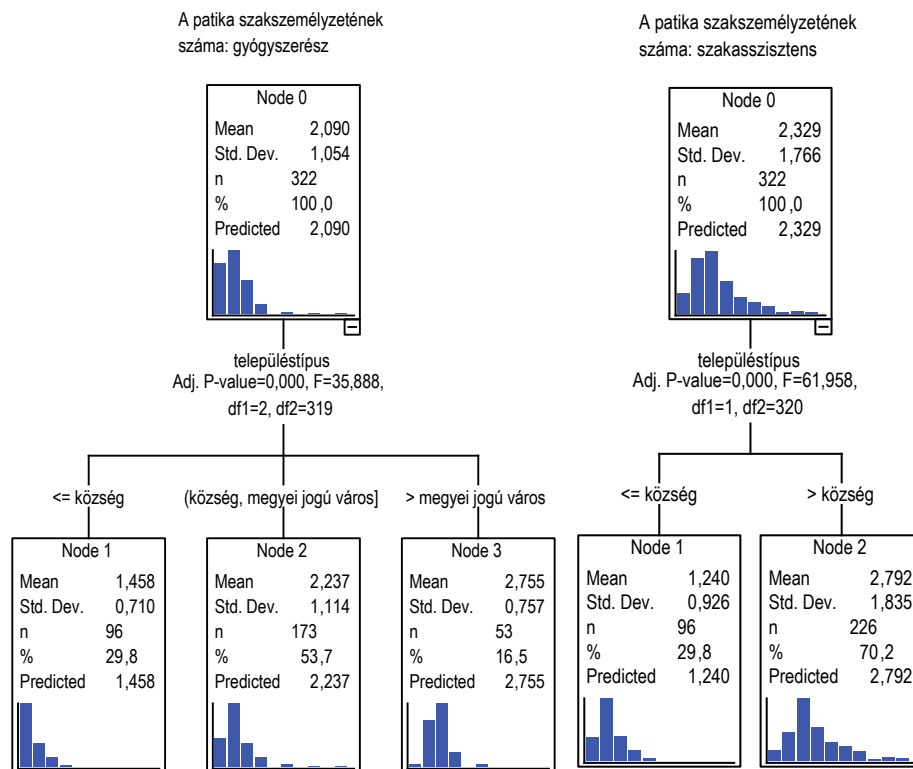


Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A patikák 2009. évi nettó árbevétele (5 kategória) és a szakszemélyzet száma (k10-k21, k10-k22) is közepes erősségű kapcsolatot (Kendall-féle τ_{B} : 0,362 illetve 0,470) mutat egymással. Ez a nyilvánvalónak tűnő kapcsolat azt az intuitív összefüggést is igazolja, hogy a patikák forgalmának növekedése, bővülése – mivel a szakasszisztensek esetében némileg magasabb a korrelációs együttható – nagyobb mértékben vonja maga után a szakasszisztensek számának bővülését, mint a gyógyszerészekét (aminek döntően finanszírozási okai vannak).

A particionáló algoritmus a patikai szakszemélyzet számával területi kapcsolatot nem talált, ellenben településtípusonkénti összefüggést igen. A nagyobb településeken üzemelő gyógyszerkiskereskedelmi egységek jellemzően nagyobbak, így ott több gyógyszerészt is alkalmaznak. A gyógyszerészekre és a szakasszisztensekre adódó klasszifikációs fák némileg azonban különböznek: a gyógyszerészek esetében 3 szignifikánsan különböző csoportra (úgy mint községek; városok és megyei jogú városok; valamint a főváros) bontható a létszám, míg a szakasszisztensek esetében csak a községek / többi település szétválasztás a meghatározó. Azaz a fővárosban a többi (nagy)városhoz képest relatíve alacsonyabb az egy gyógyszerészre jutó szakasszisztensek száma.

36. ábra. A patikák szakszemélyzetének számára ható tényezők, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

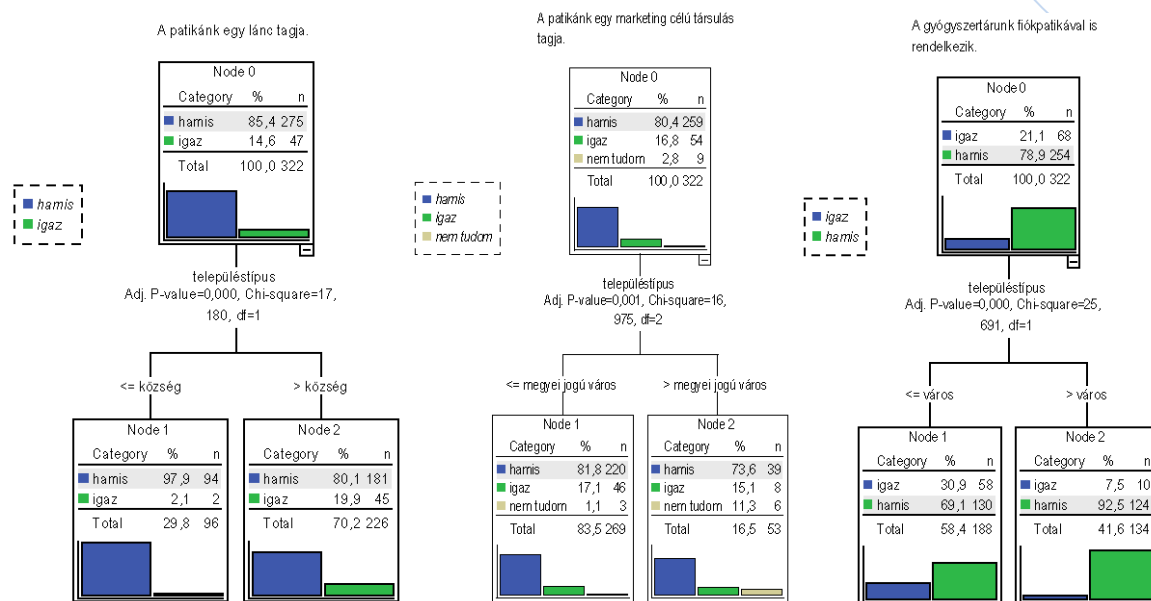
A patikai szakszemélyzet számának (k21 és k22) az előbbieken bemutatottakon felül *más mutatóval nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált területi (régió, megye) osztályképző változót erre a kérdésre.*

3. KÉRDÉS (k3 –A patikánk egy lánc tagja. (igaz/hamis), A patikánk egy marketing célú társulás tagja. (igaz/hamis), A gyógyszertárunk fiókpatikával is rendelkezik. (igaz/hamis))

A patikák (szoros és kevésbé szoros) integrációjának, szervezeti kapcsolatainak (k31, k32, k33) az előzőekben bemutatott összefüggésen (k31-k1 – A patika alapításának dátuma) kívül *más mutatóval nincs szignifikáns kapcsolata.*

A particionáló algoritmus – statisztikailag igazolható – területi (régió, megye) különbséget nem, de településtípus szerinti eltéréseket talált a kérdésre adott válaszok tekintetében. Ez alapján a patikák lánchoz való tartozása község / nem-község, a marketing célú társulások esetében pedig főváros / nem-főváros viszonylatban válik szignifikánsan eltérővé. A fiókpatikával való rendelkezés pedig alapvetően a városi szint mentén választható ketté.

37. ábra. A patikák integrációjára, szervezeti kapcsolataira ható tényezők, 2010



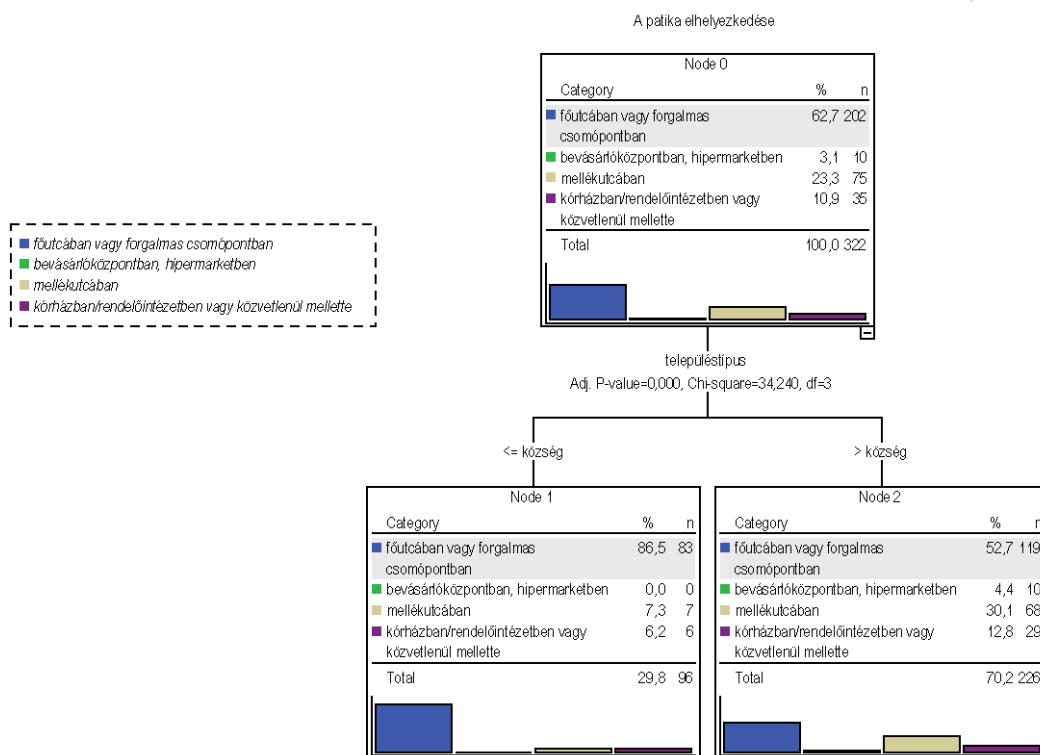
Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A patikalánccok terjeszkedése – amely gyakorlatilag új gyógyszertárak nyitását jelentette – láthatóan nem a kisebb településeken indult meg. A főváros-vidék különbséget mutató marketing célú társulásokba való belépés a verseny erősödésének egy másik következménye, amely elsősorban a költséghatékonyság növelését jelenti azon patikák számára, akik üzleti önállóságukat (vagy létüket) nem kívánják feladni. A fiókpatikák létesítése – azok közelsége miatt – jellemzően a vidéki városi és (nagyobb) községi gyógyszertáraknak éri meg.

4. KÉRDÉS (k4 – A patika elhelyezkedése: főutcában vagy forgalmas csomópontban, mellékutcában, bevásárlóközpontban, hipermarketben, kórházban/rendelőintézetben vagy közvetlenül mellette)

A patikák településen belüli elhelyezkedésének sem függő, sem független változóként nincs meghatározó szerepe a vizsgálatban. A particionáló algoritmus – természetesen – kiemelte a települések méretétől függő elhelyezkedési típusok szerinti különbségeket, ami a községek „mentén” vált a leghangsúlyosabbá.

38. ábra. A patikák elhelyezkedésére ható tényezők, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

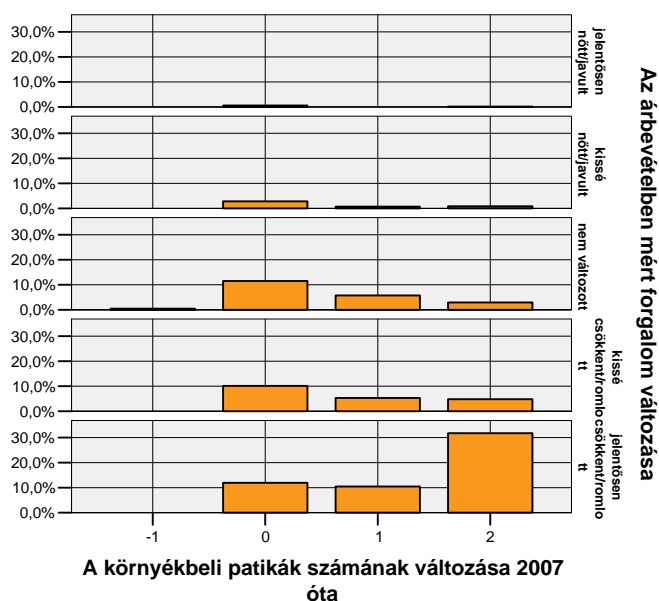
A gyógyszerárak elhelyezkedésének más mutatóval nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált osztályképző változót területi (régió, megye) szerinti – statisztikailag igazolható – különbséget a kérdésre adott válaszok tekintetében.

5. **KÉRDÉS** (k5 – Az elmúlt 3 évben (a liberalizáció óta) hogyan változott a patikák/gyógyszertárak száma az Önök patikája közelében? (több válasz is megjelölhető!) 2 vagy több nyílt; nyílt 1 új; nem változott; 1 bezárt; 2 vagy több bezárt)

A patikák számának változása a gyógyszerészek számának alakulásával való közepes kapcsolatát az előzőekben már bemutattuk. Az árbevételben mért forgalom változása (k61), amelyet egy 5 fokozatú skálán kellett a válaszadóknak értékelniük, a környékbeli patikák számának változásával közepesen szoros, negatív irányú (Kendall-féle τ_b : -0,414) összefüggést mutat.

Ez a nyilvánvalóan tűnő kapcsolat azt az intuitív összefüggést is igazolja, hogy a patikák forgalmának növekedése, bővülése nagyobb mértékben vonja maga után a szakasszisztensek számának bővülését – mivel esetükben némileg magasabb a korrelációs együttható –, mint a gyógyszerészekét (aminek döntően finanszírozási okai vannak).

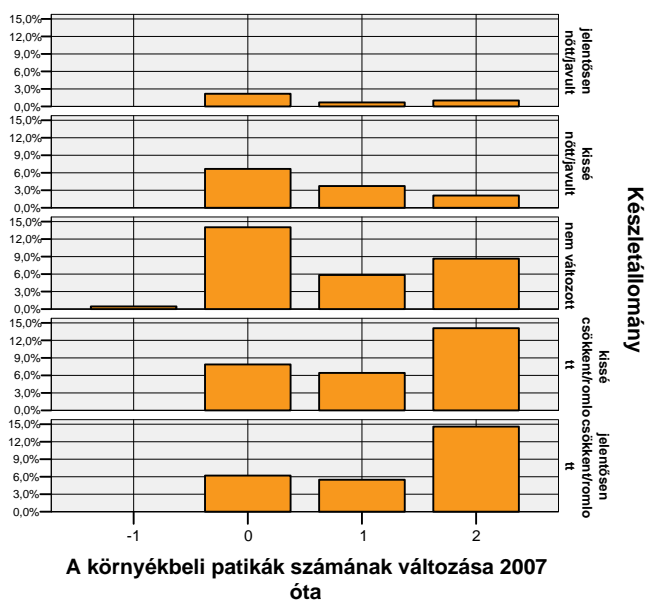
39. ábra. A gyógyszerészek és a környékbeli patikák száma közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A patikák készletállományával (k62) is szignifikáns kapcsolatot mutat a környékbeli gyógyszertárak számának változása (Kendall-féle τ_b : -0,310). A piaci verseny következtében a gyógyszerkiskereskedelmi egységek költségcsökkentésre kényszerültek. A személyi állomány csökkentése, átszervezése mellett a készletállomány optimalizációja is szükségessé vált. A válaszok megoszlása egyértelműen mutatja, hogy a verseny erősödésével (a konkurencia számának emelkedése) egyre nőtt azon patikák aránya, amelyek – költségta­karékossági okokból – jelentősebb mértékű készletcsökkenésre kényszerültek.

40. ábra. A készletállomány és a környékbeli patikák száma közötti összefüggés, 2010

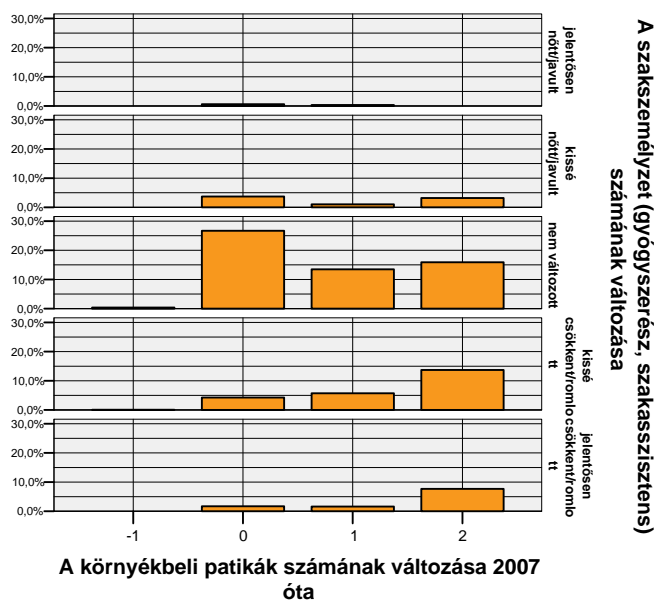


Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A liberalizáció nyomán bekövetkezett változások a gyógyszertárak működését is jelentősen átalakította. Az általános költségcsökkentési kényszer a szakszemélyzet számának csökkenését is

érintette. A felmérés azon kérdésére, hogy történt-e változás a szakszemélyzet számában az elmúlt 3 év során, adott válaszok a piaci verseny intenzívvé válásával negatív irányú, közepes kapcsolatot mutatnak (Kendall-féle τ_b : -0,331). Azaz minél több konkurens patika létesült a környékén, annál nagyobb mértékben csökkentette szakszemélyzetének számát az adott gyógyszertár.

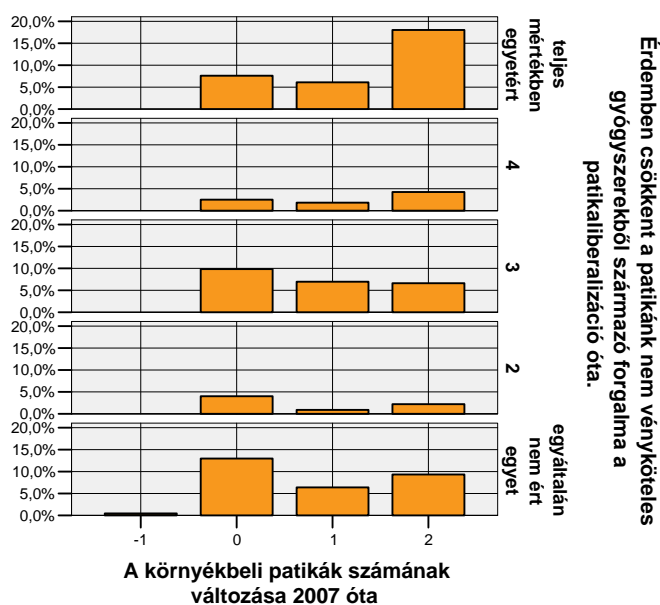
41. ábra. A szakszemélyzet és a környékbeli patikák száma közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A két költségoldali tényezőt követően a bevételi oldalt kedvezőtlenül érintő versenyipiaci hatás a nem vényköteles gyógyszerekből származó forgalom érdemi csökkenése. A kapcsolat ugyanakkor gyenge (Kendall-féle τ_b : 0,269), de szignifikáns. Azaz az adott gyógyszertár környékén minél több konkurens patika létesült, annál nagyobb arányban válaszolták a patikák, hogy érdemben csökkent a nem vényköteles termékekből származó forgalmuk.

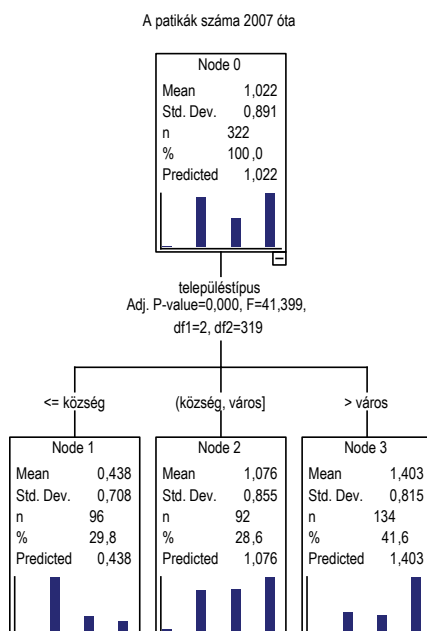
42. ábra. A nem vényköteles gyógyszerek forgalma és a környékbeli patikák száma közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

Az előzőekben a patikák számának változása, a verseny erősödése és a települések méretei közötti feltételezett összefüggéseket erősíti a településtípus szerinti bontás. A települések lakosság számának növekedésével a válaszadó patikák által tapasztalt erősödő konkurencia (környékbeli patikák számának emelkedése) közötti összefüggés szignifikáns.

43. ábra. A patikák számának változása és településméret szerinti különbségei, 2010



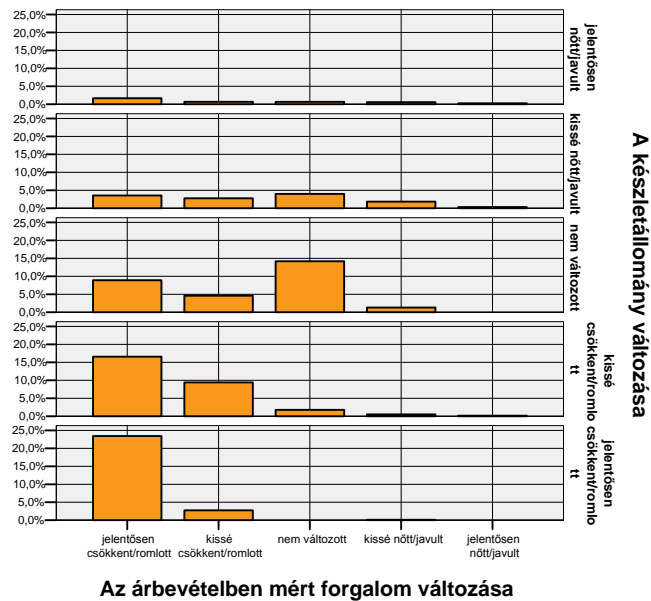
Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A patikák számának változása más mutatóval nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált terület (régió, megye) szerinti – statisztikailag igazolható – különbséget a kérdésre adott válaszok tekintetében.

6. **KÉRDÉS** (k6 – Kérjük, értékelje egy 5 fokozatú skálán, hogy történt-e változás az Ön patikájában az elmúlt három évben az alábbi tényezők kapcsán: árbevételben mért forgalom; készletállomány; nyitvatartási idő; vásárlók sorban-állásának ideje; szakszemélyzet száma; személyzet hozzáállása a vevőkhöz; személyzet szakmai felkészültsége; kiegészítő szolgáltatások köre)

A kérdéscsoportba tartozó árbevétel (k61) és készletállomány (k62) változásának más mutatókkal (k1 - A patika alapításának időpontja; k5 - A környékbeli patikák számának változása 2007 óta) való kapcsolatát már bemutattuk. A gyógyszer-kiskereskedelmi egységek gazdálkodásával összefüggő mindkét mutató az elmúlt 3 év piaci viszonyainak változását tükrözi, amelyekre a verseny erősödése összességében negatív (csökkenő) hatással volt. A két mutató így egymással közepesen szoros, pozitív irányú (Kendall-féle τ_{B} : 0,513) összefüggést mutat. Az összefüggés jól követhető a következő ábrán is: a készletállomány javulásával párhuzamosan egyre inkább növekszik az árbevétel változását már nem negatívan „megelő” válaszadók aránya.

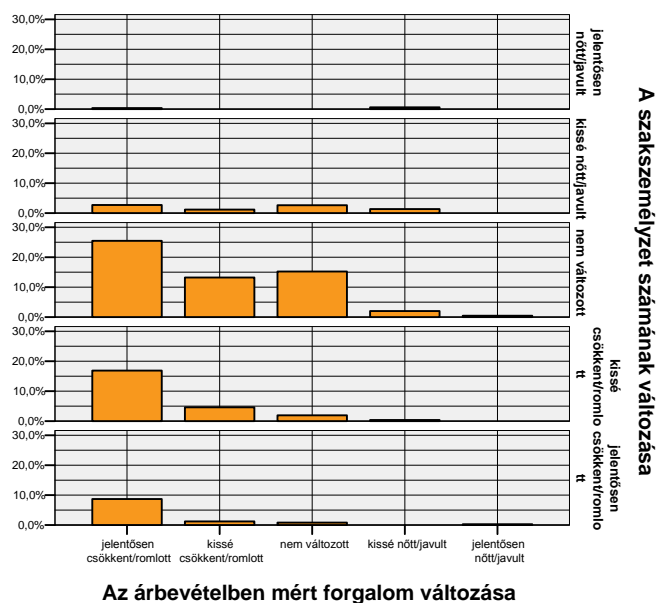
44. ábra. Az árbevételben mért forgalom és a készletállomány közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

Hasonló, de gyengébb összefüggést mutat az árbevétel és a szakszemélyzet számának változását mérő korrelációs mutató (Kendall-féle tau_b: 0,344). A kapcsolat értelmezését kissé árnyalja, hogy az új patikák alapításával jelentősen növekedett a gyógyszer-kiskereskedelemben dolgozó szakszemélyzet száma, ugyanakkor a kérdésfeltevés formája miatt ez a változás nem szerepel – vagy csak nagyon kis mértékben (téves értelmezés révén) – a válaszokban. Erre utal, hogy a liberalizáció óta az erősödő verseny hatására – kisebb-nagyobb mértékben – a patikák többsége költségcsökkentő lépéseket volt kénytelen megtenni, amelynek része volt az alkalmazotti létszám csökkentése is.

45. ábra. Az árbevételben mért forgalom és a szakszemélyzet számának változása közötti összefüggés, 2010

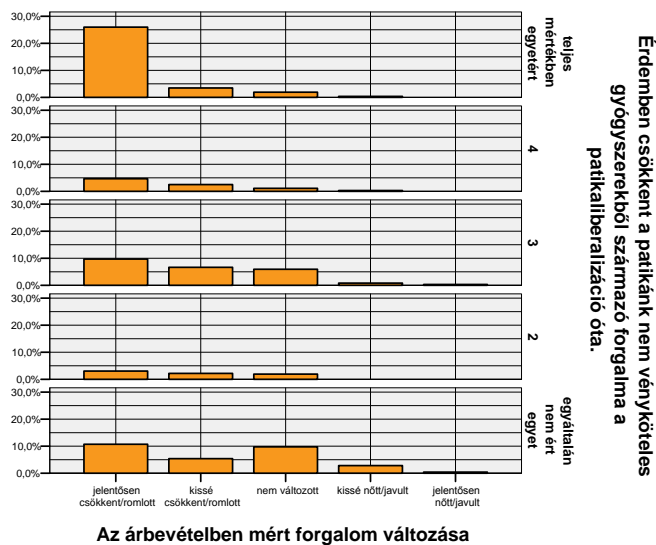


Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

Az árbevételben mért teljes és a nem vényköteles gyógyszerekből származó forgalom változása közötti kapcsolat (Kendall-féle tau_b: -0,417), az utóbbi negatív tartalmú állítása miatt, azt mutatja, hogy

jellemzően mind a tényköteles, mind pedig a nem vényköteles termékkört hasonlóan (negatívan) érintett a liberalizáció.

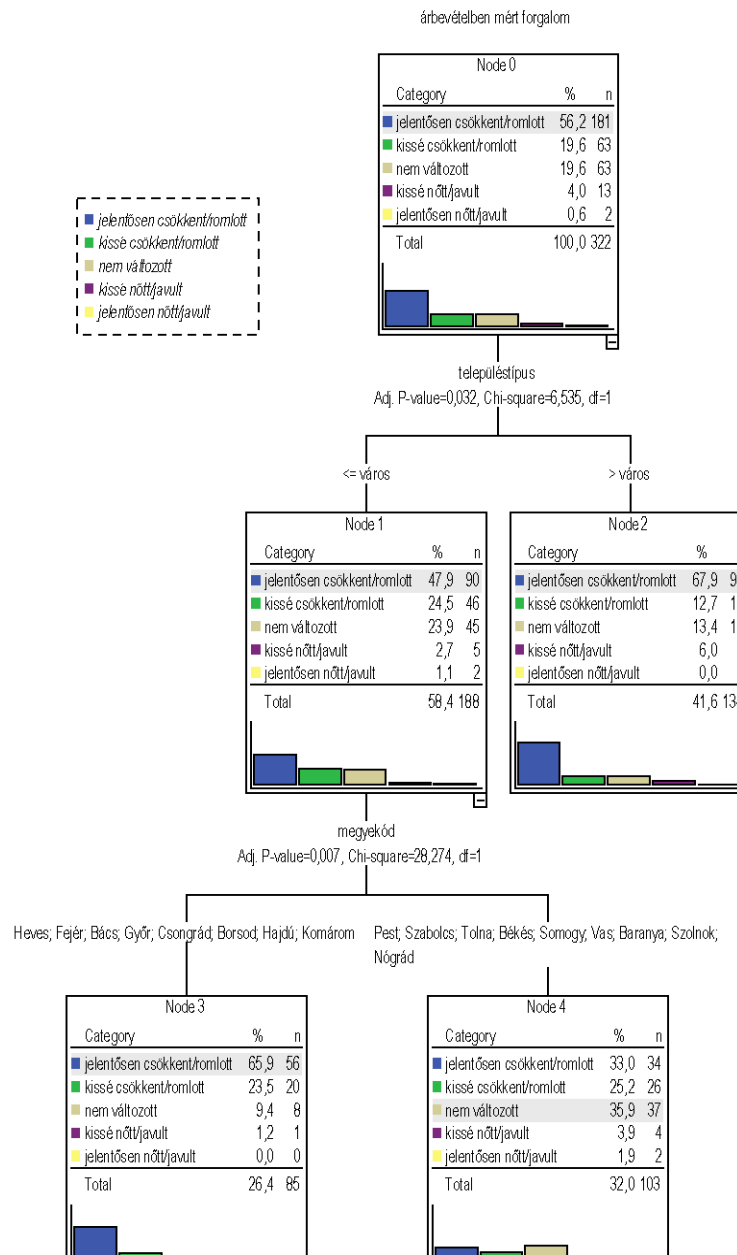
46. ábra. Az árbevételben mért teljes és a nem vényköteles gyógyszerekből származó forgalom változása közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

Az egyes patikák esetében az árbevételben mért forgalom csökkenését több előző összefüggés is igazolta, amit szintén megerősít a particionáló algoritmus eredménye is. A verseny eddig egyértelmű szintereként megjelölhető városok és azoknál magasabb települési kategóriák mellett területi alapú eltérésekre is utal a szétválasztás. Az árbevétel változásának tekintetében a községek és a városok között nincs szignifikáns különbség, ugyanakkor a megyék esetében már van. Ez alapján a megyék két nagy, közel azonos számú csoportba kerülnek. A Node 3 csoport válaszainak megoszlása alapján az ide tartozó – jellemzően kisebb – patikák kb. hasonló, vagy még erősebb árbevétel-csökkenést szenvedtek el, mint a megyei jogú városok, illetve a főváros tartalmazó Node 2 csoport patikái.

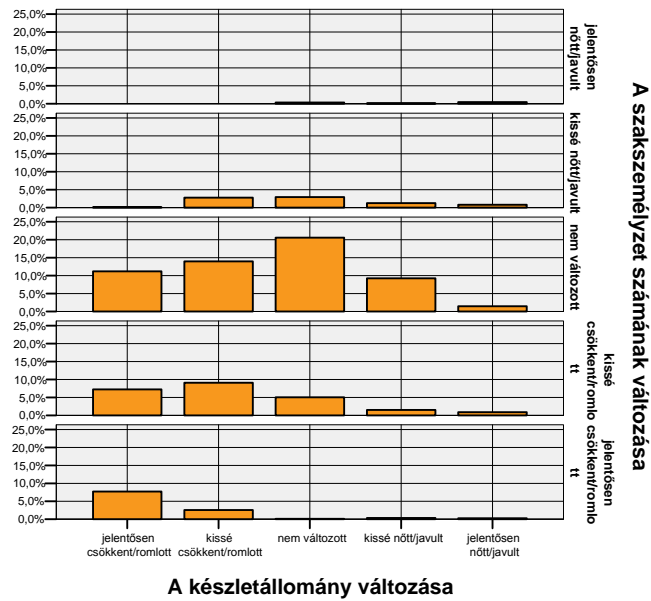
47. ábra. A patikák árbevételben mért forgalmának változása és területi és településméret szerinti különbségei, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

Az árbevétel és a készletállomány között létező összefüggések révén a szakszemélyzet és a készletállomány között is adódik egy szignifikáns, közepesen erős (Kendall-féle τ_b : 0,405) egyirányú kapcsolat. Ugyanazt a következtetést vonhatjuk le e két mutató kapcsán is: a gyógyszer-kiskereskedelemben a szereplők számának növekedése a kínálati oldalon a fajlagos (egy patikára jutó) forgalmat csökkentette, ezzel csökkent az árbevétel, ami maga után vonta a költségcsökkentő lépéseket: elsősorban a készletek, majd pedig a foglalkoztatottak számának csökkenését.

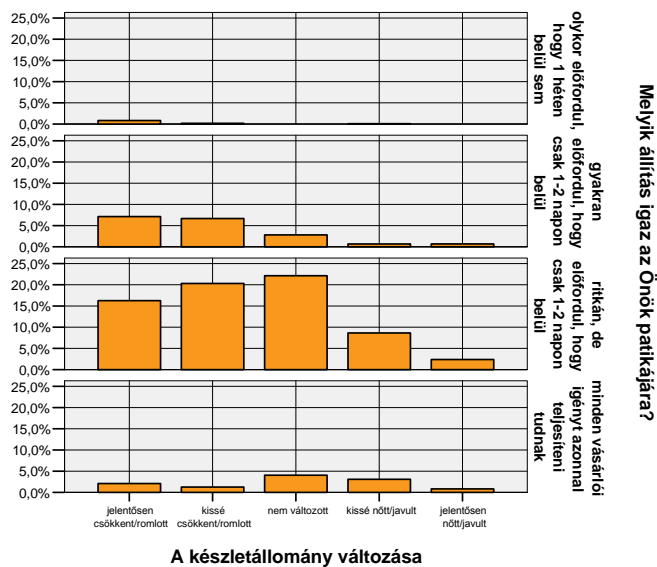
48. ábra. A készletállomány és a szakszemélyzet számának változása közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A készletállomány és a „készlethiány” között gyenge, negatív (Kendall-féle τ_b : -0,255) kapcsolat rangkorreláció áll fenn. Azaz a készletállomány csökkenése kis mértékben, de összefügg a szolgáltatási színvonal egyik tényezőjének romlásával, azzal, hogy a vásárlót nem képesek azonnal kiszolgálni az általa kért termékből. Az ábra adatai alapján 5-ből 4 patika esetében, ha előfordul is, csak ritkán, hogy nem tudják azonnal kiszolgálni a vevőket. A válaszadók összesen 40%-a olyan patika, aki ezt a – legfeljebb ritkán előforduló – hiányt csökkenő, vagy jelentősen csökkenő készletállomány mellett tudta tartani az elmúlt 3 év során.

49. ábra. A készletállomány és a „készlethiány” közötti összefüggés, 2010

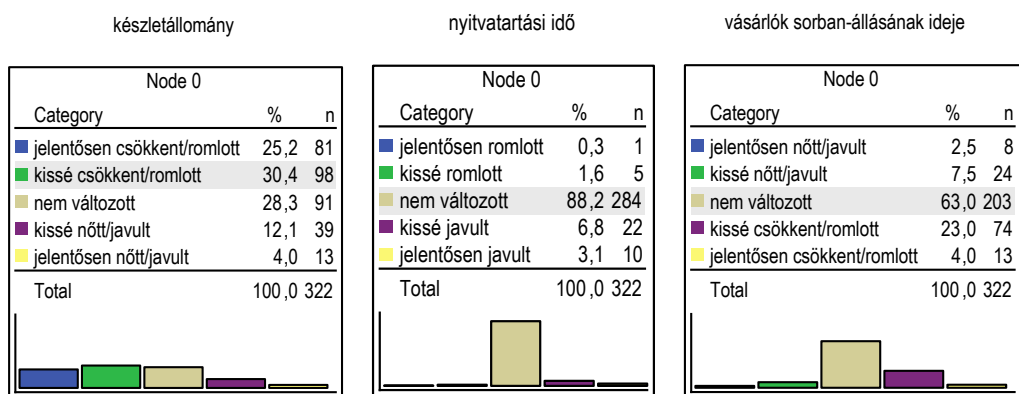


Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A készletállomány a patikák többségénél (55,6%) csökkent, 28,3%-uk esetében nem változott, legkisebb arányban, csak minden hatodiknál emelkedett az elmúlt 3 év során. A készletállomány változásában nincs szignifikáns területi vagy településméret szerinti eltérés.

Ugyanez igaz a kérdéskör további két mutatójára is. A particionáló algoritmus sem a nyitvatartási idő, sem a vásárlók sorban-állásának ideje esetében nem talált érdemi különbséget a kérdésre adott válaszok tekintetében.

50. ábra. A készletállomány, a nyitvatartási idő és a vásárlók sorban-állásának ideje, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

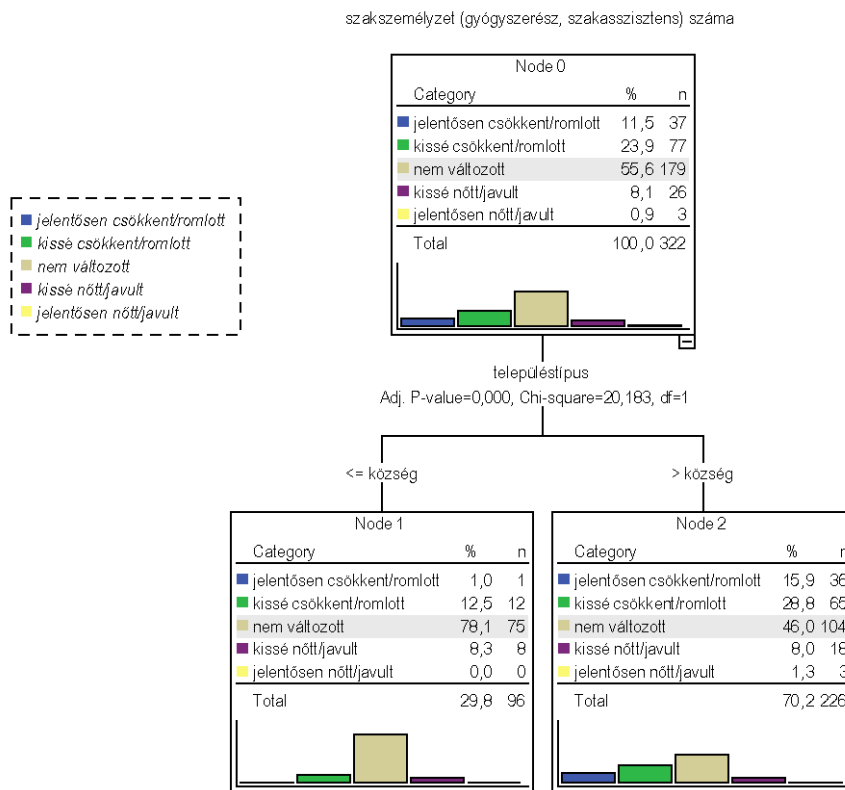
Mind a nyitvatartási idő, mind pedig a vásárlók sorban-állásának ideje tekintetében a patikák által megadott és a lakosság által érzékelt „valóság” között markáns különbségek láthatóak. Míg a lakosság esetében egyértelmű javulás látszik mindkét mutató esetében (19. ábra és 21. ábra) és megoszlásukban egyértelmű területi és településtípus szerinti eltérések mutatkoznak, addig a patikák magukról nagy arányban változatlanyságot állítanak. Az eltérés részben abból fakadhat, hogy a nagyobb településeken működő nagyobb patikák esetében (erre az összefüggésre a korábbiakban már rámutattunk), ahol a verseny hatására a szolgáltatási színvonal javulása a legerőteljesebb volt (40. táblázat) szélesebb vásárlói körrel rendelkezik, így többen érzékelhették a nyitvatartási idő emelkedését. Másrészt a lakossági válaszokban a nyitvatartási idő kedvezőbbé válása – nem csak a hosszabb nyitva tartás – is szerepelhet.

A vásárlók sorban-állásának ideje is kedvezőbben alakult a lakosság megítélése szerint, mint ahogy a patikák azt magukról állítják. Bár a különbségek kevésbé jelentősek, mint a nyitva tartás esetében, a patikák szerint a sorban állás ideje összességében kisebb mértékben javult, mint ahogy azt a lakosság érzékeli. A lakossági megítélés esetében a liberalizáció révén megnövekedett gyógyszer-kiskereskedelmi egységek száma – önmagában – átlagosan rövidülő sorbanállást eredményez, ugyanakkor pl. az újonnan nyitott patikák esetében ennek a változásnak a hatása nincs benne a válaszokban.

Az előző három mutatónak más változóval nincs szignifikáns kapcsolata, és a particionáló algoritmus sem talált települési méret, vagy terület (régión, megye) szerinti – statisztikailag igazolható – különbséget a kérdésekre adott válaszok tekintetében.

A szakszemélyzet számának változása és a településméret közötti kapcsolatot teszi láthatóvá a particionáló algoritmus a következő klasszifikációs fán. Az előzőekben már többször utalt településméret és a verseny „színterei” közötti kapcsolat ebben az esetben is megmutatkozik. A szakszemélyzet csökkenése a városi szint és a feletti településméret esetében volt szignifikánsan magasabb annál, amint ami a községek esetében bekövetkezett.

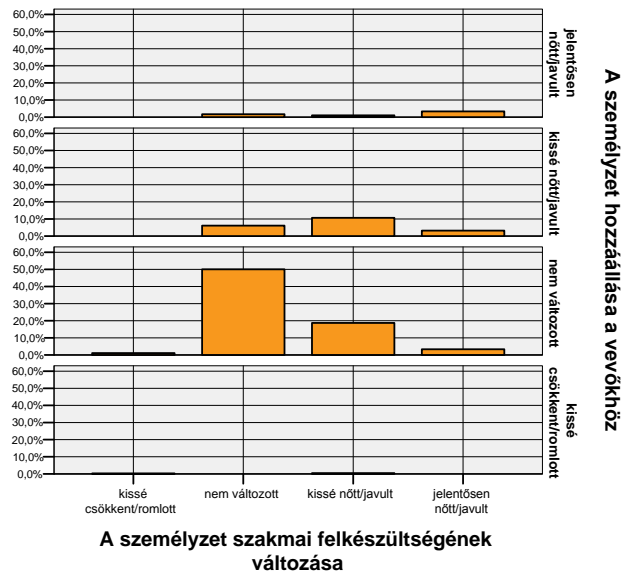
51. ábra. A szak személyzet számának változása és területi és településméret szerinti különbségei, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A patikák saját maguk szakmai és „üzleti” (vásárlókkal szembeni) megítélése alapján összességében is inkább javult a vevők kiszolgálása az elmúlt 3 évben, és egyik patika sem állította magáról, hogy a két mutató közül bármelyik is jelentősen romlott volna. A szak személyzet hozzáállása a vevőkhöz és szakmai felkészültségüknek változása (k66-k67) között a rangkorreláció (Kendall-féle tau_b: 0,405) közepesen erős pozitív irányú kapcsolatot mutat. A lakossági válaszokkal összevetve (15. ábra és 17. ábra) – ahol mindkét esetben 60% feletti a javulást „tapasztaló” vásárlók aránya – a patikusok „jócskán” alulértékelték magukat mindkét mutató esetében.

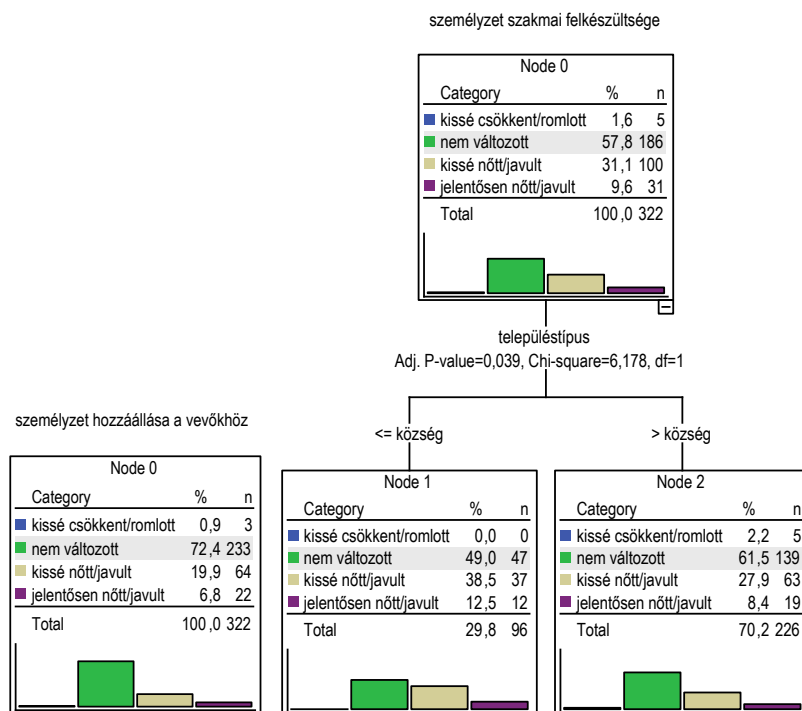
52. ábra. A személyzet szakmai felkészültsége és a vevőkhöz való hozzáállása közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A szakmai felkészültség és a személyzet hozzáállása a vevőkhöz mutatók esetében nem figyelhető meg az az erős területi és településméret szerinti tagozódás, mint amit a lakossági válaszok eredményeztek. A személyzet vásárlókhöz való hozzáállása semmilyen különbséget nem mutat sem területi, sem településtípus alapján, ugyanakkor a szakmai felkészültség tekintetében a község – nem-község eltérések szignifikánsak. A patikák saját értékelése szerint a javulás nagyobb mértékű volt a községekben, mint a többi településtípus körében.

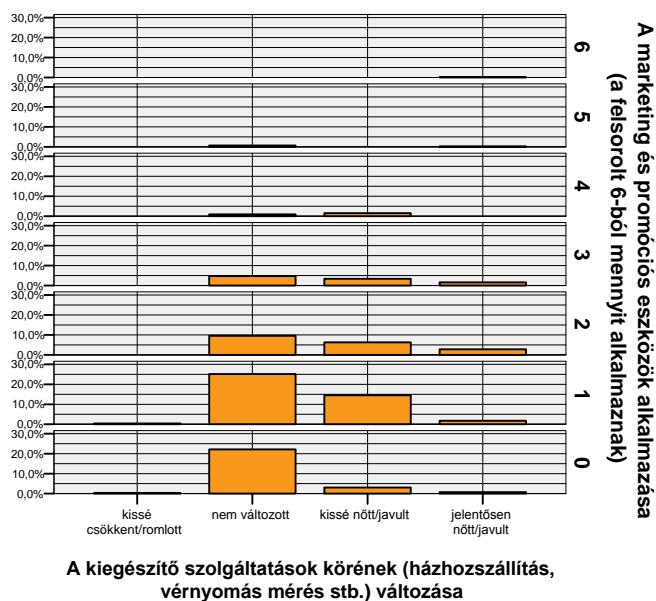
53. ábra. A személyzet szakmai felkészültsége és hozzáállása a vevőkhöz és területi, településméret szerinti különbségei, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A szolgáltatási színvonal egy másik tényezője a kiegészítő szolgáltatások köre, amely – a válaszok alapján – többségében (64,3%) az elmúlt 3 év során nem változott, ugyanakkor a patikák mintegy harmadában bővült. A marketing és promóciós eszközök enyhe közepes, pozitív irányú kapcsolata (Kendall-féle τ_b : 0,332) a kiegészítő szolgáltatásokkal nem meglepő. A verseny hatására a patikai szolgáltatások kisebb-nagyobb mértékű bővítésével együttjárt a különböző marketing és promóciós eszközök alkalmazása is.

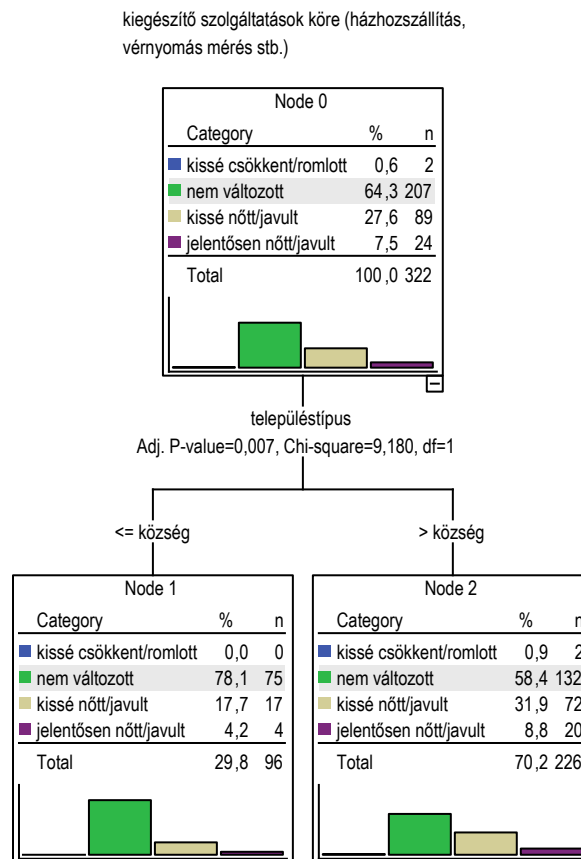
54. ábra. A kiegészítő szolgáltatások köre valamint a marketing és promóciós eszközök alkalmazása közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A klasszifikációs fa szignifikáns területi különbségeket nem jelez a kiegészítő szolgáltatások nyújtásában. A település mérete alapján azonban (ismét) látható a község – nem-község „határvonal” mentén szétválasztható patikai kör. A nagyobb települések esetében a piaci verseny kínálati oldali eszköztárába bekerülnek a különféle plusz szolgáltatások (vérnyomás-mérés, házhozszállítás stb.), amit, még ha nem is használnak nagy arányban a vásárlók, jelzi, hogy a patika az ilyen – szűkebb – vevői kör igényeit is kész kiszolgálni.

55. ábra. A kiegészítő szolgáltatások köre és területi, településméret szerinti különbségei, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

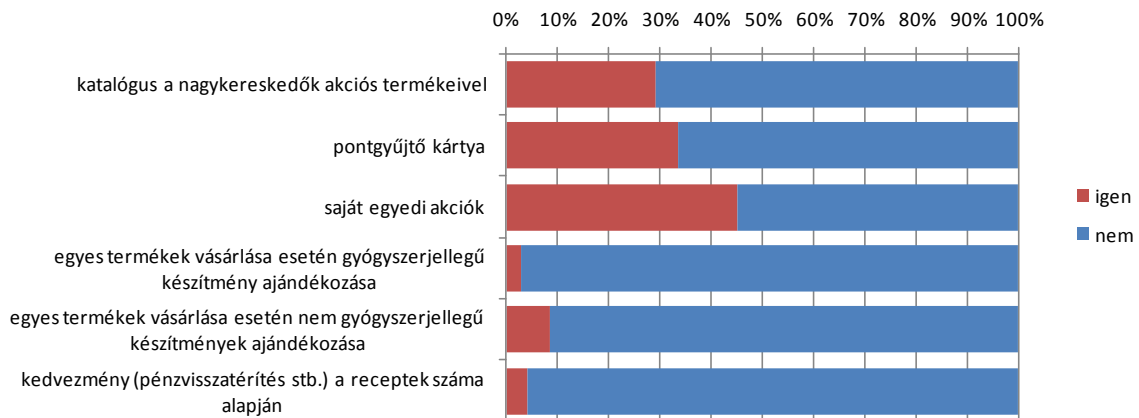
7. **KÉRDÉS** (k7 –Milyen – a liberalizáció előtt nem alkalmazott – marketingtevékenységet végeznek jelenleg: katalógus a nagykereskedők akciós termékeivel, pontgyűjtő kártya, saját egyedi akciók, egyes termékek vásárlása esetén gyógyszerjellegű készítmény ajándékozása, egyes termékek vásárlása esetén nem gyógyszerjellegű készítmények ajándékozása, kedvezmény (pénzvisszatérítés stb.) a receptek száma alapján)

A patikák által alkalmazott marketing és promóciós eszközök közül a leggyakoribb – az esetek mintegy 45%-ában – a saját egyedi akciók alkalmazása. Népszerű még ezen felül a pontgyűjtő kártyák használata, amely költségesebb megoldás, de a vásárlókat hosszabb távon képes az adott gyógyszer-kiskereskedelmi egység ügyfeleként megtartani. A nagykereskedők akciós termékeinek katalógusai akkor tekinthetők hatékony marketing eszköznek, ha a patika a kedvezményeket a végfelhasználói árban is teljes mértékben érvényesíteni tudja, illetve ha ezen felül az adott termékre még saját egyedi akciót is fel tud kínálni.

Meglehetősen ritkán élnek a patikák termékkapcsolással, a vásárolt termékekhez ingyenes termékek ajándékozásával. Ennek a típusú marketing megoldásnak láthatóan kisebb hatékonyságot tulajdonítanak, és/vagy jórészt a nagykereskedő által biztosított akciók részeként erre csak alacsony arányban nyílik lehetőségük.

A receptek száma alapján nyújtott pénzvisszatérítés szintén egy ritkán alkalmazott kedvezmény-nyújtási forma, ami – vizsgálataink alapján – nem mutat sem területi, sem településméret szerinti különbségeket a gyógyszertárak között.

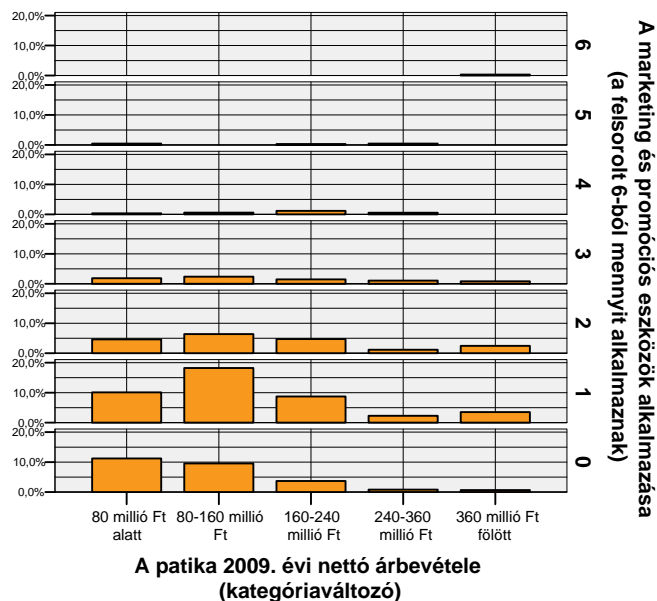
56. ábra. A marketing és promóciós eszközök alkalmazása, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

A marketing és promóciós eszközök gyenge pozitív kapcsolata (Kendall-féle τ_b : 0,268) a nettó árbevétel mutatójával arra utal, hogy nem csak – az erősebb versenykörnyezetben működő – nagyobb gyógyszerárak élnek az „akciózás” (árkedvezmény, árukapcsolás, rabat stb.) lehetőségével, hanem a kisebbek is. Ez jórészt az előbbieken bemutatott magas arányú nagykereskedelmi akciók átvételével függ össze. Ugyanakkor a két mutató közötti egyirányú szignifikáns kapcsolat a nagyobb árbevételű patikák esetében a marketing és promóciós eszközök némileg szélesebb körű alkalmazására utal.

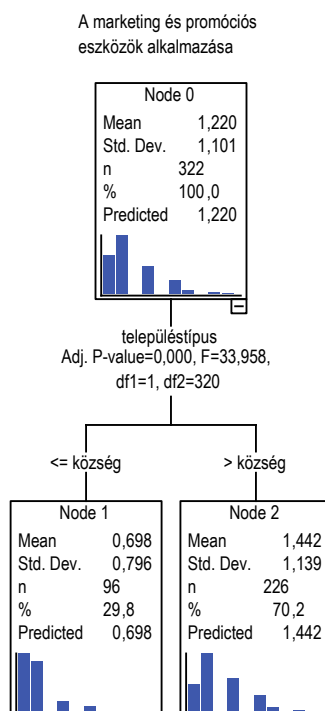
57. ábra. A patika nettó árbevétele valamint a marketing és promóciós eszközök alkalmazása közötti összefüggés, 2010



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

Ezt a következtetést erősíti a particionáló algoritmus által feltárt településméret szerinti különbözőség is. A községek szintje ismét egy erős szétválaszthatóságot mutat. A községeken működő patikák – a konkurencia hiányában továbbra is – általában kevésbé vannak rászorulva a marketingeszközök szélesebb körű alkalmazására. Az ábrán az is látható, hogy a községi patikák többségükben semmilyen kedvezményt, akciót nem nyújtanak, a relatív magas szórás ugyanakkor a községeken belüli jelentős különbségekre (kiugró egyedi értékekre) utal.

58. ábra. A marketing és promóciós eszközök alkalmazása és területi és településméret szerinti különbségei, 2010

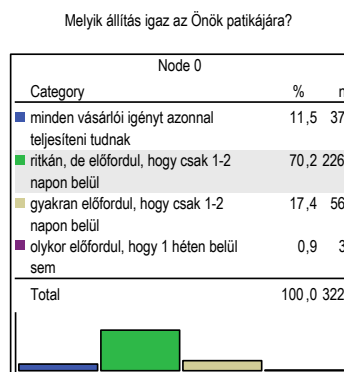


Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

8. **KÉRDÉS** (k8 – Kérem, jelölje meg, hogy melyik állítás igaz az Önök patikájára: minden vásárlói igényt azonnal teljesíteni tudnak; ritkán, de előfordul, hogy csak 1-2 napon belül tudják teljesíteni a vásárlói igényeket; gyakran előfordul, hogy csak 1-2 napon belül tudják teljesíteni a vásárlói igényeket; olykor előfordul, hogy az adott vásárlói igényt 1 héten belül sem tudják teljesíteni.)

A készletállomány és a készlethiány (49. ábra) gyenge kötődésén túl a vásárlók „zökkenőmentes” kiszolgálásának más mutatóval nincs meghatározó kapcsolata. A patikák elemi érdeke, hogy ilyen probléma a lehető legkisebb arányban forduljon elő, függetlenül területi elhelyezkedésre, vagy méretre. A particionáló algoritmus nem is talált szignifikáns kapcsolatot egyik szempont szerint sem.

59. ábra. A „készlethiány” gyakorisága, 2010

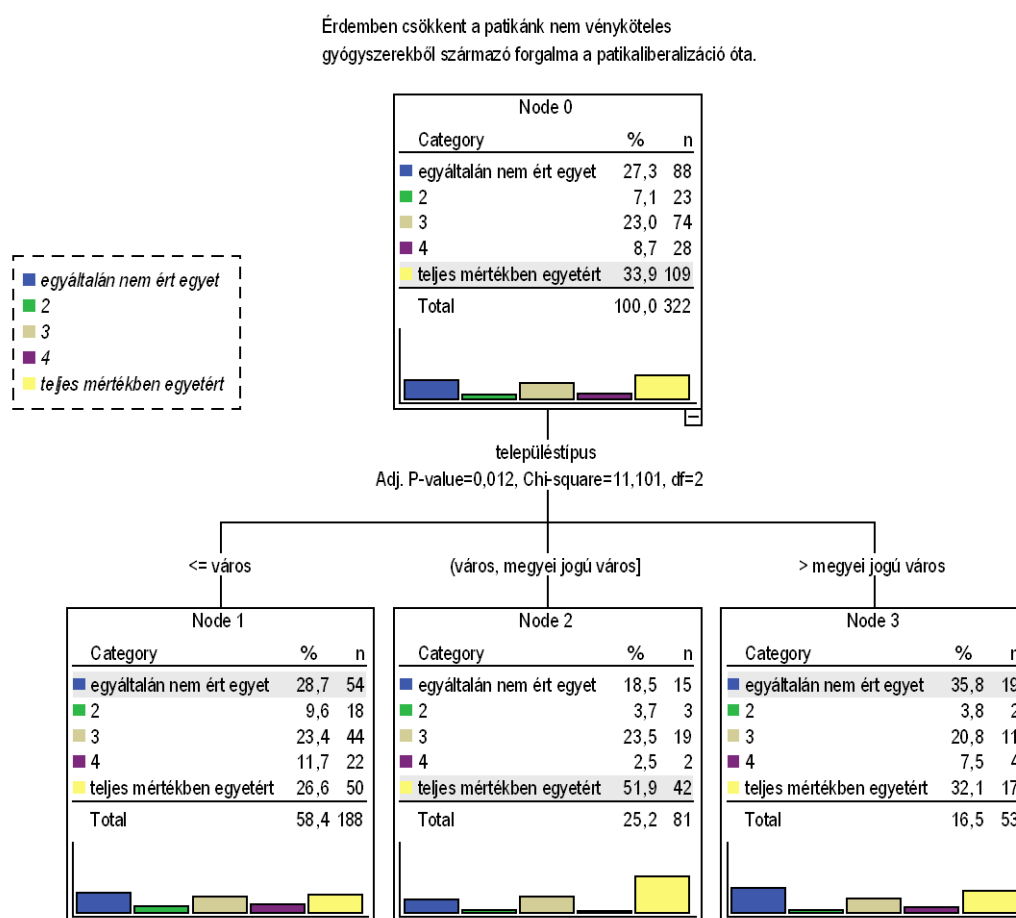


Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

9. **KÉRDÉS** (k9 – A következő állításokkal kapcsolatban, kérjük, jelölje véleményét egy 5 fokozatú skálán (ahol 1 egyáltalán nem ért egyet, 5 teljes mértékben egyetért)! Érdemben csökkent a patikánk nem vényköteles gyógyszerekből származó forgalma a patikaliberalizáció óta. Erős árverseny alakult ki a nem vényköteles gyógyszerek esetében a patikaliberalizáció óta.)

A nem vényköteles gyógyszerek esetében – a verseny hatásaként bekövetkező – fajlagos, azaz az egyes patikákra vonatkozó forgalomcsökkenés leginkább a megyei jogú városokban volt érezhető. A többi településtípus esetében a negatív és pozitív megítélések kb. azonos súlyt képviseltek. A intenzív verseny szintereként korábban azonosított nagyobb városok, megyeszékhelyek láthatóan ezen a téren is különböznek a többi településtípustól. Szignifikáns területi különbséget e mutató tekintetében nem lehet kimutatni.

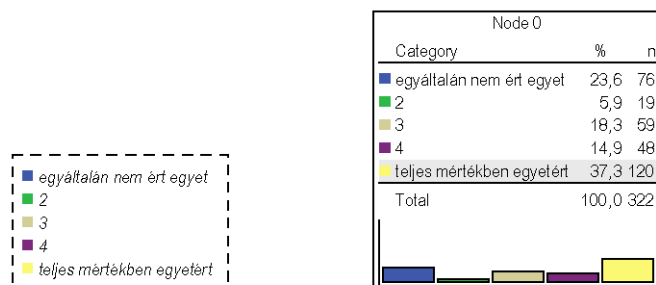
60. ábra. A nem vényköteles gyógyszerek forgalma, 2010



Ugyanebben a termékkategóriában az árverseny megítélése már nem mutat településméret szerinti különbségeket, ami arra utal, hogy a forgalom csökkenése inkább a volumen csökkenése miatt következett be, ami pedig a patikák számának a lokális keresletet meghaladó bővülésének következménye.

61. ábra. A nem vényköteles gyógyszerek árversenye, 2010

Erős árverseny alakult ki a nem vényköteles gyógyszerek esetében a patikaliberalizáció óta.



Forrás: GKI (patikai felmérés, 2010. szeptember)

4.4 A mélyinterjúk tapasztalatai

A gyógyszer-gazdaságossági törvény hatályba lépését követő három év strukturális és minőségi változásait több módszer mellett személyes mélyinterjúzás keretében is felmértük. Összesen **10 független patika vezetőjével, 3 patikalánc, marketingtársulás képviselőjével, valamint egy gyógyszer nagykereskedővel készítettünk interjút.** E fejezet a mélyinterjúk legfontosabb megállapításait tartalmazza. Az interjúk teljes szövege jelen tanulmány függelékében található.

A gyógyszertár privatizáció egyidős a rendszerváltással, az 1994-ben hozott, állami gyógyszertárak privatizációjáról rendelkező törvény adta meg ehhez a jogszabályi hátteret. Ekkor országosan 2300 gyógyszertár került két év alatt magánkézbe. Az akkor lepusztultnak ítélt gyógyszertárhálózat fejlesztésére rendkívül kedvező kondíciók mellett volt lehetőség hitelt felvenni. Gyógyszertári vállalkozás működtetése az 1994-et követő tíz évben még vonzó üzletnek bizonyult, mára azonban **a rendszer szereplői egy folyamatosan zsugorodó tortából egyre kisebb szeletet képesek kihalászni. A verseny jelen formája az interjúalanyok többsége szerint nem oldja meg a gyógyszer-kiskereskedelem problémáit.**

A 2007-ben megkezdődött gyógyszerpiaci liberalizáció a mai napig a viták keresztjében áll. **A gyógyszer-gazdaságossági törvény 2007-es hatályba lépése** bárki számára lehetőséget biztosított a patikanyitáshoz. A törvény hatályba lépését követően számos kisebb-nagyobb csoport próbált szerencsét a gyógyszer-kiskereskedelemben, egyesek hálózat építésbe is belefogtak. Számos olyan gazdaságilag instabil patikalánc is létrejött, mely rövid úton csődbe jutott. Jelenleg is működnek olyan láncok, illetve magánpatikák, melyek a csőd szélén egyensúlyoznak. Természetesen a patikák csődje nehéz helyzetbe hozta a finanszírozó nagykereskedőket is, melyek választhattak, hogy vagy hagyják csődbe jutni a patikákat, vagy megfinanszírozzák adósságukat, s új működtetőre bízzák őket.

A szabad patika-alapítás következtében **2007-hez képest az interjúalanyok becslése szerint jelenleg összességében 400-500-zal több gyógyszertár működik.** Mindemellett éppen a törvény következményeként a piac mérete csökkent, a patikai árréstömeg azonban még **2009-ben sem haladta meg a 2006-os szintet.**

A már 2007 előtt is működő patikák is **hosszabb nyitvatartási időt voltak kénytelenek bevezetni, növelték a patikában forgalmazott termékek körét,** illetve az újonnan nyitott gyógyszertárakhoz

hasonlóan a régiekben is **megjelentek a különböző akciók és a marketing tevékenység**. Ezek számukra természetesen mind többlet költséget jelentettek.

Az interjúalanyok többségének véleménye szerint **a gyógyszerellátás összességében nem javult a liberalizáció következtében**. A gyógyszertár-hálózat sem úgy változott a törvény hatályba lépése óta, ahogy azt elvárták volna, vagy amint azt előrevetítették. Az interjúalanyok szerint elsősorban **ott nyíltak új patikák, ahol már korábban is voltak, ahol tényleges igény lett volna rá (pl. a kistélepüléseken), ott jellemzően nem létesültek**.

A 400-500 újonnan nyitott gyógyszertárnak a működéshez gyógyszerészekre volt szüksége. A **humán erőforrás igényt főként nyugdíjasok reaktiválásával pótolták**, illetve **többen visszatértek erre a területre a szektoron belülről** (például orvos és patika-látogatókból gyógyszerészek lettek). Az interjúalanyok tapasztalata, hogy a rengeteg újonnan nyíló patika magasabb fizetést kínálva **elcsábította a korábban is működő gyógyszertárak alkalmazottait**, így utóbbiak számára a szakember utánpótlás jelentős kihívássá vált. Mivel a szakasszisztens képzés OKJ-s képzés keretein belül folyik, rövid időn belül lehetetlen elsajátítani a szakmát.

Számos patikában a szakmai irányítást nem gyógyszerész, hanem gazdasági végzettségű személy (nem ritkán a tulajdonos és befektető) végzi. Több interjúalany is hangot adott azon aggályának, hogy az újonnan alapított patikáknál a **szakmai és a gazdasági szempontok gyakran ütköznek**, mely konfliktushelyzetet szül, s ez nagy valószínűséggel nem tesz jót a szakmai színvonalnak. A szakember-ellátottság alakulását nyilván másként ítéli meg a patikalétesítésben érdekelt vállalkozói-befektetői kör, az államigazgatás, valamint a patikus szakma. Abban azonban minden felelősen gondolkodó szereplő egyetérthet, hogy **gyógyszerész nélkül egy patika sem működhet**. A patikáknak a változó piaci körülmények ellenére **a minimál feltételeknek mindenkor meg kell felelniük, így személyi változásokkal csak korlátozottan reagálhattak a megváltozott piaci feltételekre**.

Egyes interjúalanyok a liberalizáció pozitívumaként tartják számon, hogy az **újonnan felnövő generációknak is esélyt biztosít a szakmai fejlődésre**, a patika vezetésére. Mivel országszerte jelenleg a korábbinál jóval több betöltetlen gyógyszerész, gyógyszerész-asszisztens állást regisztrálnak, a gyógyszerészek, asszisztensek értéke megindult felfelé, a korábbinál kedvezőbb piaci alkupozícióba kerültek.

Több interjúalany is aggályát fejezte ki azzal kapcsolatban, hogy az új patikavállalkozásokat nem a szakma szeretete, az elhivatottság vezérli, hanem kizárólag a profit. Gyógyszerész körökben ezért **gyakori beszédtema az etikus (szakmaiságot előtérbe helyező) vs. merkantil (gazdasági szempontokat követő) patikairányítási modell kettőssége**. Az interjúalanyok többsége az előbbi mellett tenné le a voksát, akadnak azonban olyanok is, akik szerint utóbbi létjogosultsága sem kérdőjelezhető meg.

A mélyinterjúkból kiderül, hogy **a patikák nehéz pénzügyi helyzetük miatt egyre kevésbé készleteznek**, a korábbihoz képest jóval gyakrabban pótolják a fogyást, így a nagykereskedő gyakrabban szállít, akár korábban elképzelhetetlenül kis mennyiséget is. **Az alacsony készlet szint a vásárlók szempontjából sem előnyös, gyakran kénytelenek többször visszamenni a patikába**, míg végül megvásárolhatják a kívánt készítményt. Egyes gyógyszertárak nem ismerik fel, hogy a potenciális versenyelőnyük egyik legfontosabb tényezője a patikai készletezés, s nem tartanak készletet, és várják, hogy a nagykereskedő kiszolgálja.

2007-ig gyakorlatilag minden egyes gyógyszertárban azonos áron lehetett kapni a támogatott és nem támogatott készítményeket, 2007-től ez megváltozott. 2010. január 1-ig a támogatott készítmények

esetén is lehetett árengedményt adni, ez a lehetőség azonban 2010-től megszűnt. A nem támogatott (OTC) készítmények ára ugyanakkor teljesen felszabadult. 2010. január elsejéig létezett egy maximált fogyasztói árkategória, 2010-től ezt is eltörölték.

A gyártókat nyomás alá helyezte a biztosító, hogy csökkentsék az árakat, ezért **a generikus termékek piacán nagyon komoly árcsökkenés következett be**. A gyártókat versenyeztették, így kategóriánként lett meghatározva az a referenciakészítmény, melyhez a támogatást kötötték. A gyógyszertárak bevételeinek növekedésének egyetlen mozgásteret az OTC készítmények köre lett volna. Az időközben begyűrűző **gazdasági válság ezt a területet jobban érintette, mint a támogatott vényköteles készítményekét**.

Azáltal, hogy csökkent a fedezet és növekedtek a gyógyszertárak költségei, **a korábban jól működő gyógyszertárak sokasága vált veszteségessé, vagy fizetéseképtelenné**. A nagykereskedelmi szektornak összességében kb. 10 milliárd forint kinnlevőség állománya van a gyógyszertáraknál, illetve a kórházaknál.

A patikában értékesíthető **termékkör jelentősen kibővült** (pl. OÉTI engedélyes termékekkel), így az árverseny mellett új jelenséggé **megjelent a választék verseny**, megjelentek az ún. **profilos patikák** (pl. homeopátiás patika), valamint a saját arculatot kialakított patikák.

Az interjúalanyok egyetértenek abban, hogy **a liberalizációval a kísérő patikai szolgáltatások hozzáférhetősége javult, ezek minősége ugyanakkor korántsem biztos**. A szakmának már a liberalizációt megelőző kezdeményezése volt a betegek minél szélesebb körének bevonása az egészséges életmód vezetési szűrésbe, tanácsadásba. Az új szolgáltatások (pl. koleszterinszint mérés, vércukorszint mérés, vérnyomásmérés, testzsírtömeg mérés) ugyan munkaerőt kötnek le, de az interjúalanyok nagyon hasznosnak ítélik, mert a beteg könnyebben rászán a patikában 3 percet a szűrésre, minthogy elmenjen az orvoshoz.

Olyan **gyártói akciók indultak**, melyek a patikai forgalom közvetlen befolyásolása érdekében főként a gyógyszertárakat célozzák meg. A gyártók úgy vélekednek, hogy amennyiben a gyógyszertár a terméket engedménnyel vásárolja meg, s azzal nagyobb árrést képes realizálni, a későbbiekben elsősorban azt a terméket fogja kínálni a patikában azon betegeknek, akik nem kifejezetten egy konkrét terméket keresnek. Ebben az esetben a nagykereskedő engedménnyel vásárol és ezt az engedményt adja tovább a patikáknak. Ezeket az **engedményeket a patikák korábban nem adták tovább a betegeknek, az éleződő versenyhelyzet következtében azonban egyre inkább rákényszerülnek**.

A gyógyszer kiskereskedelemben is megjelentek és **egyre inkább terjednek a marketing eszközök**, bár számos szakmabeli úgy véli, hogy nincs helyük az etikus patikai gyakorlatban. Mások úgy vélik, hogy egy adott határig engedélyezni kell a gyógyszertárak marketing tevékenységét. Mivel speciális termékeket forgalmazó szektor, ezért speciális szabályozást igényel. Nem szakmai hiba, ha a patikus tájékoztatja a vásárlókat egyes termékek versenytársairól, helyettesítőiről, valamint az egyes akciókról.

Korábban főként rendelők mellett, forgalmas csomópontokban nyíltak patikák, manapság is főként a forgalmas helyeket célozzák a befektetők, többek között a bevásárlóközpontokat. Mivel nem képesek szakmai többletet, információt nyújtani a betegnek, a benzinkutak és a drogériák számára a gyógyszerkészítmények forgalmazása inkább teher, mint előny. Ráadásul a patikában a gyógyszerész fel tudja hívni arra a figyelmet, hogy a kiváltott termékek egyúttfogyasztása milyen mellékhatásokkal jár. Az internetes gyógyszerrendelés még gyerekcipőben jár, jelenleg nincs komoly piaca.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény hatására **jelentősen erősödött a piaci verseny**, melynek az interjúalanyok szerint **nyertese a városi fogyasztó**, mely olcsóbban, egyszerűbben juthat hozzá

magasabb minőségű és széleskörűbb szolgáltatásokhoz. A törvényváltozás nem váltotta be azon hozzáfűzött reményeket, miszerint éppen a kistélepüléseken javul majd a gyógyszerellátás. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a változások **vesztesei a kistélepülések gyógyszertárai**, mivel a megváltozott szabályozási környezetben jellemzően nem képesek nyereséget termelni, valamint az olyan kistélepülésen élők, ahol megszűnt a gyógyszerellátás. Rosszabb helyzetbe kerültek **azok a városi patikák is, melyek közelében új patika nyílt. A változások elszenvedői továbbá a nagykereskedők**, akiknek egyre jelentősebb a patikai kinnlevőség állományuk.

Ma három nagykereskedő cég a Hungaropharma, a Phoenix és a Teva fedi le a patikai forgalom 90%-át. A Hungaropharma és a Phoenix szolgáltatási színvonala azonos, naponta kétszer háromszor szállítanak a gyógyszertárakba, a Teva kisebb termékpalettaival dolgozik, naponta kétszer szállít, és valamivel magasabb engedményt nyújtanak.

A liberalizáció a gyógyszer nagykereskedelemre is erősen hatott. Egyrésztől jelentősen **nőtt a logisztikai teher**, hiszen valamivel kevesebb gyógyszert 2000 helyett 2400 patikába illetve további néhány száz patikán kívüli üzletbe is el kellett juttatni. A másik probléma, hogy **az előfinanszírozás és a növekvő készítményszám miatt a gyógyszertárak készlete csökkent.** Manapság, ha elmegy az ember a gyógyszertárba 5-6 recepttel, akkor nagyon kicsi az esélye annak, hogy azonnal minden készítményt kézhez kap, gyakran másnap vissza kell mennie bizonyos termékért. Ezalatt a nagykereskedőhöz érkezik egy sürgős rendelés a gyógyszertárból, hogy mely gyógyszerekre van szükség. Ilyen módon a **készletezés egy része áttevődött a patikákból a nagykereskedőkhöz**, vagyis megnőtt annak az igénye, hogy minél gyorsabban, minél gyakoribb és kisebb mennyiségben szállítsák ki a készítményeket. A nagykereskedők fajlagos mutatói nagyon erősen elromlottak. A régebbi időszakokban, a gyógyszertár egy rendeléssel átlagban 4,5-5 dobozt rendelt, ehhez képest ma 3 dobozra csökkent a rendelés.

A legnagyobb probléma azonban **a kinnlevőségek növekedéséből adódik.** A Hungaropharma kinnlevőség állománya 2007 januárjában 1 milliárd forint körül volt, ami mára 4-5 milliárd forintra duzzadt. Ezért szigorú monitoring mellett meghatároztak egy hitelkeretet, ami egy jól fizető gyógyszertár esetében biztosítani tudja a teljes rendelésállományt. Amennyiben egy gyógyszertár egy meghatározott hitelkereten túl sem fizet, és a késedelmes összegek meghaladnak egy bizonyos mennyiséget, vagy a késedelem ideje meghalad egy időszakot, akkor automatikusan letiltják a gyógyszertár rendeléseit. Ha közeledik egy gyógyszertár ahhoz a ponthoz, hogy nem tud gyógyszert kapni, akkor telefonon értesítik, és megpróbálnak közösen megoldást keresni a problémára. A rendszer segítségével sikerült valamilyen szinten megállítani és csökkenteni a patikai kinnlevőségeket, de mivel a szektor helyzete nem javult, ezért áttörő javulásra a jövőben sincs kilátás.

A lánchoz tartozás egy patika számára számos előnnyel járhat, ehhez azonban az is elengedhetetlen, hogy a lánc biztos anyagi háttérrel rendelkezzen. A nagykereskedők által folytatott kutatások egyik fő megállapítása, hogy a lánchoz csatlakozó patikák stabilabbá váltak, mint korábban, egyre kevesebb az eladósodott gyógyszertár. Azon patikák helyzete, melyek láncba tömörülnek, gyártói, vagy nagykereskedői támogatással, jóval nagyobb kedvezményt képesek nyújtani, mint a kis patikák. Minél többet rendel egy patika, jellemzően annál nagyobb rabattot kaphat.

Az alábbi patikáknál, láncoknál és nagykereskedőknél készült interjú: Allee Gyógyszertár, Budapest, Alma patikák, Csillag Gyógyszertár, Budapest, Főnix Patika, Siófok, Gyöngy patikák, Hungaropharma1, Lónyai Patika, Budapest, Mária Patika, Maglód, Patika 52. Gyógyszertár, Rácalmás, Sikari Patika, Pilisvörösvár, Szent András Patika, Budapest, Szent György Patika, Érd, Szimpatikák, Zöld Kereszt Patika, Budapest.

4.5 A hozzáférés

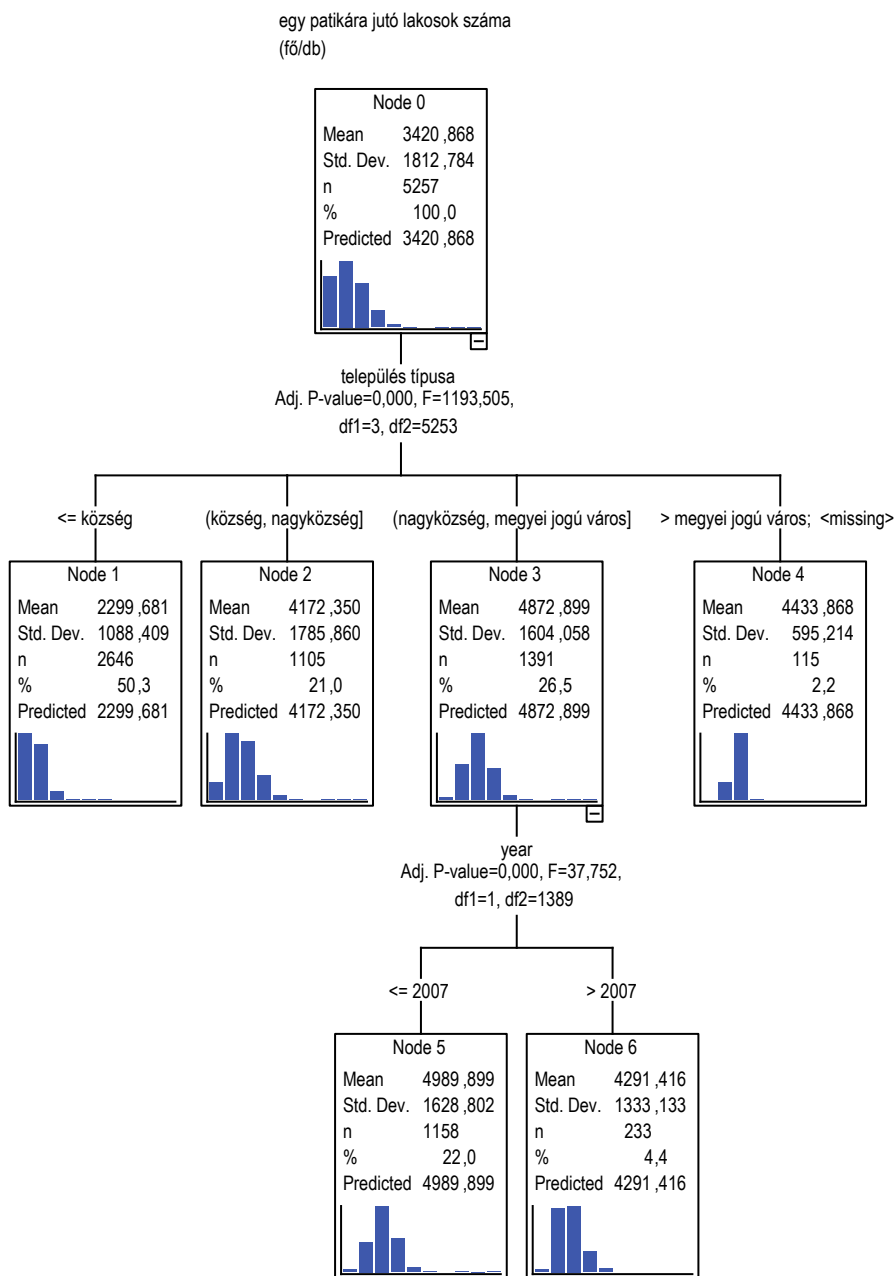
A gyógyszer-kiskereskedelmi egységek területi hozzáférhetőségének vizsgálatát a KSH TSTAR települési szintű adatbázisán végeztük el. Az adatbázis tartalmazza a humán gyógyszertárak és fiókgyógyszertárak számát településenként. A 2003-2008 évek adatait mintegy 3150 település esetében lakosságárányos mutatót képezve hasonlítottuk össze.

A klasszifikációs vizsgálat során az egy patikára jutó lakónépesség nagysága közötti eltéréseket vetettük össze a településtípusok, a megyék és az évek közötti összehasonlításban. Az elemzés sajátossága, hogy a rövid időszor miatt (a patikaliberalizáció után csak két évre áll rendelkezésre adat) az éveket önálló változóként vontuk be a modellezésbe. Az évek esetében is – mint ahogy a többi kategóriaváltozónál is – azt vizsgáltuk, hogy vannak-e olyan kategóriák, amelyek mentén szignifikánsan „homogénebb” az adatsor, azaz van-e olyan év, vagy vannak-e olyan évek, amikor az egy patikára jutó lakónépesség száma jelentősen megváltozik. A klasszifikáció során az is egyértelműen kimutatható, hogy melyek a legfőbb szempontok, amik a különbségeket okozzák.

Elsőként a gyógyszertárakat vizsgálva, elmondható, hogy a legjelentősebb különbség az egy patikára jutó lakónépesség számát tekintve a településtípus. A klasszifikációs fa első szintjén 6 településtípus (község, nagyközség, város, m.j. város, m.j. város megyeszékhely, főváros) 4 csoportot alkot. Az eljárás során összevonásra került a városi és a megyei jogú városi szint, valamint a megyei jogú város megyeszékhely és a főváros. Mind a négy csoport szignifikánsan eltér a másik háromtól.

Az átlagokat tekintve a legmagasabb átlagos érték (egy patikára jutó lakónépesség száma) a városok, megyei jogú városok esetében figyelhető meg. A patikával rendelkező települések mintegy 26,5%-a tartozik ebbe a csoportba. A vizsgált évek átlagában több mint duplája pl. a községek esetében kialakult átlagnak, ami azt jelenti, hogy lakosságszámra vetítve a városok, megyei jogú városok esetében fele annyi patika jut egy lakosra, mint a községekben.

62. ábra. A gyógyszerterári ellátottság, 2003-2008

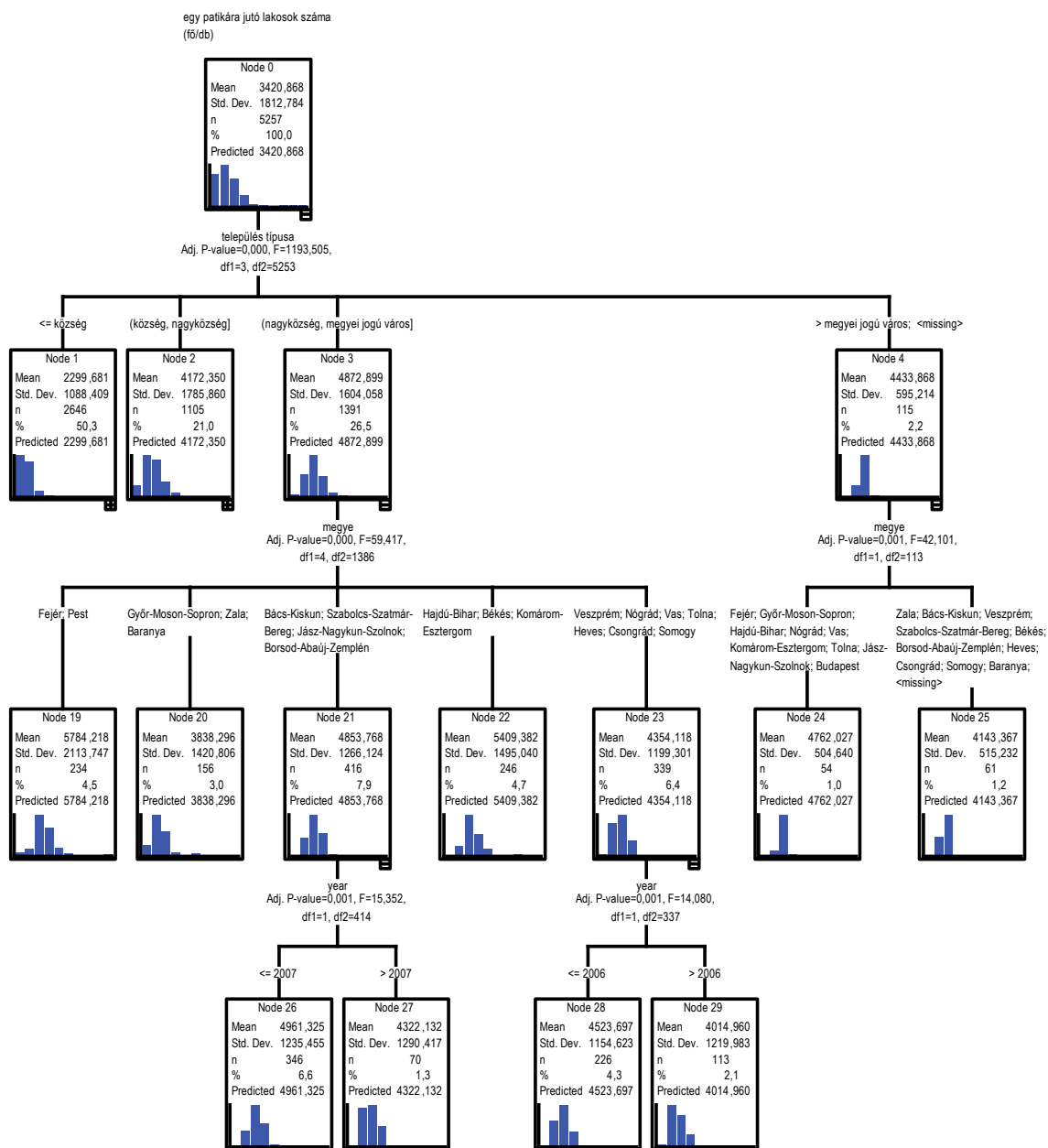


Forrás: GKI (adatforrás: KSH)

Amennyiben – első lépésként – a megyei hovatartozást kivesszük a független változók közül, az évek szerint a városok és megyei jogú városok csoportja további két részre bontható. A 2007. és az azt megelőző időszakra, illetve az ezt követő 1 évre, 2008-ra. A két új alcsoport (Node 5, 6) közötti átlagok közel 10%-os eltérése, ennek megfelelő arányú patikaszm növekedésre utal 2007-ről 2008-ra a városok és a megyei jogú városok körében.

A területi szempontokat is a vizsgálatba vonva azt kapjuk, hogy az éveknél meghatározóbb tényezőként kerül bele az összefüggések leírásába. A következő 3 ábra az egyes településtípusok alatti megyei csoportokat bontja ki – még mindig az egy patikára jutó lakónéesség különbségeit mutatva be. (Mindhárom ábra ugyanazt az eredményfát mutatja, de a helyhiány miatt más-más ágát bontja ki.)

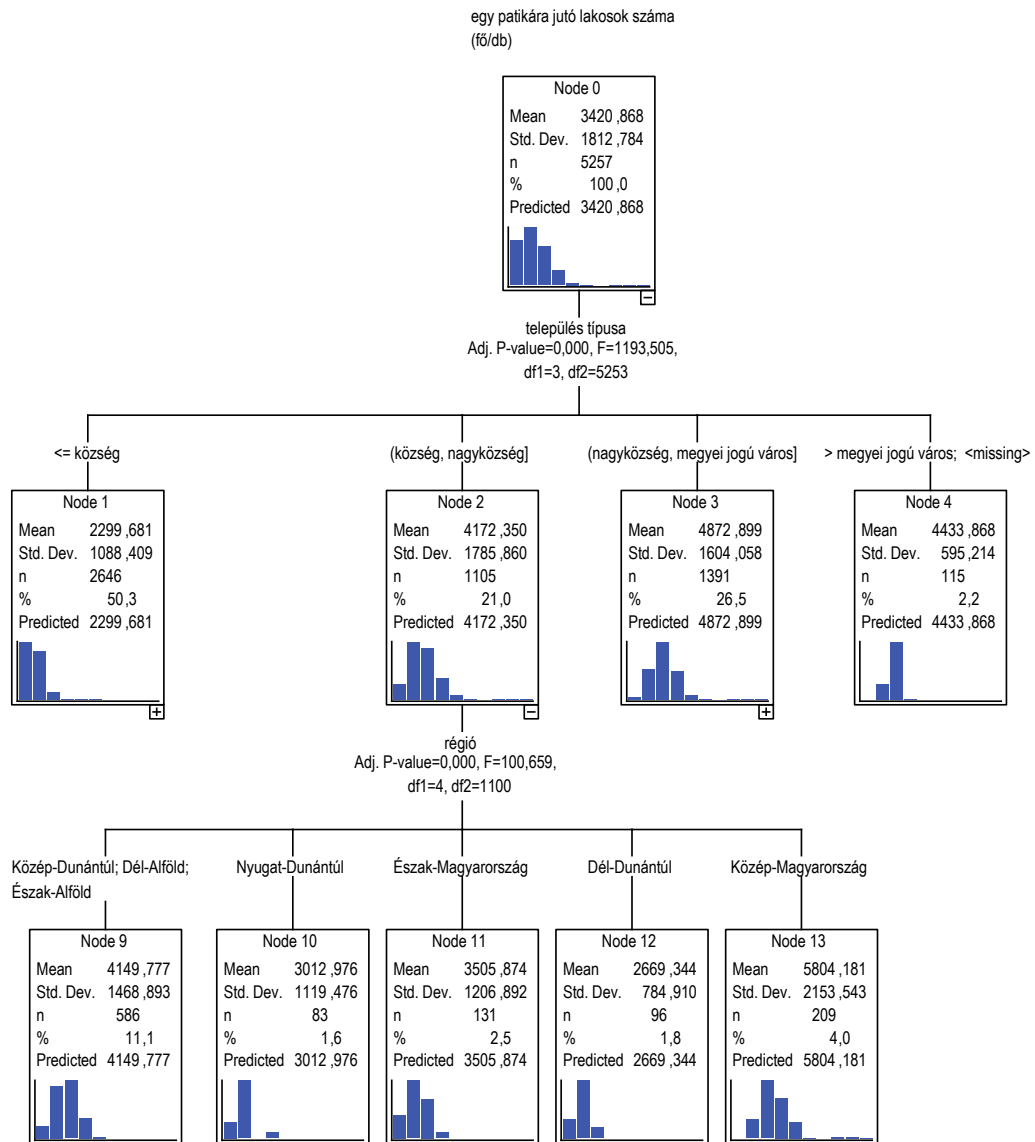
63. ábra. A gyógyszerterári ellátottság (1.), 2003-2008



Forrás: GKI (adatforrás: KSH)

Az évek, mint szeparációs tényező a harmadik szinten jelenik meg a városok és a megyei jogú városok csoportján belül 4 és 7 megyét tartalmazó alcsoportok további szignifikáns meghatározójaként. A két alcsoport (Node 21, 23) nem ugyanazon évek mentén válik ketté, az előbbi esetben a 2008-as, míg az utóbbiban a 2007-es év mutat mérvadó különbséget a kategóriák között.

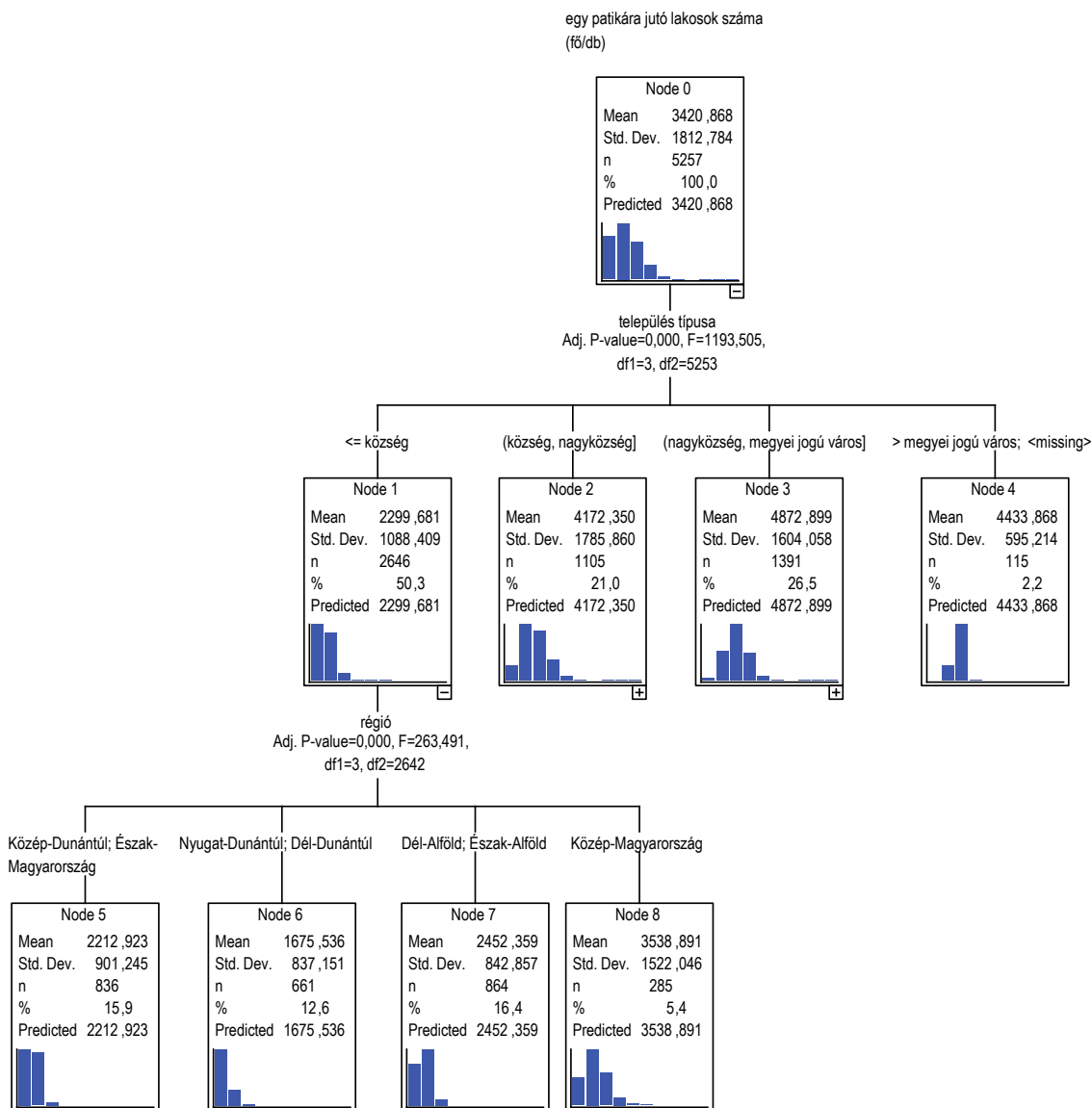
64. ábra. A gyógyszerterári ellátottság (2.), 2003-2008



Forrás: GKI (adatforrás: KSH)

Míg a városok és megyei jogú városok esetében a megyék bizonyultak meghatározó szeparációs tényezőnek, addig a községek és nagyközségek esetében a régiók szerinti hovatartozás homogénebb eredményeket adott.

65. ábra. A gyógyszerterári ellátottság (3.), 2003-2008

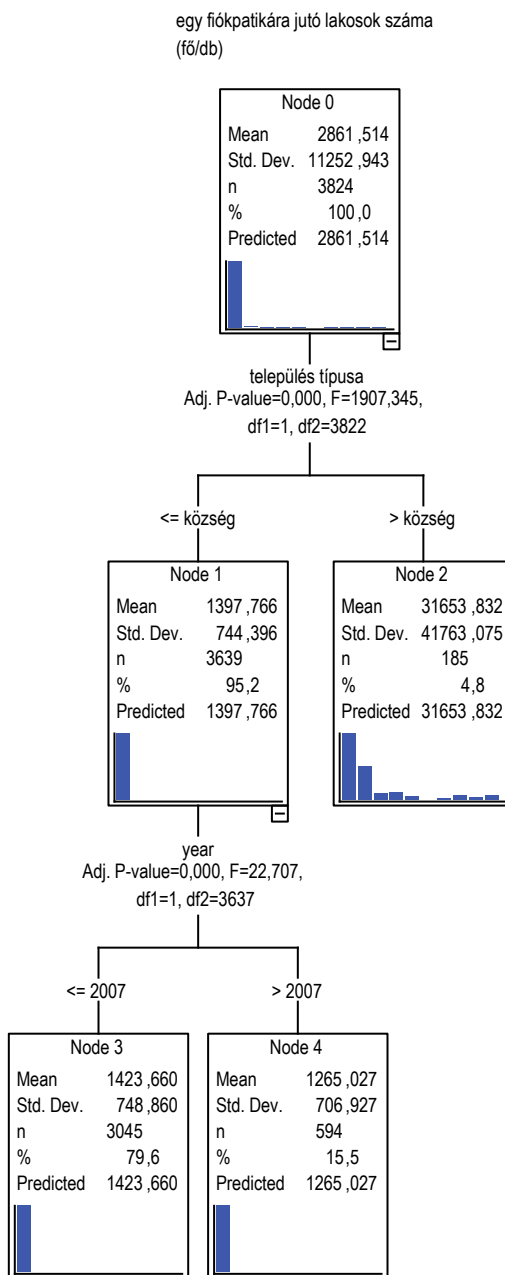


Forrás: GKI (adatforrás: KSH)

A fiókatikák esetében megyei vagy régiós szignifikáns különbségek nem adódtak a modellezés során. A fiókatikák a kistelepülések ellátását korlátozott nyitvatartással kiszolgáló gyógyszerkereskedelmi egység. Az egy fiókatikára jutó lakónépesség száma szerinti szignifikáns eltérés határát így – nem meglepő módon – a szeparációs algoritmus a községi szintnél húzza meg.

A klasszifikációs fa második szintjén ugyanakkor már a községek között is érdemi különbség mutatkozik az évek tekintetében. A 2007 előtti és utáni időszak között statisztikailag jelentősnek tekinthető eltérés figyelhető meg az egy fiókatikára jutó lakónépesség számában. Ahogy a gyógyszertárak esetében, úgy a fiókatikáknál is kb. 10%-os darabszám-növekedés okozta az évek közötti különbségeket.

66. ábra. A fiókgyógyszertári ellátottság, 2003-2008



Forrás: GKI (adatforrás: KSH)

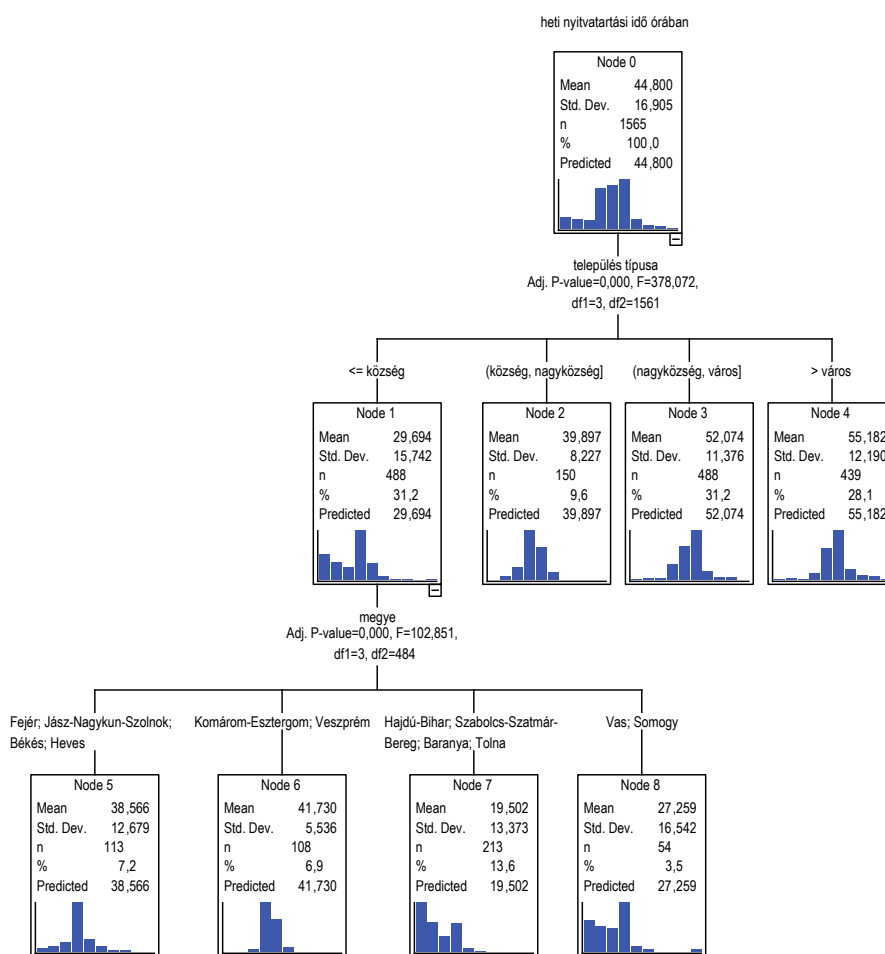
A hozzáférés – ahogy azt a felmérés eredményei is bemutatták – nem csak patikai darabszámban lényeges eleme a szolgáltatási színvonalnak, hanem a nyitva tartás tekintetében is.

Mivel központi nyilvántartás nem állt rendelkezésre a nyitvatartási információkról, a kutatás során felvettük a kapcsolatot az ÁNTSZ minden regionális igazgatóságával, de több helyen a megyei egységekkel is, hogy hiteles adatokhoz jussunk. **A 19 megyéből és a fővárosból összesen 12 megyére kaptunk patikánkénti adatokat**, eltérő struktúrában, többségében papír alapú nyilvántartás digitalizált változatát. Egyedül a közép-magyarországi régióból kaptunk időszori, a liberalizáció előtti és utáni időszakról adatokat.

Az adatok feldolgozását követően a gyógyszertárak és fiókgyógyszertárak nyitvatartási idejét egységesen heti szinten órára számítottuk át. 1565 patika 2009. évi nyitvatartási adatai végzett modellezés arra mutat rá, hogy nagyon jelentősek különbségek a kistélepülések között aszerint, hogy melyik megyében találhatóak. **Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Baranya és Tolna megyék aprófalvas, vagy éppen egymástól távol eső kistélepülésein átlagosan a heti 20 órát sem éri el a nyitva tartás ideje, míg Komárom-Esztergom és Veszprém megyék alkotta Node 6 csoport esetében a patikák átlagos heti nyitvatartási ideje ennek több mint kétszerese.**

Fontos kiemelnünk, hogy a felmérésben feltett kérdések a nyitva tartás idejének változására kérdeznék rá, míg ebben az esetben az elmúlt év tényleges nyitvatartási ideje a tényadat.

67. ábra. A gyógyszertárak heti nyitvatartási ideje, 2009



Forrás: GKI (adatforrás: ÁNTSZ)

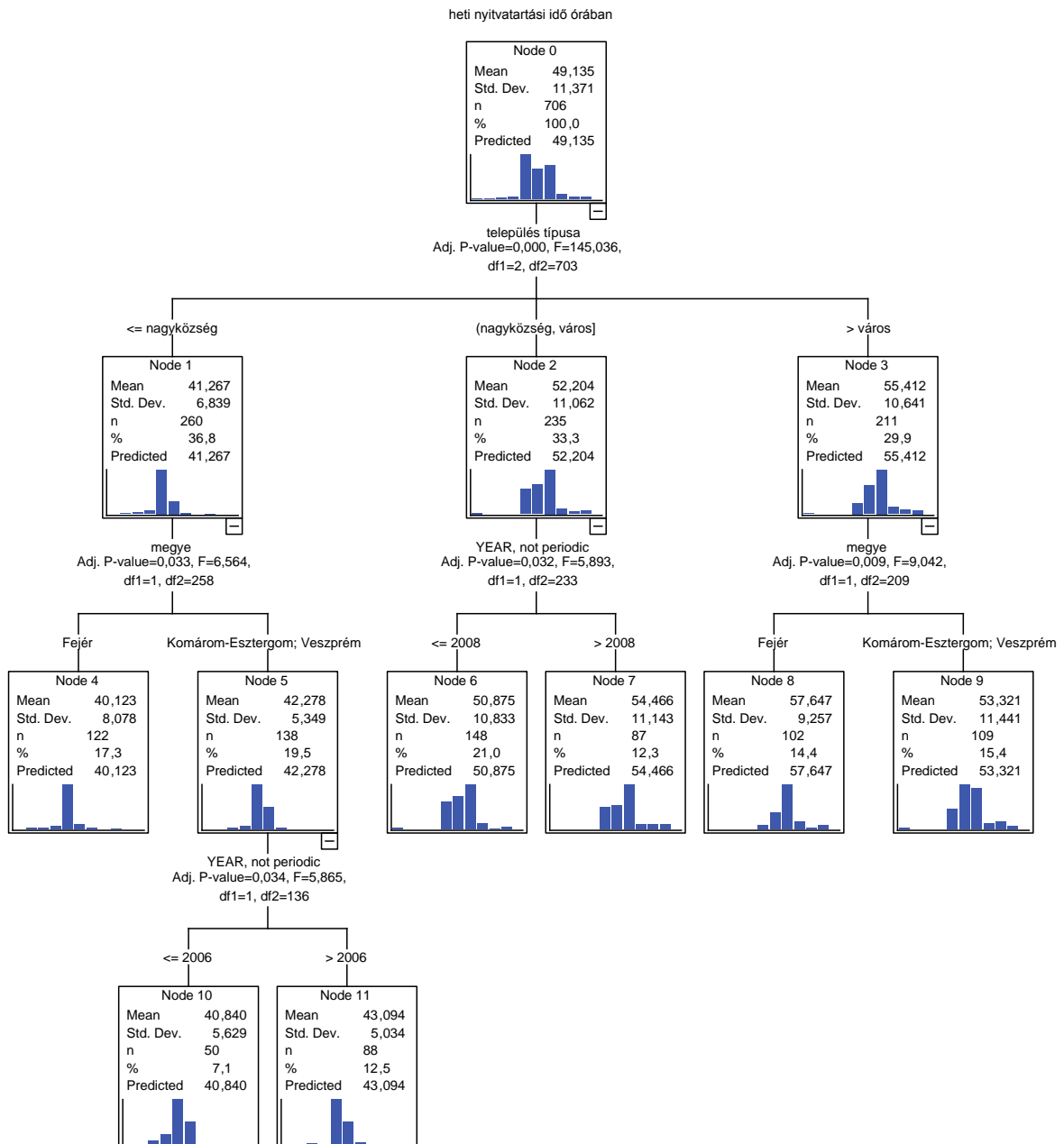
Az időbeli összehasonlítást egyedül a Közép-Dunántúl régió adatai teszik lehetővé. A három megye összesen 706 patikájának 4 év nyitvatartási adatai ugyanakkor már elegendőek ahhoz külön megvizsgáljuk a területi és településméret szerinti sajátosságait.

E régió esetében is a településtípus jelenti a „lényegi” eltérést a patikák nyitvatartásában. **Minél nagyobb lakosságszámú településen működik az adott patika, annál tovább tart nyitva.** A dunántúli régióban a településtípusok közötti legnagyobb átlagos eltérés mintegy 30%-os. A klasszifikációs fa második szintjén a megyék közötti különbségek mellett a városok esetében már az

évek alapján lehet a leginkább homogén részekre tovább osztani a patikákat. A 2009-es év a közép-dunántúli városok számára szignifikánsan, kb. 10%-kal növekvő nyitva tartást jelentett.

Az évek szerepe a községi, nagyközségi szinten is megfigyelhető. Komárom-Esztergom és Veszprém megyékben 2007, a liberalizáció éve jelenti a jelentősebb eltérést a patikák nyitvatartásában.

68. ábra. A gyógyszerterákok heti nyitvatartási ideje (Közép-Dunántúl), 2006-2009



Forrás: GKI (adatforrás: ÁNTSZ)

5. Irodalomjegyzék

Az Európai Parlament és a Tanács Irányelve (2001. november 6.) az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről (2001/83/EK)

1997. évi LVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenységről

Kanavos P, Llunch M. Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain, Health Policy; 2010;95(2): 245-54

Community pharmacy in Europe – Lessons from deregulation – case studies, Vienna, February 2006, ÖBIG, <http://www.apteekkariliitto.fi/BinaryServlet?rs=623/659/:7267/>

GIRP (Groupement International de la Répartition Pharmaceutique or European Association of Pharmaceutical Full-line Wholesalers) Executive Report FY 2005. IMS

Hogyan változik Európa gyógyszerkereskedelme? 2006.11.11. 18.25.
http://www.marketingpirula.hu/script/site/page.asp?artid=599&Cat_ID=4

Pharmaceuticals/Country Profile/Germany. World Health Organization, Regional Office of Europe
http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020425_2

The pharmaceutical industry in Germany. Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (German Association of Research-Based Pharmaceutical Company), 2005.
http://www.vfa.de/download/en/vfa_en/publikationen_en/e_statistics/e_statistics_2005.pdf?CMS_forminput%5Bsprache%5D=en

The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK a report of an OFT market investigation, January 2003. <http://www.of.gov.uk/News/Publications/Leaflet+Ordering.htm>

Pharmaceuticals/Country Profile/Germany. World Health Organization, Regional Office of Europe
http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020425_2

Dr. Szabó Sándor: Kistéleplési gyógyszertárak gazdasági helyzete és jövőképe,
www.mgyk.hu/dokumentumtar/2006/tajekoztato/kistelepulesgytar.ppt

Anell A. Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway, Health Policy;2005,75:9–17

Macarthur D. European Pharmaceutical Distribution: Key Players, Challenges and Future Strategies, Script Report, 2007, http://www.scripintelligence.com/multimedia/archive/00000/BS1353_124a.pdf

Internal market: infringement proceedings concerning Italy, Austria and Spain with regard to Pharmacies, IP/06/858, Brussels, 28 June 2006,
<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/06/858&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

Az Európai Unió Bírósága 49/10. sz. SAJTÓKÖZLEMÉNY,
<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=CJE/10/49&format=HTML&aged=0&language=HU&guiLanguage=en>

Balázs né dr. Molnár Borbála: A gyógyszerprobléma Alfadat-Press Nyomdaipari Kft, 1996/54

Vincze Z, Zalkó R: Gyógyszerügyi szervezés, Medicina, 2008

Dr. Bartucz Attila: A gyógyszer-kiskereskedelem szabályainak változásai 2007. szakdolgozat, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

A gyógyszerpiac szabályozásának versenypolitikai kérdései, GVH, 2003

19/2001 (V.23.) EüM rendelet a gyógyszerek kereskedelmi árásáról

Cselekedni, most és mindenkiért! A nemzeti közép, a demokratikus koalíció kormányának programja, Magyarország 2002-2006

A gyógyszerpiaci szabályozási reform szakmai koncepciója, 2004

2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól

2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról

PGEU Response Consultation Regarding Community Action on Health Services

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co182_en.pdf

FÜGGELÉK

Kérdőívek, mélyinterjú-vázlatok, mélyinterjúk

6. Kérdőívek

6.1 A lakossági kérdőív

„A Gazdasági Versenyhivatal megbízásából készülő kutatásunk célja annak feltérképezése, hogy a gyógyszer-gazdaságossági törvény hatályba lépése után három évvel milyen strukturális és minőségi változások mutathatók ki a törvény közvetett és közvetlen hatásaként elsődlegesen a fogyasztók szemszögéből.

KÉRDÉSEK

1. Milyen gyakran vásárolt patikában/gyógyszertárban gyógyszert az elmúlt egy év során?
 - havonta többször
 - havonta egyszer
 - 2-3 havonta
 - félévente vagy ritkábban
2. Hallott-e már Ön arról, hogy egyes gyógyszereket már nem csak patikákban/gyógyszertárakban, hanem pl. benzinkutaknál, drogériákban is megvásárolhat?
 - Igen, már vásároltam is ilyen helyen
 - Igen, de még nem vásároltam ilyen helyen
 - Nem tudtam erről
3. Milyen gyakran vásárolt gyógyszert az elmúlt egy év során benzinkutaknál, vagy drogériákban?
 - mindig ezeken a helyeken vásárol, ha megtalálja a terméket
 - havonta többször
 - havonta egyszer
 - 2-3 havonta
 - félévente vagy ritkábban
4. Az elmúlt 3 évben hogyan változott a patikák/gyógyszertárak száma az Ön lakóhelye, munkahelye közelében, vagy ahol vásárolni szokott?
 - nőtt
 - nem változott
 - csökkent
 - bezárt az egyetlen patika a környéken
5. Kérem, jelölje meg, melyik állítással ért egyet! (*I-igaz, H-hamis, NT-nem tudom*)
 - kevés a patikák/gyógyszertárak száma a lakóhelyem környékén
 - elégedett vagyok a patikák/gyógyszertárak számával a lakóhelyem környékén
 - talán már sok is a patikák/gyógyszertárak száma a lakóhelyem környékén
6. Kérjük, értékelje egy 5 fokozatú skálán (*ahol 1 jelentősen csökkent/romlott, 2 kissé csökkent/romlott, 3 nem változott, 4 kissé nőtt/javult, 5 jelentősen nőtt/javult*), hogy tapasztalt-e változást a patikák/gyógyszertárak esetében az elmúlt három évben az alábbi tényezők kapcsán:
 - patikusok felkészültsége 1-2-3-4-5
 - patikusok segítőkészsége 1-2-3-4-5
 - nyitvatartási idő 1-2-3-4-5
 - sorban-állás ideje 1-2-3-4-5
7. Kapott-e a patikában valamilyen kedvezményt azért, mert vényt/receptet váltott be?
 - igen, többször is
 - igen, egyszer

- nem
8. Kérem, jelölje meg, melyik állítással ért egyet! (*I-igaz, H-hamis, NT-nem tudom*)
- Gyakrabban vásárolok nem vényköteles gyógyszert, mivel már benzinkutaknál és drogériákban is lehetőségem van erre.
- Az általam vásárolt nem vényköteles gyógyszerek olcsóbbak lettek, mivel a patikák mellett már a benzinkutaknál és a drogériákban is megvehetők.
9. Tapasztalta-e az elmúlt 3 évben, hogy a patika nem tartott abból a gyógyszerből, amit Ön éppen ki akart váltani, és emiatt megkérték, hogy fáradjon vissza néhány nap múlva, amíg beszerzik?
- nem tapasztalt ilyet
- igen, előfordult néhány alkalommal (10-ből 1-2 alkalommal)
- igen, többször előfordult (10-ből 3-5 alkalommal)
- igen, nagyon gyakran (10-ből 5 felett)
10. Véleménye szerint ugyanazt a vényköteles gyógyszert minden patikában/gyógyszertárban ugyanazon az áron vásárolhatja meg?
- Igen
- Nem
- Nem tudom
11. Igénybe vett-e az elmúlt három évben olyan szolgáltatást a patikánál, amit korábban nem? (*több válasz is megjelölhető*)
- patikában kiállított információs pult (tájékoztatók akciókról, termékekről, életmód magazinok stb.),
- vérnyomás, vércukor, testzsírtömeg mérés,
- gyógyszer házhozszállítás kérése,
- internetes rendelés,
- egyéb, éspedig:.....”

6.2 A patikai kérdőív

„A Gazdasági Versenyhivatal megbízásából készülő kutatásunk a patikaliberalizáció hatásait vizsgálja – elsődlegesen a fogyasztók szemszögéből. A kapott információkat bizalmasan kezeljük, 3. fél részére nem adjuk át! Az adatok feldolgozása után a kérdőíveket megsemmisítjük! A kérdőív kitöltése 5-10 percet vesz igénybe! Segítségét előre is köszöni a GKI-EKI Kft.!

KÉRDÉSEK

1. A patika alapítása:
2007. január előtt.
2007. január után.
2. A patika szakszemélyzetének száma: gyógyszerész:fő, szakasszisztens:fő
3. Kérem, jelölje meg, hogy melyik állítás igaz az Önök patikájára! (*I-igaz, H-hamis, NT-nem tudom*)
- | | | | |
|---|---|---|----|
| • A patikánk egy lánc tagja. | I | H | NT |
| • A patikánk egy marketing célú társulás tagja. | I | H | NT |
| • A gyógyszertárunk fiókpatikával is rendelkezik. | I | H | NT |
4. A patika elhelyezkedése:
- főutcában vagy forgalmas csomópontban,
- mellékutcában,
- bevásárlóközpontban, hipermarketben,
- kórházban/rendelőintézetben vagy közvetlenül mellette.

5. Az elmúlt 3 évben (a liberalizáció óta) hogyan változott a patikák/gyógyszertárak száma az Önök patikájá közelében? (több válasz is megjelölhető!)
- 2 vagy több nyílt
 - nyílt 1 új
 - nem változott
 - 1 bezárt
 - 2 vagy több bezárt
6. Kérjük, értékelje egy 5 fokozatú skálán (ahol 1 jelentősen csökkent/romlott, 2 kissé csökkent/romlott, 3 nem változott, 4 kissé nőtt/javult, 5 jelentősen nőtt/javult), hogy történt-e változás az Ön patikájában az elmúlt három évben (a liberalizáció óta) az alábbi tényezők kapcsán:
- árbevételben mért forgalom 1 – 2 – 3 – 4 – 5
 - készletállomány 1 – 2 – 3 – 4 – 5
 - nyitvatartási idő 1 – 2 – 3 – 4 – 5
 - vásárlók sorban-állásának ideje 1 – 2 – 3 – 4 – 5
 - szakszemélyzet (gyógyszerész, szakasszisztens) száma 1 – 2 – 3 – 4 – 5
 - személyzet hozzáállása a vevőkhöz 1 – 2 – 3 – 4 – 5
 - személyzet szakmai felkészültsége 1 – 2 – 3 – 4 – 5
 - kiegészítő szolgáltatások köre (házhozszállítás, vérnyomás mérés stb.) 1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Milyen – a liberalizáció előtt nem alkalmazott – marketingtevékenységet végeznek jelenleg (több válasz is megjelölhető!):
- katalógus a nagykereskedők akciós termékeivel,
 - pontgyűjtő kártya,
 - saját egyedi akciók,
 - egyes termékek vásárlása esetén gyógyszerjellegű készítmény ajándékozása,
 - egyes termékek vásárlása esetén nem gyógyszerjellegű készítmények ajándékozása,
 - kedvezmény (pénzvisszatérítés stb.) a receptek száma alapján,
 - egyéb, éspedig:.....
8. Kérem, jelölje meg, hogy melyik állítás igaz az Önök patikájára:
- minden vásárlói igényt azonnal teljesíteni tudnak,
 - ritkán, de előfordul, hogy csak 1-2 napon belül tudják teljesíteni a vásárlói igényeket,
 - gyakran előfordul, hogy csak 1-2 napon belül tudják teljesíteni a vásárlói igényeket,
 - olykor előfordul, hogy az adott vásárlói igényt 1 héten belül sem tudják teljesíteni.
9. A következő állításokkal kapcsolatban, kérjük, jelölje véleményét egy 5 fokozatú skálán (ahol 1 egyáltalán nem ért egyet, 5 teljes mértékben egyetért)!
- Érdemben csökkent a patikánk nem vényköteles gyógyszerekből származó forgalma a patikaliberalizáció óta. 1 – 2 – 3 – 4 – 5
 - Erős árverseny alakult ki a nem vényköteles gyógyszerek esetében a patikaliberalizáció óta. 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Az Ön válaszai nagyon fontosak számunkra, ezért azok megfelelő értékeléséhez (méretbeli torzítások kiszűrése, súlyozás), kérjük, jelezze patikájuk árbevételének hozzávetőleges nagyságát is!

10. A patika 2009. évi nettó árbevétele:
- 80 millió Ft alatt
 - 80-160 millió Ft
 - 160-240 millió Ft
 - 240-360 millió Ft
 - 360 millió Ft fölött

7. Mélyinterjú-vázlat

7.1 Gyógyszer-kiskereskedelem

„A Gazdasági Versenyhivatal megbízásából készülő kutatásunk célja annak feltérképezése, hogy a gyógyszer-gazdaságossági törvény hatályba lépése után három évvel milyen strukturális és minőségi változások mutathatók ki a törvény közvetett és közvetlen hatásaként elsődlegesen a fogyasztók szemszögéből.

KÉRDÉSEK

- | Melyek a változás kapcsán felmerült legfontosabb tapasztalataik (előzetes várakozások, felkészülés, gyakorlati alkalmazási problémák, esetleg jogszabályi kiskapuk, versenykorlátozó tényezők, következmények stb.)...
 - a gyógyszer-kiskereskedelemre (viszony a nagykereskedőkkel, versenytársakkal),
 - a fogyasztói keresletre vonatkozóan?
- | A törvény hatására szükségük volt-e az üzleti tevékenységükre jelentős hatással lévő változtatásokra?
 - ha igen, mely területeken (pl. marketing mix elemei: termék, ár, promóció, csatorna, csomagolás, pozicionálás, alkalmazottak; készlet, választék, nyitva tartás) és milyen mértékben?
 - a változások hatással voltak-e az árakra, a forgalomra, a szolgáltatás minőségére?
- | Tapasztalataik szerint milyen közvetlen vagy közvetett hatással járt a törvény hatályba lépése a nem támogatott gyógyszerek piacán a fogyasztói árszínvonalra, a nagykereskedőtől kapott, illetve a fogyasztóknak nyújtott kedvezményekre (árkedvezmény, Ft/vény típusú kedvezmény, ajándék, akciók stb.)?
- | Tapasztalatai szerint a patikák bevezettek-e kiegészítő szolgáltatásokat, ha igen melyek ezek, és milyen ezek fogadtatása?
- | Véleménye szerint a gyógyszer-gazdaságossági törvény hatályba lépésének hatására összességében változott-e a verseny a piacon, ha igen milyen módon? Kik a nyertesek és kik a vesztesek, ha vannak ilyenek? Milyen különbségeket lát a kisebb/nagyobb, különböző elhelyezkedésű és a láncba tartozó/nem tartozó gyógyszertárak helyzete között? Véleménye szerint összességében javult-e a fogyasztók gyógyszerekhez való hozzáférése a térségben? (Van-e különbség vidék-város vagy más dimenzió között?)”

7.2 Gyógyszer-nagykereskedelem

„A Gazdasági Versenyhivatal megbízásából készülő kutatásunk célja annak feltérképezése, hogy a gyógyszer-gazdaságossági törvény hatályba lépése után három évvel milyen strukturális és minőségi változások mutathatók ki a törvény közvetett és közvetlen hatásaként elsődlegesen a fogyasztók szemszögéből.

KÉRDÉSEK

- | Melyek a változás kapcsán felmerült legfontosabb tapasztalataik (előzetes várakozások, felkészülés, gyakorlati alkalmazási problémák, esetleg jogszabályi kiskapuk, következmények stb.)...
 - a gyógyszer-nagykereskedelmi piacra,

- közvetett információik alapján a kiskereskedelemre, esetleg a fogyasztói keresletre vonatkozóan?
- | A törvény hatására szükségük volt-e stratégiai szintű változtatásokra?
 - Amennyiben igen, mely területeken (pl. marketing mix elemei: termék, ár, promóció, csatorna, csomagolás, pozicionálás, alkalmazottak; készlet, választék, nyitva tartás) és milyen mértékben?
- | Történt-e változás a rendeléseikben a patikaliberalizáció hatására (vevőkör, rendelésállomány, rendelésgyakoriság, mennyiség)?
 - Amennyiben igen, szükség volt-e valamilyen változtatásra ennek kapcsán (szervezeti átalakítás, raktározás átalakítás, beruházás stb.), és járt-e mindez többlet költséggel, volt-e hatással az árképzésre?
- | Ugyanazok-e a piaci verseny színterei (ár, választék stb.) jelenleg, mint ami a törvény hatálybalépése előtt voltak?
 - Ha nem, mi a változás oka és következménye?
- | Tapasztalataik szerint milyen közvetlen vagy közvetett hatással járt a törvény hatályba lépése a nem támogatott gyógyszerekén a fogyasztói árszínvonalra, az adott kedvezményekre? Mely tényezők befolyásolják az eladási árak alakulását ezen a területen és milyen változás történt ezekben a hatásokban a törvény hatályba lépése óta? Milyen következményekkel járt mindez?
- | Véleménye szerint összességében javult a fogyasztók gyógyszerekhez való hozzáférése?"

8. Mélyinterjúk

Patika 1.

Interjú időpontja: 2010. június 30.

Létszám: 10 alkalmazott, 6 és fél ember (8 órában mérve), 2,5 gyógyszerész, 3,5 szakasszisztens és egy fél munkaidőben dolgozó takarítónő

Havi árbevétel: 35-40 millió Ft.

A patika teljesen önálló gazdálkodású, független gyógyszertár. A PharmaNova cég, befektető céggént, kültagként működik, mint tőkés csendestárs, de nem szól bele a gazdálkodásba és az üzemeltetésbe. Nem keverendő össze, hogy a Pharma Nova cégnek van egy új láncja is, a Nova Pharmacy, de ez a patika nem tagja a láncnak.

Összességében nem hatott a patikára a liberalizáció, kidolgoztak és alkalmaznak ugyan néhány lépést védekezésésképpen, de nem éreztek változást a forgalomban. Abban a szerencsés helyzetben vannak ugyanis, hogy a térségben egyetlen új patika nyílt, de semmilyen hatással nem volt rájuk, forgalomkiesést nem okozott. A lépéseket így nem kényszerből tették, a reakciójukat inkább az új trendekhez való alkalmazkodás motiválta. Árcsökkentést és különböző akciókat vezettek be, mert a betegek hozzászórtak ahhoz, hogy a patikák akcióznak, ezért ők is elkezdték, hogy a vevőik még elégedettebbek legyenek és biztosan ne pártoljanak el.

Az akció azonban eltér a Nova Pharmacy láncnál előszeretettel alkalmazott „300 Ft-ot adnak vissza 3 receptért” típusú akcióktól. Ez a patika is megtehetné és egészen biztosan egy ilyen kezdeményezés bevezetésével tönkre tenné a régióban működő 8 patika egyikét, vagy többet is akár. Drasztikus forgalomnövekedést okozna, mert elszívna más patikák árérzékeny vásárlóit. Ez azonban nem célja a patikavezetőnek, és szakmai elveivel ellenkezik.

Sose élne ezzel a lehetőséggel. Ehelyett olyan akciókat kínál a fogyasztó számára, amit a nagykereskedő tud felajánlani. Ezek a nagykereskedői árkedvezmények nem növelik és nem csökkentik a patika árrését, de a patikát kedvezőbb színben tüntetik fel a betegek szemében, akik látják, hogy egyes termékeket itt olcsóbban lehet beszerezni. Általában a jelentős árengedményekkel foglalkozik, (azokkal a termékekkel, amit a nagy kereskedő jelentős árengedménnyel kínál) néhány Ft-os árcsökkentést nem hirdet meg. A kedvező feltétellel beszerezhető termékeket A/4-es lapra kiírja és kiragasztja, ez elegendő promóciós csatornának bizonyult. Az akciók másik köre a lejárat előtti termékek kiárusítása, amit 50%-os engedménnyel kínál, ez érdekében áll, hiszen nem szeretné, hogy bennmaradna a termék. Ezek az akciók az OTC termékekre jellemzők.

A nagykereskedők egyértelműen szigorították a feltételeiken elsősorban a fizetni nem tudó patikák esetén. A kért patika vezetője csak a szerződés módosulásából vette mindezt észre, amelybe belekerültek olyan pontok, hogy milyen szankciókat vezet be a nagykereskedő nem fizetés esetén. Azt tapasztalják továbbá, hogy korábban az elfekvő készleteket visszaárval egyszerűen vissza lehetett küldeni és a nagykereskedő visszavette, ez a lehetőség most sokkal nehezebben működik. Hasonló a helyzet a téves rendelések esetén, melyeknél egyes nagykereskedőknél szigorodott a visszavásárlás. A beteg rendel egy árut, de nem viszi el, vagy a patika rendel tévesen, akkor

liberalizáció óta sokkal bonyolultabb visszaküldeni a terméket. A lehetőség továbbra is fennáll, de jóval körülményesebb az eljárás.

Jelentős készletcsökkenés történt a patikában az elmúlt években, ez azonban nem a liberalizáció következménye. Az előző patikavezető rossz készletgazdálkodását követően az új vezető építette le a készletet, a csökkenés valószínű a liberalizációtól függetlenül is lezajlott volna. Ugyanígy a létszámot sem a liberalizáció kapcsán kellett csökkenteni 2 fővel, hanem azért mert sokan voltak.

A nem vény köteles termékek árrését ne változtatták, korábban is egy táblázatból dolgoztak, hogy árú terméket milyen árrésen érdemes kínálni, ezt egy szoftver számolja ki nekik, és ehhez alkalmazkodtak korábban és a liberalizációt követően is. Ettől néha indokolt esetben eltér, de összességében nem változtatott az árképzésen.

Nem vezettek be plusz szolgáltatásokat. A gyógyszerigazgatást vizsgáláshoz kötik, amikor a vezető idekerült nagyon megszigorították a vizsgázás rendszerét, együtt kezelik vércukor, koleszterin mérést sok más szűrő feladattal. A patikának a rendelő közelsége miatt egyszerűen nem éri meg bevezetni ezeket a szűréseket, és a válaszó nem tartja jelentős pluszszolgáltatásnak. Házhozszállítás, internetes rendelés nincsen.

Nyitvatartási idő nem változott, nem kellett bővítenie, mert nem nyílt patika a közelben. Megítélése szerint erre nincs is lakossági igény. A liberalizáció előírta, hogy plusz szolgáltatásokat kell bevezetni és bővíteni kell a nyitva tartást, ezekből az előírásokból azonban már régen visszavettek. Pilisvörösvár egy kisváros, a patika forgalma egyértelműen a rendelőintézethez köthető, amikor a rendelő bezár akkor gyakorlatilag a betegforgalom is leáll, és üres a patika.

A törvény hatályba lépésével azok a patikák jártak rosszul, akikre új patikák nyitottak, és azok a vesztesek akik nem tudtak lépést tartani az újakkal, akik mögött adott esetben jelentős tőke vagy rugalmas vezető állt. A gyógyszerpiac az interjúadó tudása szerint nem bővült, tehát több terméket nem ad el a piac, csak többen osztozkodnak rajta. Nagyon sok olyan patika működik Magyarországon, ahol a vezetők a régi gárdából valók, nekik nem probléma, hogy visszarángassák a betegeket a gyógyszerért, hogy nem megfelelő készleteket tartsanak, és mindemellett a betegekhez való hozzáállásuk is problémás – véli a válaszó. Mindenki tudta, hogy ezekre a gyógyszertárakra érdemes rányitni egy patikát, mert ezektől vásárlókat lehet elcsábítani, a nagyforgalmú patika lett a célpont, ahol alkalmatlan a vezető. Nagyjából tudva levő, hogy melyik a nagy és melyik a kisforgalmú a patika. Az interjúadó úgy véli a befektetők az esetek többségében jól mérték föl, hogy melyik patikára érdemes patikát nyitni és melyikre nem. Az egy másik kérdés, hogy üzletileg hosszútávon fogja csak megérni számukra, mert Magyarországon ma patikába pénzt fektetni rövidtávon nem éri meg. Sok befektető azonban azonnali nyereséget remélt, ez a tervük általában meghíusult.

A fogyasztók szemszögéből ez mindenképpen kedvező változás, már csak azért is, mert kedvezőbb kiszolgálást kaptak, és alapvető gyógyszerekért nem kell visszamenniük a patikába. Ugyanakkor ez csupán az érem egyik oldala. A válaszó úgy gondolja, hogy a liberalizáció tőkés emberek nyomására jött létre, kimondottan a nagyvárosban, üzletileg jövedelmező patikákat célozva. Mellékhatásként a folyamat magával hozta a kielezett versenyt, ami számos vidéki kis patikát teljesen tönkre tett. Ezekben a helyeken a betegek sokkal rosszabbul jártak. Egy részről tehát a lakosság mondjuk fele Budapesten összességében nézve jobb szolgáltatást kap, viszont a lakosság egy másik jelentős része sokkal rosszabbul járt, mert bezárt a patika a falujában. A folyamatnak még nincs vége, mert várhatóan a közeljövőben sok patika hasonló sorsra jut .

Patika 2.

Interjú időpontja: 2010. június 17.

15-20 millió Ft a havi árbevétel, $\frac{1}{4}$ -vel csökkent a liberalizáció óta.

Az interjúalany szerint nem szakmabeli döntés született, olyan érdek került előtérbe, aminek nem vizsgálták a következményeit. Szakmailag és gazdaságilag is abszolút rossz irányba mozdult el a gyógyszerellátás, és nagy bizonytalanságot hozott a patikák számára. A patika közelében két gyógyszertár is nyitott.

A gyógyszertár munkája nem hasonlítható össze más kiskereskedelmi üzlet tevékenységével, hiszen a patikusság egy egészségügyi hivatás, ami szigorú szabályozott keretek között zajlik. A patikus nem csinálhat azt, amit akar. Ha a betegnek 6 doboz gyógyszerre van szüksége nem adhat ki csak egy dobozt, amíg más kiskereskedelmi egység ezt megteheti. Hozzáteszi, sajnos most már a gyógyszertárakban is előfordul, hogy visszautasítják a vevőt, de ez a szakma felhígulásához vezet. Mivel a gazdasági érdekek kerültek előtérbe ezért a patikák szinte rákényszerültek az etikátlan magatartásra. Sok helyen megcsinálták azt is, amit elvileg nem lehet, mert életképesek akartak maradni.

A patikus munka ember és időigényes, amit valahogy biztosítani kell, a munkaerő nem olcsó. Szakmailag sokat tanult emberek dolgoznak a szakmában, akiket meg kell fizetni. A versenykényszerben rossz irányba terelődött a szakember ellátás, hiszen a hirtelen megnövekedett számú üzletbe nem megfelelő képzettségű alkalmazottak kerültek. Ennek hatására kialakult etikátlan viselkedés, amit a törvény kidolgozásakor egyáltalán nem vettek figyelembe.

A patika egyik hónapról él a másikra, fejlesztésen nem lehet gondolkodni. A talpon maradás a cél, hogy a megváltozott szabályozás mellett is minőségi gyógyszerellátás valósuljon meg. A patikában hatalmas érték van, mert a gyógyszerek nagyon drágák. Nagyon sok generikum jelent meg a piacon, ami önmagában nem lenne rossz tendencia, mert olcsóbb, hatékonyabb, de nagyon rövid a lejáratuk, és túl sokféle van. Nem normális, hogy egyféle gyógyszerből 22féle termék létezzon: különböző hatáserősség, kúp, tableta, korábban ilyen nem volt. Ez a mennyiség már túlzás és nem indokolt, ráadásul nem lehet raktáron tartani és nem lehet kigazdálkodni a készletet.

Régebben is voltak problémáik a gazdálkodás során, de jobb volt a helyzet. Most a rengeteg újonnan nyíló patikában elcsábítják az alkalmazottakat, nem lehet biztos senki sem abban, mi lesz jövő héten, vagy egy hónap múlva. Nagyon nagy a stressz. Nincs biztonság, tartalék, nincs tervezhetőség.

Nincsen adósságuk, ez a szerencséjük, mert azt sem tudja képzelni, hogyan tudják visszafizetni más patikák.

Létszámleépítésre szükség volt: 1 főt kellett elbocsátaniuk. 8 alkalmazott van 3 gyógyszerész 3 szakasszisztens, egy takarító, egy mindenes. Ez a minimum létszám, szombati nyitva tartással nem lehet ennél kevesebb emberrel dolgozni reggeltől estig.

A nyitva tartás nem változott a törvény hatályba lépése óta: 8-7-ig vannak nyitva szombaton 1-ig.

A készletezésre nagyon figyelni kell, hiszen abban a van a pénz. Korábban a Tb biztosított egy előfinanszírozási lehetőséget: egy évre előre adott egy összeget, amit minden hónapban fokozatosan vont le, ez a rendszer biztonságot adott. Most minden héten egyszer számolnak el, és a Tb utólag fizet, két hetes késéssel, ezt is a patikának kell megfinanszírozni, illetve patikák is később fizetnek a

nagykereskedőnek, ehhez azonban el kell adni a terméket. Ha bármi rendkívüli esemény történik pl. influenzajárvány, akkor ahhoz komoly összeg kell, hogy készletezni lehessen a kívánt mennyiségben. A patikavezető kedvezőnek tartaná, ha valamilyen szinten visszaállítanák az előfinanszírozást. A fogyasztó mérgelődik, mert nem mindig van 3-4 doboz készleten és vissza kell jönni érte, de a patikában igyekeznek, hogy legalább egy doboz mindig legyen egy termékből.

A nagykereskedők magatartásában, azt lehet észrevenni, hogy ők is ügyeskednek, egyre kevesebb kedvezményt nyújtanak. Vannak akciók, de az akciók termékből is nagy mennyiségben kell rendelni, ha közben jön egy árváltozás a gyógyszer a kedvezménnyel együtt készleten marad és megromlik. Nem lehet követni az árváltozásokat, és soha nem tudnak elegendő energiát fektetni abba, hogy kiderítsék minek fog változni az ára. A sűrű árváltozás mögött egészen biztos, hogy lobbis tevékenység áll – véli a válaszadó. A nagykereskedők felosztották egymás között a patikákat, mindegyiknek megvan a patikaszáma, nem is kell láncba tartozni hozzá.

A pontgyűjtéssel, akciókkal, sorsolással se ért egyet, véleménye szerint ennek a patikában nincs helye. Pontot ad azért, hogy ide jön valaki vásárolni, minél több pénzt költ el, annál több pontot kap, de a pontból gyógyszert fog venni, a rendszer arra ösztönöz, hogy minél több gyógyszert fogyasszon valaki, ez pedig nem jó. A fogyasztónak és a tb-nek is több pénzbe kerül mindez.

A patikában is akciónak, van törzsvásárlói kártyájuk, katalógusok, az élet kényszerítette rá őket, mert mindenki ezt csinálja, de magától sosem kezdtek volna bele. A fogyasztó örül mindennek, ha ajándékba kapja, de ha belegondolunk ez egy ösztönzés arra, hogy minél több gyógyszert fogyasszon.

A gyógyszertár a Gyöngy patikák tagja, egy éve csatlakoztak önkéntes alapon. A kedvezményt a gyártó adja, ebből az árrésből nem tudnának akciózni. Tartozni kell valahova, hogy a kedvezményt ki tudja járni a gyártónál egyedül erre nem lenne képes. Ma már a legtöbb patika elkötelezte magát. Gazdaságilag függetlenek, de mégis tartoznak valahova, és ebből van a marketing. Minden hónapban más az akció, egyedül nem tudnák megcsinálni. Katalógust kinyomtatni, kártyát finanszírozni, pontot adminisztrálni, lebeszélni a gyártókkal a kedvezményeket.

Azok nyerhettek, akik gazdasági befektetőként jelentek meg a körben, a gyógyszerészek ki lettek szolgáltatva. A vesztesek a kistelepülések. A legtöbb kistelepülésen a gyógyszertárban idős patikus dolgozik, és csak szakmai elhivatottságból végzi tevékenységét, most sok helyen bezárni kényszerülnek. A patikaliberalizáció előtt nem kérdeztek senkit, rákényszerítettek egy szakmát arra, hogy alkalmazkodjanak az új helyzethez.

Nem voltak egyenlő feltételek, hiszen az új patikáknak elég volt egy hathetes tanfolyam után egy vizsga letétele az induláshoz. Most már a patikák nem laborálnak, ezen nincs haszon, de tele van munkával. A liberalizációnál az volt a jelszó, hogy majd vidéken rengeteg gyógyszertár fog nyílni, de minden gazdag ember patikát nyitott mindenféle háttér nélkül, és elsősorban a városban nyíltak az új patikák. De az új patikák is hónapról hónapra élnek és sok helyen nem váltották be a hozzá fűzött reményeket.

Manapság 3 hónap alatt képeznek ki szakasszisztenst. 3 hónap alatt nem lehet elsajátítani a szakmát. Ha elég, akkor nagyon alacsony szintre fog süllyedni a szakma. Ki vette figyelembe, hogy a beteg mit érzel? Valaki azért akar eladni, mert pénzt hoz neki, vagy azért mert az valóban jó a betegnek. Akkor is eladják, ha a betegnek nem is kellene a termék, mert hozni kell a forgalmat. Ez nem jó tendencia a patikában ennek nem szabadna megtörténnie, hogy megtevesztik a fogyasztót. Rossz felé vezet ez a hozzáállás.

Vény nélküli gyógyszerek piacán az a változás, hogy nagyon sok van belőlük. A kínálat egyértelműen nőtt. Az árak is nőtt, de nem adhatja drágábban, mint a szomszéd patika, mert akkor a vevő elpártol, az árakat a verseny szabályozza. Növelték az árakat, és az árrés is nőtt egy kicsit, de az alapárak is nőttek.

A szakma kezdeményezése volt, hogy minél több beteget be kell vonni az egészséges életmód vezetési szűrésbe, tanácsadásba. Ezt a szakma indította el és független a liberalizációtól, mert ma már mindenki mindent mér (koleszterint, vércukor szintet, vérnyomást, testzsírtömege). Nem könnyű ez sem, mert egy munkaerőt mindig elvon, de jobban működik mint korábban gondolta volna. Nagyon hasznos dolog, mert a beteg könnyebben rászán a patikában 3 percet a szűrésre, minthogy elmenjen az orvoshoz.

A szűrésnek van egy ára, a kamara szervezésében egyforma összeg, de az árat nem hozza be a szűrés. A kötelező kamarai tagságot megszüntették, de aki benne maradt az követi az iránymutatást. Ez egy olyan szakma, aminek rendezettnek kell lennie. Az ÁNTSZ szigorúan ellenőriz mindent, ezzel nincs gond, de ahhoz hogy mindenki megfeleljen belülről kell lenni egy etikai normának, amit valami szabályoz és a kamarai tagság éppen ezt nyújtotta. Természetesen az új patikákat is ellenőrzik. Az új patikáknak előnyük abban van, hogy az új szabályok szerint tudják kialakítani a patikát, a régi gyógyszertárnak a régi adottságokat kell átalakítani az újra és újra megszülető szabályokhoz igazodva. A réginek sokszor nehezebb megfelelni egy új rendeletnek.

Forgalmuk jelentősen csökkent, és az árrés is csökkent. A forgalom és az árrés is a fele 3-4 évvel ezelőttihez képest. Biztos, hogy annak is betudható, hogy körülöttük 2 patika nyílt, a közgyógy ellátás értéke visszaesett a tb támogatás is 1/3-a az 5 évvel ezelőttihez képest. Annak ellenére, hogy csökkennek az árak, a beteg egyre többet fizet, mert csökken a támogatás mértéke is. Nem könnyű statisztikát készíteni, mert annyi ellensége van az embernek, hogy fél adatot közölni. A forgalom nagy része már nem a tb-től, hanem a beteg részéről érkezik, ez azonban nem a liberalizációnak köszönhető.

Szolgáltatás minősége jobb lett, mert bevállalták a méréseket. Ugyanúgy dolgoznak, mint 20 évvel ezelőtt éppen arra törekednek, hogy a gyógyszerész elhivatottság megmaradjon. Azt érzékeli, hogy a fiatalok mások, nincs bennük elhivatottság. Az hogy szombaton be kell jönni az nagy teher, nem tudja elképzelni, hogyan oldják meg más patikák, hogy vasárnap is nyitva tartanak. Most minden a pénz körül forog. Az élet hozta, hogy a pénz a legfontosabb.

Patika 3.

Interjú időpontja: 2010. június 18.

A patikavezető véleménye, hogy a liberalizáció egyenes következménye a forgalom és bevétel visszaesés a gyógyszertárban. Felére csökkentették továbbá a létszámot, jelenleg minimális létszámon működnek, ami négy főt jelent: 2 gyógyszerészt és 2 szakasszisztent más alkalmazott nincsen. Gyógyszerészt és szakasszisztent is el kellett bocsátani az elmúlt években. Havi árbevétel 20 millió Ft körül.

Nyitva tartási idő nem változott. A készletek jelentősen lecsökkentek, a korábbinál kevesebb gyógyszert tartanak. Eközben az áruválaszték nőtt, gyakorlatilag kötelezővé is tették, hogy ugyanabból a hatóanyag-tartalmú gyógyszerből valamennyi terméknek készleten kell lennie azzal, hogy a patikában mindig a legolcsóbbat kell tartani, de az hogy mi a legolcsóbb az havonta változik.

A törvény óta nagyon sokszor előfordul, hogy egy beteget nem tudnak kiszolgálni azonnal: kb. 80%-ban van a termék készleten és 20%-ban kell visszajönni a fogyasztónak, korábban ez rendkívül ritkán fordult elő. Általában egy gyógyszert mindig tudnak biztosítani a beteg számára, csupán a második, harmadik havi gyógyszeradagért kell visszajönni, legkésőbb másnap. Korábban jelentős készleteket tartottak, így a kiszolgálás nem ütközött nehézségekbe.

A válaszadó szerint a nagykereskedők magatartásában egyértelműen jelentős változás történt. Többek között azért, mert saját patikáik vannak, és másként állnak hozzá a többi patikához. Kevesebb kedvezményt adnak, szűkült az árukészletük és a feltételeik sokkal keményebbek.

Az interjúalany felhívja a figyelmet arra, hogy szakmai körökben éppen ezért elleneztek a patikaliberalizációt, azt, hogy a nagykereskedőknek is legyenek patikájuk, mert ez nem tisztességes a kis patikákkal szemben.

A gyógyszertár a Gyöngy patikák része. Havonta kapnak egy brossúrát, ahol 20-25 termék olcsóbban szerepel és a patika kötelessége, hogy árulja a termékeket és biztosítsa a kedvezményeket. Ezek akciók, amit bizonyos mértékben kompenzál a Hungaropharma: a termékeket csökkentett áron kapják a patikák, de csökkentett árrésen is adjak tovább, a hónap végén a forgalom függvényében a beszállító kompenzál. Cserébe folyamatosan tartaniuk kell a patikába a katalógusban szereplő termékeket.

A nagykereskedői árváltozásról nem tud a válaszadó, mert megítélése szerint követhetetlen a gyógyszerárak alakulása. Negyedévente lehet árváltozás, gyakran előfordul, hogy egy termék a korábbtól eltérő áron érkezik, a patika az árrést az alapárhoz igazítja, de nem tudja, hogy a termék ára, a támogatás vagy a nagykereskedői árrés változott.

Egyes termékek esetén tartották, máshol inkább növelték az árrést a patikában. További kínált akciójuk a Ferencváros kártya, ami 10% kedvezményt biztosít a fogyasztók számára a nem támogatott gyógyszerekre ez is csökkenti az árrést.

A liberalizáció óta nem vezettek be új szolgáltatásokat, amit jelenleg kínálnak (vércukor, testzsírtömeg mérés stb.) már korábban is létezett. Korábban is házhoz szállítottak idős embereknek és most is házhoz szállítanak díjmentesen.

Fogyasztók szemszögéből elsősorban az változott, hogy sok esetben nem tudják kiszolgálni őket, és vissza kell térni a gyógyszerükért. Az árváltozást a betegek se tudják követni, néha észreveszik, hogy egy gyógyszer lekerült a közgyógy ellátásról, vagy megszűnt a tb támogatása, de a kisebb árváltozásokat nem érzékelik igazán. Aki folyamatosan szed egy gyógyszert, annak tudomásul kell vennie, és általában lenyelik az áremelést, nincs mit tenni.

Az, hogy kevesebben dolgoznak a patikában, az biztosan negatívan befolyásolja a szolgáltatás minőségét. Igyekeznek minden kérést elvállalni, mindent elkészíteni. Bizonyos nagy-értékű gyógyszereket azonban csak akkor tudnak megrendelni, ha a tb támogatás befut, a 24 órán belüli kiszolgálást nem biztos, hogy tudják vállalni. Akinek ez nem felel meg az elme egy más patikába. Korábban nem létezett ilyen.

Nem tudja megítélni az interjúalany, hogy a forgalom visszaesését mi okozza a recesszió vagy a liberalizáció. A válaszadó tapasztalatai szerint nem kizárólag a konkurens patika megnyitása okozza a bajt, nőtt a lakosságra jutó patikák száma, kevesebb az emberek pénze, drágábbak a gyógyszerek,

sok esetben nem elengedőek a nyugdíjak. Annak ellenére így vélekedik a patikavezető, hogy a környéken is nyílt egy önálló patika.

A nem vény köteles termékek árát már korábban is a maximált árnál alacsonyabb áron kellett értékesíteni, mert a vevők nem egy bizonyos árszint felett nem vásárolnak. A patikavezető tapasztalatai szerint azonban kevesen vannak azok, akik összehasonlítanak tíz patikát, és ott vásárolnak, ahol a legolcsóbb a termék, ezért ezeket az árakat szabadabban lehet változtatni, és történt némi árnövekedés ezen a területen, de nem lehet végtelenségig emelni az árakat.

Összességében nem gondolja azt, hogy a patikaliberalizáció az emberek magasabb szintű gyógyszerellátását segítené elő. Több okból sem. Az újonnan nyitott patikáknál tapasztalatból tudja, hogy nem vállalnak el mindent, csak azt ami az árrés szempontjából gazdaságos. Mindenki tudja, hogy 5-6000 Ft fölött beszerezni a gyógyszert nem gazdaságos, mert az árrés-képzés degresszív. Az új patikák ezért sokszor meghúzzák a határt, hogy 5000 Ft felett nem is rendelnek, de valakinek a 10-15000 Ft-os gyógyszereket is meg kell rendelnie a beteg számára, különben ellátás nélkül marad.

A törvény nem segítette a betegek ellátást. Ezen a környéken eleve 3 patika üzemelt, a negyedik igazán nem volt létszükséglet a lakosság számára. Az interjúalany tudja, hogy az idő eldönti, ki marad életben és ki nem. Úgy gondolja, hogy amit előre beharangoztak, hogy az 50 fős faluban is lesz patika, az egyáltalán nem valósult meg. Egy lényeg volt a liberalizáció kapcsán a zavarosban halászás: mint ahogy az újonnan alapult láncok tönkre is mentek, több milliárdos tartozásokkal. Ilyen például az Alma patikák, de a Phoenix-nek és a Teva-nak is volt egy olyan lánc, ahol a befektetők szépen kiléptek és eltűntek a pénzzel. Előrelátható volt, hogy ezt a piacot sokan meg fogják lovagolni. De nemcsak a nagykereskedőket, a működő patikákat, és betegeket érintette kedvezőtlenül a változás. Még a társadalombiztosítástól is rengetek pénzt elvettek, mert ha tönkre megy egy patika az a tb számára is jelentős többlet költséget jelent. Úgy gondolja, hogy a törvény arra volt szabva, hogy bizonyos emberek jól járjanak.

Természetesen nemcsak láncok hoztak létre patikát, de jelenleg - 12%-os árrésből - nagyon nehéz egy most egy patikát működtetni, anélkül, hogy a gyógyszertár mögött jelentős tőke áll, ennek ellenére nagyon sokan rászánták magukat. A válaszadó véleménye szerint a korábban is működő patikák jobb helyzetben vannak a kialakult versenyben, mert sok éve a piacon vannak.

Korábban valóban jó üzlet volt a patikaüzemeltetés. Hazugság lenne, ha nem beszélne arról, hogy a privatizáció kezdetekor, amikor még 28%-os árréssel és adómentességgel működtek a patikák, sokan nagyon meggazdagodtak. A válaszadó már nem tartozott közéjük, de 2003-ig ők sem érezték meg, hogy gazdaságilag nehezebb lenne. 2003 óta egyre jobban nyomták le az árrést, ma már 12%-os árréssel dolgoznak, ráadásul a nyakukra nyitották a patikákat. Ma már nem gazdaságos patikát üzemeltetni, de a jó üzlet híre megmaradt. Az interjúalany nem érti, egyes patikák hogyan maradnak életben, ő ma egészen biztos, hogy nem fogna bele egy patikanyitásban.

A patikát 1995-ben privatizálták, mindig megvolt a betegekkel szembeni régi fajta etikus hozzáállás. Gyakorlatilag nem tartják magukat gazdasági szakembereknek. Sokszor saját gazdasági érdeke ellenében is cselekszik, azért hogy a betegek ki legyenek szolgálva. Föl sem merül például, hogy pénzt fogadjanak el a munkatársak, amikor gyógyszert visznek ki a betegeknek olyannyira, hogy még ajándékot sem fogadhatnak el. Jóindulatból teszik mindezt, mert idősek laknak a környéken, mert nem tudnak eljönni a pelenkáért. Másik oldalról az új patikákban ezzel szemben van egy gazdasági számítás, hogy mi éri meg és mi nem, és ehhez tartják magukat.

Amikor privatizálták a patikát készítettek egy üzleti tervet, ami tartalmazta a gazdálkodási környezetet, és hogy milyen módon fogják visszafizetni a hitelt. A szabályozás azonban megváltozott a piac kiszámíthatatlanná vált, gyakorlatilag elvették a nyereségüket.

A nagy vesztesek a nagyvárosok patikái, ahol korábban a fő utcában egy patika üzemelt és most négy lett. A 20 milliós forgalom lecsökkent 5 millióra. A régi patikának ugyanúgy ki kell fizetni a hitelét, amit akkor vállalt, amikor azt hitte változatlan feltételekkel működik a rendszer. Nem marad más számukra, mint az eladás és a csődbemenetel, és fennmaradnak az újak. Ez nem tisztességes verseny.

A patikába törzsvendégek járnak, ezért az új patika megnyitása nem befolyásolta jelentősen a forgalmat. A vevők visszajönnek hozzájuk, a válaszadó úgy gondolja, hogy a tisztességesen végzett munka megtérül. De vannak olyanok, akiknek ez nem sikerült és tisztességtelen ajánlatokkal – mikrohullámú sütő stb. - elcsábították a vevőkört csődbe mentek. Január elsejétől tilos az ilyen akció, de korábban számos variációja létezett 5 receptért adtak 100 Ft-ot, vagy kedvezményt kaptak a vevők a Lidl számlájának bemutatásával. Mindenhol ez ment, célja az volt, hogy elcsalják az embereket, ugyanakkor arra nem gondoltak, hogy a vevőket meg is kell tartani. A patikavezető azt mondta, hogyha ilyen eszközhöz kell folyamodnia, akkor inkább bezár, mert ez a magatartás nem méltó a szakmához.

A válaszadót nem zavarja, hogy bevásárlóközpontokban nyitottak patikát. Hiszen az Arénában tönkre is ment a patika, pedig nagy bevásárlóközpont. Nem új keletű dolog, hogy a forgalmas központokban nyitnak patikát, ez már korábban megtörtént, és elfogytak a jó helyek. A szocializmusban eleve rendelők mellett, csomópontba nyitották a patikákat, később a privatizációval ismét mindenki a jó helyeket kereste. Maradtak a bevásárlóközpontok, de ez sem volt jó perspektíva. Gazdaságossági számítások szerint 15 millió Ft havi forgalom alatt egy patika gazdálkodása nem nyereséges. Ha egy 20 millió Ft-os forgalmú patikára rányit egy másik, akkor az egyik patika csődbe megy. Ezek feleslegesen elfecsérelt pénzek.

A benzinkutak várakozásai sem jöttek be a gyógyszerforgalmat illetően, a magyar ember máshogy van szocializálódva. Fültnúja volt egy beszélgetésnek egy Dm-ben: egy vásárló tanakodott melyik terméket vásárolja, és a másik azt javasolta egyszerűbb, ha patikába megy, mert ott elmondják mi mire való. Magyarországon a szódabikarbónát sem a közértben veszik meg az emberek, pedig lehet kapni. A savanyúsághoz a tartósítószer, vagy a tápszert is a patikában veszik meg, pedig a dm-ben sokkal olcsóbbak, de az emberek így szokták meg. A benzinkutaknak a gyógyszerek az alacsony forgalom miatt csak púp a hátukon.

Az internetet maximum a fiatalok használják, talán az ő körükben teret fog hódítani a neten keresztüli gyógyszerrendelés, de jelenleg még nincsen piaca.

Patika 4.

Interjú időpontja: 2010. június 30.

A patika egy bevásárlóközpontban újonnan nyitott gyógyszertár. Fél éve üzemel, a patika vezetője nagy szakmai tapasztalattal rendelkezik. Korábban vezetett patikát kórházban, lánchoz tartozó patikát, hagyományos patikát és most a bevásárlóközpont patikáját üzemelteti.

A patikanyitás beváltotta a hozzá fűzött reményeket, annak ellenére, hogy a környék patikákkal igen jól ellátott, még rendelőintézet is található a közelben, nagy a forgalmuk.

9 fő dolgozik a patikában ebből 2 gyógyszerész és 7 szakasszisztens, van egy takarítónő is, de őt csak néhány órában alkalmazzák. A forgalma havi kb. 30 millió Ft. A forgalom azonban csalóka mutató. Lehet, hogy egy kórház mellett található patikában, ahol drága onkológiai termékeket forgalmaznak ott nagyon nagy az árbevétel, ugyanakkor a drága termékeken alacsony az árrés, így a hasznuk igen alacsony azoknak a patikáknak. Ez erre a patikára nem igaz, mert drágább és olcsóbb termékeket egyaránt forgalmaznak.

A nagykereskedőkkel jó kapcsolatot ápol, nincsen velük problémája, rugalmasak. A korábbi tapasztalataihoz képest annyi változott a nagykereskedők hozzáállásában, hogy szigorították a vissza-árúrást, ez azonban nem a liberalizáció következménye, inkább szakmailag volt indokolt. Naponta 2-3-szor szállítanak a nagykereskedők.

A patika a Gyöngy patikák része, és ezek akcióit kínálja hónapról hónapra a vásárlók számára, más akciót nem alkalmaz. Az akciók kedveltek keresettek és elsősorban a betegek számára jó. Az idősöknek olykor sokat jelent az árengedmény. A verseny azt követeli meg a patikától, hogyha egy konkurens cég, mondjuk egy lánc el kezd akciózni, akkor a patika is hasonlóan tegyen, mert a vevők keresni fogják az olcsóbb termékeket, a végtelenségig azonban ezt sem lehet. Az ajándékosztogatást - amit néhány gyógyszertár korábban alkalmazott a vevők elcsábítására - erkölcsileg elfogadhatatlannak tartja.

A nyitvatartási ideje napi 12 óra hétfőtől vasárnapig. Negatívnak és kényszernek éli meg a nyitva tartást, de a vásárlók elkényelmesedtek és elvárják, hogy a patika is nyitva legyen a bevásárlóközpontban, nem tehet mást.

A gyógyszerigazgatás keretében vércukor, vérnyomás és koleszterin-szűrést végez. Bejelentkezés alapján lehet igénybe venni a szolgáltatást. Ezen kívül dermokozmetikai tanácsadást működtet a patikában, ami bár költséges, de nagyon keresett szolgáltatás. Elvileg vállal ingyenes gyógyszerkiszállítást 2 km-es körzetben a fekvő betegek részére, de eddig erre még nem mutatkozott igény.

Olykor előfordul, hogy nem tudják kiszolgálni a vevőket a kért termékkel, de ez azért nem gyakori, és 24 órán belül meg tudják rendelni a terméket. Csak a hiánytermékek esetén fordul elő, hogy nem tudnak másnapra rendelni. Ellátatlanul nem marad beteg. A patika vevőköre igen változó nagy az átmenő forgalom, nem egyszerű minden igényt kielégíteni.

Informatikai program segíti a hatékony készletezést. A forgalmat - kis odafigyeléssel - annak ellenére fel lehet térképezni, hogy a bevásárlóközpontban nagy az átmenő forgalom. Ennek eszközei, hogy meg lehet ismerni a környéken rendelő orvosok preferenciáit, fel lehet venni velük a kapcsolatot és tájékozódni lehet, ez egy fontos lépés, amit például egy kórházi patikának nem kell megtenni, hiszen adott, de ezzel előre lehet kalkulálni, hogy milyen termékekre lesz igény, és ez nagyban megsegíti a készletezést.

A patikavezető véleménye szerint összességében nem változott kedvező irányba a gyógyszerellátás a liberalizáció következtében. Nem úgy alakult a gyógyszerhálózat a törvény hatályba lépése óta, ahogy azt elvárták és prognosztizálták, hogy majd a kistélepüléseken - és ott ahol eddig nem volt - létesülnek patikák. Oda nyíltak patikák, ahol már voltak, tisztességtelen módon más patikák kárára igyekeztek boldogulni. Ahol igazi igény lett volna rá, ott nem létesültek. A vesztesek a kistélepülések, ahol korábban is alig boldogultak a gyógyszertárak és szakmai elhivatottságból üzemeltették mégis a patikát. Most a megváltozott viszonyok között bezárni kényszerültek. A vesztesek másik köre azok a

kisvárosi, nagyvárosi patikák, akikre új gyógyszertárat nyitottak és elhalaszták a forgalmukat. A láncos patikák mögött sokszor külföldi tőke áll, de ezek sem működnek jól, sokuk bezárására kényszerült és kivonult mögüjük a tőke. A liberalizáció összességében felhígította és széttűlesztette a szakmát. Szakmai szempontból zuhant a gyógyszerészek presztízse.

A vásárlók már nem értékelik a szakmát, különösképpen itt a bevásárlóközpontban. Nem látják a vevők, hogy a gyógyszerész szakma komoly felkészülést igényel, ahol az emberek egészsége a tét. A vevők körében a gyógyszertár egyenlő lett egy ruhabolttal, miközben itt komoly korlátozások és szabályok betartásával folyik a munka. Hasonló a patika megítélése a bevásárlóközpont üzemeltetői körében, akik igen nagy bérleti díjakat kérnek el, annak ellenére, hogy a patika egy más üzlettel nem egyenrangú feltételekkel működik.

A fogyasztók elsősorban ott sérülnek, hogy csökken a szakma színvonala. A válaszadó is járt Dm-ben, vagy benzinútnál és azt tapasztalta, hogy például volt olyan termék, amit nem hűtve tároltak, pedig előírás szerint ott kellett volna. A beteg persze nem veszi észre a különbséget, mégis az egészsége bánhatja. Hasonló a helyzet bizonyos termékek együttes szedésénél. A patikában a gyógyszerész fel tudja hívni arra a figyelmet, hogy a kiváltott termékek együttfogyasztása milyen mellékhatásokkal jár.

Összességében tehát több a patika, ami kedvező a beteg a részéről. Ugyanakkor Szakmailag teljesen felhígult az ellátás. Sok a patika, de kevesebb a gyógyszerész egy-egy patikában, így nem minden beteg találkozik gyógyszerésszel a gyógyszerállátás során. Nincs elegendő szakember ennyi patikához.

Nagy problémát jelent a szakember utánpótlás. Manapság a szakasszisztens képzés 1-2 éves OKJ-s képzés keretein belül folyik. 1 év alatt lehetetlen elsajátítani a szakmát. Főként az új patikákat töltötték fel az új munkaerővel, vagy csábították el a megfelelő szakembereket több pénzt kínálva. A szakma azonban hígul. Elsősorban a fiatalokra jellemző, hogy nem elegendő tudással felvértezve kezdenek el dolgozni, részben ez a képzési rendszer hibája, de nagyon rossz irányba viszi a dolgokat a fogyasztók érdeke is sérül, ha nem megfelelő színvonalú a kiszolgálás.

Még egy gondot lát. Sok patikában a szakmai irányítást nem szakember, hanem gazdasági befektető végzi. A szakmai és a gazdasági szempontok egy patika esetén sokszor ütköznek és valószínűleg a szakmai színvonalnak ez az állandó konfliktus sem tesz jót.

Patika 5.

Interjú időpontja: 2010. június 16.

A patikában két gyógyszerész és négy szakasszisztens dolgozik. Az árbevétel 20-25 millió Ft havonta jelenleg.

A válaszadó 1993 óta magángyógyszerész, a városban elsőként alapított gyógyszertárat, a privatizáció után kiegyensúlyozott programot és minőséget tudott biztosítani. Jelenleg a Megyei Kamara elnökségi tagja. A kamara minden törvénytervezet és módosítás előtt valamennyi fórumot kihasználta arra, hogy tiltakozzon a liberalizáció ellen, de ezeket a döntésnél figyelmen kívül hagyták.

A válaszadó felhívja a figyelmet arra, hogy nem piacféltésről van szó, hiszen az új gyógyszertárok nem tudtak szolgáltatásban többet nyújtani a régiéknél. Az újak a drágább gyógyszereket egyszerűen nem tartják készleten, és a régi gyógyszertárakba irányítják a vevőket. Ez a magatartás nem etikus, hiszen a drágább gyógyszereken kisebb a patikák haszna, ráadásul figyelmen kívül hagyja a vevő érdekeit az

a gyógyszerész, aki elküldi a beteget és nem hajlandó megrendelni a gyógyszert. A támogatott gyógyszerek reklámozása területén is inkorrektiséget érzett, ezt több helyen szóvá is tette. Az új patikák különböző akciókkal és szóróanyagokkal tévesztik meg a fogyasztókat. Rövid időn belül a vevők rájöttek ugyanakkor arra, ha egy patikában egy termékhez olcsóbban jutnak hozzá, akkor a másik terméket ugyanitt drágábban tudják megvásárolni.

A patikavezető tapasztalatai szerint a liberalizációt követően nem ott nyíltak új gyógyszertárak, ahol erre szükség lett volna, és éppen a kistélepülések patikáit tették tönkre. A vesztesek egyértelműen a kistélepülések a nyertesek a patikaláncok.

Valamennyi patikában nehezebbé vált a költséggazdálkodás. A jelenlegi rendszerbe nem lehet fejlesztéseket, új szolgáltatásokat beépíteni, nem lehet megtartani a munkaerőt, napról napra élnek, elavult gépekkel dolgoznak a válaszadó csak a hátrányát érzi mindannak, amit a liberalizáció adhatott.

A készletét harmadára kényszerült csökkenteni, ami miatt a váratlanul betoppanó nyaraló embereket nem tudja kiszolgálni, ez elégedetlenséget szül a vevők körében. Az akut eseteket nem utasíthatja vissza, hiszen egy inzulin igényt vagy egy égést azonnal orvosolni kell, így elsősorban a szezonális termékek körét csökkentette.

A nagykereskedők nagyon negatívan álltak az új helyzethez, mert a patikák nehéz gazdálkodása miatt hatalmas kintlévőségeket halmoztak föl. A gyógyszertárakban a dobozszám nem változott, de az OEP lejjebb és lejjebb vitte a gyógyszerek árát, a generikumok megjelenésével kényszerűen az olcsóbb termékek felé irányították az orvosokat és a gyógyszertárakat. A patika munkatársai ugyanannyit dolgoznak, adminisztrálnak, mint korábban, de sokkal alacsonyabb árszínvonalú termékeket értékesítenek. Mivel nem volt többletforrás és megnövekedtek a költségek, ezért a patikák késtek a fizetésekkel. A nagykereskedők ezért jelentősen szigorították a feltételeket. Csökkentették a fizetési határidőket és minden gyógyszertár esetén meghatároztak egy rendelési limitet. A patika vezetőinek a limitált beszerzés miatt súlyos döntéseket kell hozniuk nap mint nap. Vannak olyan gyógyszerek, amik rendkívül nagy árfekvésűek, így előfordulhat, hogy egyetlen gyógyszer kimeríti a patika aznapi keretét. Ilyen esetben a gyógyszerésznek döntenie kell, hogy egyetlen vevőnek szerez be egy gyógyszert és másnap nem szolgál ki kétszáz embert, vagy elutasít egy beteget, akit előfordulhat, hogy már a sokadik patikából küldtek el hasonló okok miatt.

A nagykereskedők mindemellett árat is emeltek. A nagykereskedők árrése (a válaszadó megítélése szerint a nagykereskedők árrése elérheti a 13-18%-ot) jóval nagyobb a patikákénál (1% árrés).

Amikor borult az Alma patikák sora a Hungaropharma felölelte a láncot, és más néven jelent meg. A nagykereskedő természetesen saját láncát részesíti előnyben és ezzel tisztességtelen versenyhelyzetet teremt. Más országban ilyen nem létezik, elkülönül a kereskedő, a gyártó és a kiskereskedő.

Az interjúalany sokszor azt érzi, hogy ma már nem szakmai döntések születnek a gyógyszerpiacon, csak a volumen számít. Úgy ítéli meg, hogy a nagykereskedőknél csak többen összeszerveződve lehet jó pozíciót elérni, az önálló gyógyszertárak lépéshátrányban kerültek. A kért gyógyszerár a Patikus CÉH-nek a tagja, ebben csak magyar patikusok lehetnek tagok. Így többen összeszerveződve tudnak kedvezményeket kicsikarni a beszállítóktól, természetesen nem akkorát, mint amihez a láncok jutnak. A patikus Céh-nek 140 patika a tagja jelenleg, de nem szándékoznak jelentősen megnövelni a taglétszámot. Hűségkártyát állítanak ki, mindig éppen olyan kedvezményekkel, amit a cég gazdálkodása megenged. Ők nem mikrohullámú sütőt vagy tv-t ajándékoznak a vevőknek, ezt a magatartást nem tartja etikusnak.

Az utóbbi másfél évben hat embert bocsátott el. Szakasszisztensből 2-öt, és négy egyéb alkalmazottat. A létszámcsökkentés a minőség rovására ment. Az új patikák ráadásul nagyobb fizetés reményében sokszor elcsábítják a tapasztalt alkalmazottakat.

Az 1993-as években volt a gyógyszertárak hőskora, akkor a patikák kedvező hitelekhez jutottak a bankoknál, amit rövididőn belül - egy megfelelő üzleti terv mentén haladva – vissza is tudtak fizetni. 2005-ben ezért a kérdezett patikában is úgy gondolták, hogy nagyobb helyiségbe költöznek, minőségjavulást szerettek volna elérni. A bank is pozitívan állt a beruházáshoz, készítettek egy üzleti tervet, ami két éven belül összeomlott. A banki kamatok hirtelen az egekbe szöktek annak minden hozadékával. A hiteltörlesztéshez újabb hiteleket kellett felvenniük, már a magánvagyonot is bevonták fedezetnek.

Szintén negatív hatásként érte a patikát, hogy korábban pályázati úton nyerték el azt a lehetőséget, hogy bizonyos intézményeket (szociális intézmény, idősek otthona stb.) gyógyszerekkel lássanak el. Ez számukra állandó fix bevételt jelentett. Tavaly azonban a szociális otthon egyoldalú szerződést bontott a gyógyszertárral. Hasonló módon az egész megyében intézeteket vettek el a gyógyszertáraktól, és mindent egy helyre – a megyei kórházba – összpontosítottak. A megyei kórház mögött is tőkeerős nagykereskedők működnek. A másik negatív jelenség, amit nehezményez a válaszadó, hogy a rendelő intézetekben egyfajta nem szakmabeli működtető irányított betegforgalomban tette érdekeltté az orvosokat. Ez ellen tehetetlenek a patikák. Pályázni is próbált, de a pályázati cégekkel való együttműködés nagyon költséges és sok önrésszel jár (elérheti az 50-60%-ot), nem tud előteremteni.

Az új – láncba tömörült – gyógyszertárak agresszíven terjeszkedtek és hatalmas pályázati pénzekhez jutottak, egy gyógyszertár 50-60 millió forintot is kapott. Ez azért kapcsolódik a liberalizációhoz, mert amikor egy lánc kialakult - és itt nem szakmai befektetőről, hanem üzleti emberekről van szó - mögé hívták a nagykereskedőket kezesnek. Az önálló boltok mögé soha nem állt kezesnek nagykereskedő. Hatalmas gazdasági nyomás és pénzügyi érdekek vitték a szálakat tovább.

A nyitva tartási idő annyiban változott a liberalizációt követően, hogy eltörölték az állandó éjszakai ügyeletet, cserébe május 31-ig este 10-ig vannak nyitva. Siófok és vonzáskörzetében 7 patika látja el az a folyamatos ügyeletet, annyi napot kell vállalni egy gyógyszertárnak, ahány gyógyszerésze van. Úgy gondolja a válaszadó, hogy a házi patika rendszerben a nyáron 7-8-ig történő nyitva tartás, bőven elég ahhoz, hogy kiszolgálja a betegeket.

Mivel megjelentek generikumok és egyre alacsonyabb árfekvésű gyógyszerek kerültek forgalomba, sokkal alacsonyabb a bevételi tartomány, mert a vény köteles termékek esetén maximálva vannak a fogyasztói árak. Emiatt ugyanannyi munkával, sokkal kevesebb hasznot tudnak realizálni. A generikumok megjelenése azért jelent nagyon nehéz feladatot, mert egy terméket 10-15 gyártó is előállít, az árbeli eltérés köztük sokszor nem több mint 2-5-10-100 Ft. Ha az orvos azt mondja, hogy a gyógyszer helyettesíthető, akkor a gyógyszerésznek fel kell ajánlani az olcsóbbat. Az OEP csak a legalacsonyabbat támogatja, ezt kell kínálni az orvosnak és a gyógyszerésznek. Általában orvosi szokás függvénye, hogy melyik orvos mit ír föl. A patika nem tudja az összes terméket megrendelni. Ha a vevő nem fogadja el a legolcsóbbat, akkor a gyógyszer a patikában áll, és a termék megromlik, a fogyasztó viselkedése pedig sokszor kiszámíthatatlan (van aki allergiás, van akinek rossz tapasztalata van, ahány vevő annyi igény stb.). Korábban kevesebb termék létezett ugyanabból a hatóanyagból. A patikavezető tapasztalata szerint a terméktúlkínálatnak is rossz a megítélése a fogyasztók körében, mert az idős emberek nem tudják követni mi mire való.

10 esetből ma már 8-szor fordul elő, hogy a patikában nem tudják teljes mértékben kiszolgálni a fogyasztót, gyakori hogy 3 termékből 2 van készleten. Ma már tartozási nyilvántartást vezetnek a fogyasztók felé. Tűzoltás folyik. Mivel megnövelték a vények szavatosságát (3 hónapra) ezért sok vevő 3 havi recepttel érkezik a gyógyszerertárba. A patikus nem mondhatja, hogy nem szolgálja ki a vevőt, ha azonban megteszi az alacsony készlet miatt lehet, hogy a harmadik vevőnek már egy havi terméket sem tud biztosítani.

Ahol megengedhető volt ott növelték a nem vény köteles termékek árát, de a vevők nagyon ár-érzékenyek, ezért nem lehet korlátlanul árat emelni. A nagykereskedőknél a patika akciós lehetőségeket alkudott ki, a rabattot beépítették az árba.

A patikavezető megítélése szerint a világban kétféle módszer létezik az etikus és a merkantil. Reméli, hogy Magyarországon visszatér az etikus módszer, mert a merkantil megöli a fogyasztók és a gyógyszerészek között kialakult viszonyt. Nehezményezi továbbá a hagyományos patikák ellen indult negatív kampányt. Ha felbomlanak a régi jól bevált rendszerek, az terepet ad a visszaéléseknek, ennek jelei már most is mutatkoznak, olyan formában, hogy illegálisan is hozzá lehet jutni termékekhez.

Szakmailag nem adta föl a küzdelmet a patikavezető, folyamatosan képzte magát és az alkalmazottait, és tartja a kapcsolatot a gyógyszerismertetővel. A napi munkájában nélkülözhetetlen, hogy megjegyzi és továbbítja az ismereteket a fogyasztók felé. A szolgáltatás minősége összességében romlott a patikában, ha van valami fejlődés az, mindig valami más rovására ment.

Saját tapasztalatai szerint a nem patikai forgalmazásban körülményes, lassú, és személytelen a kiszolgálás. A válaszadó szerint fontos a személyes kontaktus, a patikában meghallgatják a vevőket. Sok esetben kiszállítják a gyógyszereket felár nélkül, ha ez indokolt a családi háttér miatt. A nem kurrens termékeket odaadják a szeretetszolgálatoknak, szelektíven összegyűjtik a lejárt termékeket és folyamatosan tájékoztatnak. Ezekkel a szolgáltatásokkal azonban sosem kérkedtek, sosem hirdették, Most pedig azt tapasztalják, hogy a konkurens cégekről megjelennek a hirdetések hasonló jelszavakkal, amikor ez számukra már a kezdetektől teljesen természetes dolog volt.

A patika hagyományosan négy terméktípussal foglalkozik: gyógyszer, egyéb termékek, állatgyógyszer, gyógyászati segédbolt. Állatgyógyszer többségében kikerült a forgalomból, mert az állatorvosok elvitték a piacot. Az egyéb gyógyszerek megjelentek a dm-ben és a benzinkutaknál. A gyógyászati segédeszközökön nagy az árrés, ezért az orvosok összeálltak és alapítottak egy-egy üzletet és odairányították a vevőket. A szociális intézmények ellátását központosították, így a patikáknak igen szűk mozgásterük maradt.

Hogyan reagált a kérdezett patika a változásokra? Mivel belvárosi gyógyszerertár, átutazó, beutazó emberek igényét kell kielégítenie. A patikavezető azt kereste, hogy miben tud kiemelkedően jó lenni. Új szolgáltatásokat vezetett be, a gyógyszerészeti gondozás keretében vényomást, vércukort, testzsírt mérnek a patikában, ehhez elvégezték a szükséges tanfolyamokat és megszerezték a szükséges képezéseket. A Patikus céh révén hűségkártyával kiszolgálja a vevők igényét mintákat, tájékoztatósi füzetet ad.

Kuriózumnak számít, hogy a patikában foglalkoznak Schüssler terápiával, arcdiagnosztikával, alkalmazzák a homeopáta ajánlástechnikáját, megtanulták a javaslattevését, jó kapcsolatot ápolnak a bõrgyógyászokkal és a biotermékek gyártóival. Nagyon hálásak az információkért a fogyasztók.

Összességében nem nagy az érdeklődés a fogyasztók részéről ezen termékek irányába, mert nagyon érzékenyek. De ha jó kapcsolatot alakít ki a gyártóval, továbbképzésen vesz részt, akkor kiegészítő termékeket és tájékoztatást tud adni vevőknek. Egy fogyasztót nem kell elhalmozni ahhoz, hogy visszajöjjön, mert egyre mohóbb lesz. Fel kell ajánlani a lehetőséget, hogy próbálja ki a terméket, de nem szabad elhalmozni.

A patika a Dm bizományosi polcrendszerével nem tud lépést tartani. Nem tudja forgalmazni az összes pelenkát, bébi ételt stb. Ezért el kezdett olyan termékek felé nyitni, amit csak gyógyszertárban forgalmaznak. Minden pillanatban swot analízist vizsgálta. Legnagyobb veszély, hogy a fogyasztóknak nagyon kevés pénze van, sokszor a beteg 6-8 vényből csak kettőt visz el, mert nincs rá pénze.

A pesti gyógyszertárak lefedettsége igen nagy. Vidéken azonban más a helyzet. Van olyan kereskedő, aki egy hónapban egyszer szállít ki, van olyan, aki csak délután érkezik, és meg kell várni, van olyan, aki 100 ezer forint alatt ki se jön. Régebben a gyógyszertár éjjeli trezort üzemeltetett. A patika záráskor leadta a rendelést, a nagykereskedő éjszaka kihordta a gyógyszert. Ez a szolgáltatás megszűnt a nagykereskedők részéről.

A válaszadó megítélése szerint a gyógyszerészek nem rugalmatlanok, sokan belekeseredtek a helyzetbe, dinasztikák omlanak össze, mert a fiatalok nem lesznek patikusok, a szakma már nem ad jövőképet. Amennyiben megfékeződik a liberalizáció, és a nagykereskedőknél pozícióba tudnak keveredni a hagyományos patikák, talán még megfordítható lesz a helyzet.

A patika forgalma 10-15%-kal csökkent 2007-hez képest. Egy másik patika megnyitásakor visszaesett a forgalmuk 5 millió Ft-tal. A közelben kettő új patika nyílt rövid időn belül, és ebből egy be is zárt. Ugyanakkor megnövekedett az információigény az OEP és a doktorok részéről. Vonalkód nyomtatással kell foglalkozni az orvosoknak, ennek a felismeréséhez a patikákban erős scanner kell, a régiek nem működnek, mindez jelentős beruházást igényel. Kézzel bevinni az adatokat nagyon hosszú időt vesz igénybe, új alkalmazottra pedig nincs pénz.

Beteghívó rendszer nem vált be a patikában, próbálkoztak vele. Ami újítási lehetőség volt, azt igénybe vették. Újból reklámozniuk kell, felvenni a versenyt a konkurenssekkal, mert szükség van az arcukra. A liberalizációban arctalan befektetők léptek színre, akikkel nem tudták felvenni a harcot. Azzal, hogy megszüntették a kamara beleszólási jogát, nagy lépéshátrányba kerültek.

Akkor válhat kedvezőbbé a helyzet a válaszadó szerint, ha a kamara visszakapja a jogosítványokat, amit elvettek tőle. A korábbi gyógyszerészszám tudta kezelni a minőséget. Az EU-ban már elfogadták, hogy a gyógyszertárat üzemeltető cégben a gyógyszerésznek kell többségi tulajdonban lenni. Ha ez nem valósul meg nem a szakmaiság fog dönteni, hanem, hogy minél magasabb áron, minél gyorsabban adják el az árut, és nem érdekel senkit kinek az a lényeg, hogy fizessen. Nőnek a visszaélések, hiszen ha utasításba adja a tulajdonos az alkalmazottnak, hogy teljesítenie kell a napi forgalmat, akkor hiába korlátozza szabályozás, az alkalmazott olyan terméket is ki fog adni vény nélkül, amit nem lehetne (fogamzás gátló, altató). Az ÁNTSZ képtelen ellenőrzése alá vonni minden patikát. A gyógyszerész szakma felelősség.

Patika 6.

Interjú időpontja: 2010. június 24.

A patika a kistélepülés egyetlen gyógyszertára, az orvosi rendelő mellett helyezkedik el, önálló tevékenységet végez, egyetlen lánchnak sem tagja. Jelenleg 1 gyógyszerész, 2 szakasszisztens egy

takarító és napi 2 órában egy nyugdíjas kisegítő dolgozik benne. Árbevétele (a fiókpatikával együtt) havi szinten 15 millió Ft körüli.

A patikának van egy fiókpatikája a szomszédos településen. A fiókpatika minden nap 2 órán át tart nyitva, ahol a patikavezető személyesen szolgálja ki a vevőket, nincsen más alkalmazott. A fiókpatikát az interjúalany a kulcsi önkormányzat külön kérésére nyitotta meg még 2007 előtt, és annak ellenére, hogy beruházást igényelt a fejlesztés, érdemes volt engedni a kérésnek, mert a fiók nélkül mára veszteségessé vált volna a cég.

A patikavezető megítélése szerint összességében nem javult a fogyasztók gyógyszerellátása, miközben a patikák gazdálkodása jelentősen megnehezedett. Egyik a napról a másikra élnek, nem tudnak tervezni, készletezni. Sokkal többet kell dolgozniuk az alkalmazottaknak ugyanazért az eredményért. A patika forgalma csökkent, de jóval kisebb mértékben, mint a városi patikáknak. Ez a visszaesés elképzelhető, hogy csupán a recesszió hatása, ugyanakkor tapasztalata szerint az emberek a gyógyszereik megvásárlásáról még kedvezőtlen anyagi helyzetben sem mondanak le.

A legnagyobb problémát az jelenti a fogyasztók számára, hogy akadozik a gyógyszerellátás. Már a törvény hatályba lépése előtt is az volt a gyakorlat, hogy a nagy értékű, vagy nem kurrens gyógyszereket nem tartották készleten a patikában, és a következő napra szerezték be a nagykereskedőktől. Ma ez már nemcsak a legdrágább gyógyszerek esetében van így. Jelenleg naponta 2-3 alkalommal is előfordul, hogy nem tudják azonnal kiszolgálni a vevőt. Az azonban fontos, sohasem utasítanak el senkit, és a következő napon minden termék a vevő rendelkezésére áll. Tapasztalattal nem rendelkezik róla, de hallotta, hogy az új patikákban sokszor előfordul, elküldik a beteget azzal az indokkal, hogy nem tudják megrendelni a terméket. Valójában minden terméket meg lehet rendelni, előfordulhat azonban, hogy a patikának nem éri meg kiszolgálni a beteget az alacsony árás miatt.

A generikumok számának megnövekedésével igen bonyolulttá vált a készletezés. A patikavezető igyekszik minél több terméket készleten tartani, de szűkíteni kellett az egy termékből tartott dobozok számát. A generikumok elterjedésének előnye a fogyasztó számára, hogy amennyiben az orvos a recepten nem tiltja meg a helyettesíthetőséget, akkor a patikus felajánlhatja a vevő számára azonos hatóanyagú, de olcsóbb terméket. Sokan élnek is ezzel a lehetőséggel, és kedvezően fogadják.

A patika 3 nagykereskedővel áll szorosabb kapcsolatban, ebből kettő naponta egyszer, egy hetente háromszor szállít. A nagykereskedők magatartásbeli változását a patikavezető nem érzékeli, mert nem halmozott föl adósságot. Tudja azonban, hogy a nagykereskedők azon patikák esetén, amik folyamatos tartozással rendelkeznek, szigorú korlátokat vezettek be. Limitálták a rendeléseket, jobban odafigyelnek a fizetési határidőkre.

A válaszó patikabezárásról nem tud a környéken, de 3 patika esetén tudomására jutott, hogy munkaerőt kellett elbocsátani. Valószínűleg azért nem került sor patikabezárásra a környéken, mert nem voltak olyan kisforgalmú patikák, amik nem bírták volna kigazdálkodni az életbe lépett változtatások miatt megnövekedett költségeket. A közeli városban (Dunaújváros) jelenleg 9 patika működik, ebből 2 új nyitott a Tescóban és a Sparban. Ezek a patikák a kért patika számára nem jelentenek jelentős konkurenciát, mert a településen adott a vásárlói kör. Azok pedig, akik korábban is a városban vásároltak, továbbra is ezt teszik, ennek azonban nem volt számottevő vásárló elszívó ereje.

Enyhe negatív hatást érzékeltek a liberalizációt követően, mert a vevők a patikában is szinte követelni kezdték az akciókat, az ajándékokat (a városban sokan 100 Ft-ot adtak egy receptért, ezzel csábították el a vevőket). A patika azonban, mivel nem tagja láncnak és nem karolta föl egyetlen tőkeerős nagykereskedelmi cég sem, önerőből nem tudta biztosítani a kedvezményeket. Nem is vezettek be a patikában semmilyen akciót vagy pontgyűjtést, promóciót. Természetesen vannak olyan vevők, akik nagyon nagy figyelemmel kísérik a meghirdetett lehetőségeket, ideiglenesen őket veszítette el a patika, de a válaszadó tapasztalatai szerint amint az akció megszűnik, vagy nem érinti többé a vevőt visszatér a helyi patikába vásárolni. Ugyanakkor előfordul, hogy a városból is idejönnek vásárolni a lakók, mert híres a patika a megbízhatóságáról illetve arról, hogy nem utasítja el a vevőket.

Új szolgáltatást nem vezettek be a liberalizációt követően, mivel erre sem igény, sem kapacitásuk nem lett volna. A patika a rendelőintézet mellett helyezkedik el, ahol a szükséges szűrő vizsgálatokat elvégzik. A gyógyszeresztári szolgáltatás nyújtásához továbbá vizsgázniuk kellett volna, illetve se szoba, se felszerelés nem áll rendelkezésükre a szükséges feltételek biztosításához. A nyitvatartási időben sem történt változás, 8-5-ig állnak rendelkezésre, ugyanúgy, mint korábban. Munkaerőt sem bocsátottak el, mert a jelenleg alkalmazott 4 fő, változatlan nyitva tartás mellett már a minimumlétszámot jelenti.

A nem vény köteles termékek kínálatában sem történt változás. Összességében inkább kicsit nőtt a termékek fogyasztói ára, mint csökkent, de sok esetben inkább ez utóbbi volt jellemző. Inkább szakmai szempontból tartja kedvezőtlennek azt, hogy egyes termékek kikerültek a gyógyszertárakból. Hiszen lehet hogy adott esetben kedvező a vevő számára, ha egy általa gyakran vásárolt és ismert terméket akár benzinkútnál is meg tudja vásárolni, előfordulhat azonban, hogy több ilyen termék hosszú távú együttes fogyasztása már egészségkárosodást okozhat. A patikában a gyógyszerész felhívja a figyelmet arra, hogy bizonyos termékek együttes fogyasztása milyen következményekkel jár. Egy benzinkútnál ezt nem teszi meg senki. Ebből a szempontból csökkent a gyógyszerellátás szolgáltatási színvonala.

A törvényváltozás továbbá nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket, miszerint éppen a kistélepléseken javul majd a gyógyszerellátás. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a változások legnagyobb vesztesei a kistéleplések gyógyszertárai, amik nem tudtak nyereségesen gazdálkodni a megváltozott szabályozási környezetben, illetve legnagyobb vesztesek talán nem is a gyógyszertárak, hanem az olyan kistéleplésen élők, ahol megszűnt a gyógyszerellátás. Kedvezőtlen helyzetbe kerültek továbbá azok az elsősorban városi patikák is, amikre új patikát nyitottak és nem tudták felvenni a versenyt.

A patikavezető egyik legnagyobb sérelme, neki még úgy tanították a gyógyszer különleges áru, amit nem lehet általános termékként kezelni. A patikaliberalizációval ez a szemlélet változott meg, rendkívül rossz irányba.

Patika 7.

Interjú időpontja: 2010. június 23.

A patika Budapest belvárosában helyezkedik el. Árbevétele havonta 40 millió Ft. Alkalmazottainak száma jelenleg 12, ebből 3 gyógyszerész és 6 szakasszisztens, a többiek egyéb asszisztensek.

A gyógyszertár önálló gazdálkodású, de a PharmaNova Zrt. többségi tulajdonában áll, a PharmaNova szoros kapcsolatot ápol az ugyancsak német tulajdonban álló PhoenixPharma nagykereskedelmi Zrt-

vel, a patika tagja a PhoenixPharma által üzemeltett Szimpatika értékesítési láncnak is, vagyis igen nagyok az összefonódások.

A PharmaNova Zrt. a magyar gyógyszerári piac meghatározó szakmai befektetője, a legnagyobb magyar patikalánc. Kizárólagos tevékenysége a gyógyszerári vagyongazdálkodás: 150 gyógyszerárban van tulajdoni részesedése. A csoport éves konszolidált nettó forgalma 2009-ben 46 milliárd forint, gyógyszerkiskereskedelmi piaci részesedése 8% körül volt. (honlap)

A patikák gazdálkodását alapvetően meghatározó két kiemelt terület, ahol a PharmaNova Zrt. jelentős segítséget nyújt a gyógyszeráraknak: a szállítói kapcsolattartás és a banki finanszírozás. A piaci átlagnál kedvezőbb árakat és feltételeket tud elérni a nagykereskedőknél, így a kisebb patikák részére is biztosítja a piacon elérhető legkedvezőbb kondíciókat. A cégcsoport szinten a PharmaNova Zrt. rendelkezésére álló előnyös finanszírozási feltételeket, például az egyszerűen, gyorsan hozzáférhető folyószámlahitelt a vállalat kezességvállalásával a láncot alkotó gyógyszerárak is igénybe vehetik. (honlap)

A patikát 1996-ban alakították, már akkor többségi tulajdonosa volt a PharmaNova, a jelenlegi patikavezető másfél éve irányítja az üzletet. A patika kész értékesítési és üzleti tervet kap készhez a többségi tulajdonostól, amelyet igyekeznek teljesíteni. Az utóbbi években általában alul maradtak az üzleti tervnek, de gazdálkodásuk kiegyensúlyozott.

A válaszadó véleménye szerint a patikaliberalizáció legfontosabb következménye, hogy a szakmai, egészségügyi szempontokat a versenyhelyzet miatt kiszorították a pénzügyi szempontok. A gazdálkodás eltolódott a marketing irányába. A vevők a változások hatására elsősorban azt tapasztalták, hogy olcsóbban tudnak hozzájutni a termékekhez. A válaszadó megítélése szerint a vevők nagyon - és egyre inkább ártudatosak - ez részben a kedvezőtlen gazdasági környezetnek is köszönhető. Tapasztalata szerint a vevők rendkívül kiélezettek az akciókra, amennyiben egy konkurens közeli patika valamilyen terméket árkedvezményrel árul, rövidtávon vásárlókat tud elcsábítani. Hosszú távon azonban ezeknek az akcióknak nincsen hatása, hiszen a patika maga is él ezekkel eszközökkel, de éppen ez a jelenség bizonyítja, hogy mennyire fontos jelen helyzetben a marketingtevékenység.

Árengedményeket nyújtanak a gyártók és a nagykereskedők is. A marketingtevékenység elemei a patikában a pontgyűjtő akció, amely ingyenesen elvehető újságokban jelenik meg, a különböző akciók és kedvezmények, valamint - elsősorban az év végén - a kapcsolt termékek megjelenése.

2007 óta patikában 15 főről csökkent a létszám 12-re, ez részben a nyugdíjazásnak köszönhető, de néhány alkalmazott esetén a konkurens cégek csábították el a munkaerőt. Létszámbővítésre jelenleg nincsen lehetőség. A 2006-os csúcsévhez képest a betegszám és a forgalom értékben megközelítően 10-15%-kal mérséklődött.

A forgalom visszaesést elsősorban a készletgazdálkodás megszorításával kompenzálták. Mivel a patika a többségi tulajdonát birtokló cég szoros kapcsolatot ápol a nagykereskedőkkel ezért a gyógyszerár ellátása rendkívül magas színvonalú. A patika beszállítója majdnem kizárólagosan a Phoenix Pharma, ami napi 3-4-szer szállít ki árut, és igen kedvezőek a szállítási feltételek. A törvény hatályba lépése óta nem változott a nagykereskedő magatartása, mert a megbízható partnerek irányába erre nem volt szükség. A korábbihoz hasonló minőségben tudja kiszolgálni a patikát is.

A patika vezetője tevékenysége kezdete óta folyamatosan csökkenti a készleteket, ilyen gyakori kiszállítás nélkül erre nem lenne lehetősége a szolgáltatási színvonal jelentős visszaesése nélkül. A

készletszint csökkentésnek két oka van, egyrésztől megítélése szerint korábban túlzott készletekkel működött a patika, másrésztől korábban – a kedvezőbb pénzügyi helyzet miatt - nem kellett ekkora figyelmet szentelni a készleteknek, nem léteztek a maihoz hasonló korlátok a pénzügyi gazdálkodásban.

A patika azonban törekszik arra, hogy vásárlási szándékkal érkező vásárló ne távozzon a kívánt termék nélkül. Jellemzően 100 esetből 4-5-ször fordul elő, ez is elsősorban a nem gyógyszertermékek esetében, hogy a vevőnek vissza kell térnie a patikába, és maximum 24 órán belül rendelkezésére áll az áru. Az azonnal ki nem elégített rendelést egyrésztől az expressz nagykereskedői szolgáltatáson keresztül, vagy – a válaszadó őszintén megvallja – a közeli patikából történő beszerzés útján valószínűleg meg. Abban az esetben, ha az orvos nem tiltja a termék helyettesíthetőségét, akkor a patikus ajánlhat a beteg számára azonos hatóanyagú a doktor által felírt terméknel olcsóbb gyógyszert, van amikor ezzel a lehetőséggel élnek. Hangsúlyozza ugyanakkor, hogy fontos prioritást élvez a patikában az a cél, hogy minél kevesebb alkalommal forduljon elő a beteg elutasítása.

A nem vény köteles termékek piacán a válaszadó megítélése szerint ugyancsak árcsökkenés történt, ami elsősorban a patikák között fokozódó versenynek köszönhető. Igaz, hogy megszüntették a nem vény köteles termékek ármaximumát, ugyanakkor a fogyasztók sokkal árérzékenyebbek lettek, ezért összességében nemhogy növelni, de csökkenteni kényszerültek az árrest.

A patika is bevezetett néhány kiegészítő egészségügyi szolgáltatást (vércukorszint, vérnyomás mérés, egyéb szűrővizsgálatok). A gyógyszerészek a törvényben leírtaknak megfelelően elvégezték az erre vonatkozó szakmai képzéseket és heti egy meghirdetett alkalommal – limitált időben - 2 órán keresztül végzik tevékenységüket. A patikavezető bevallja, hogy csupán azért végzik ezt a plusz szolgáltatást, mert szakmailag nem szeretnének elmaradni más patikáktól. Forgalmi szempontból a hatásuk elenyésző, ahhoz pedig, hogy valaki állandóan rendelkezésre álljon többlet munkaerőre lenne szükség, a tulajdonos azonban ezt nem engedélyezi. Más szolgáltatást mint ingyenes házhoz szállítás, vagy internetes rendelés nem vezettek be.

A nyitva tartásban, a választékban, a csomagolásban, pozicionálásban nem történt változás.

Az interjúalany szerint a fenntarthatatlan fenntarthatóságért zajlik a küzdelem a piacon. Nem is tudja elképzelni, hogy az újonnan alakult patikák, illetve a kistelepüléseken működő patikák megfelelő nagykereskedelmi háttér nélkül, hogyan tudnak életben maradni. Egyes szakmai vélemények szerint középtávon jelentős számú gyógyszertár megszűnésére lehet számítani, és azok, amik életben tudnak maradni már nem fognak aktívan akciózni hiszen nem kényszerülnek majd rá. Legnagyobb vesztesek a kistelepülések, a törvény nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, miszerint a kistelepüléseken is megindul a verseny, így javul a vidék gyógyszerekkel való ellátottsága. A törvény hatására inkább jelentősen nehezebbé vált a patikák gazdálkodása különösen a kisműködésű patikáké. A válaszadó véleménye szerint valószínűleg középtávon a szakmai befektetők patikái tudnak majd életben maradni és eltűnnek a piacról a pénzügyi befektetők.

Az új patikák elsősorban a városokban a bevásárlóközpontokban és hipermarketekben nyíltak. A fogyasztók gyógyszerekhez való hozzáférése mindenképpen kedvezően alakult Budapesten az eltelt időszakban.

Patika 8.

Interjú időpontja: 2010. július 5.

A Zöldkereszt Patikát 1980-ban a Fővárosi Gyógyszertári Központ alapította. 1996 óta a Zöldkereszt Patika Bt. a gyógyszertár tulajdonosa.

A gyógyszertár privatizáció egyidős a rendszerváltással, lehetővé tette magán gyógyszertárak létrehozását. Az 1994-ben hozott, állami gyógyszertárak privatizációjáról rendelkező törvény adta meg ehhez a jogszabályi háttérrel. Országosan 2300 gyógyszertár került két év alatt magánkézbe. A lepusztult gyógyszertárhálózat fejlesztésére rendkívül kedvező kondíciók mellett volt lehetőség hitelt felvenni. A hitel 60%-át kötelező jelleggel fejlesztésre kellett fordítani.

A gyógyszertár-privatizáció a mai napig meghatározza a szakmán belül helyzetet, ellentéteket. Ekkoriban még 28,5% volt a kiskereskedelmi árrés, valamint 80%-os adókedvezmény is megillette a gyógyszertárakat. Mindemellett az új gyógyszertárakat, az OEP előfinanszírozásban is részesítette. Ezzel szemben jelenleg hetente el kell számolni az OEP-pel, s ezt követően 7-10 nappal később kapják meg korábbi finanszírozás egynegyedét. Mára az árrés 13,7%-ra csökkent, a 85%-os kedvezmény régóta megszűnt, valamint utófinanszírozás van érvényben. A kamatmentes hitel igénylésének lehetősége is megszűnt. Igaz ugyanakkor, hogy nem mindenki, aki részt vett a privatizációban, volt alkalmas patika vezetésére, ezért sokakra jól ráillett a kényszervállalkozás kifejezés.

1994 óta 38-40 gyártói kezdeményezésű áremelés valósult meg, a gyógyszertári árrés ugyanakkor ezzel szemben csak egyszer növekedett, majd ezt követően fél évvel vissza is csökkent a korábbi mértékre.

2007-et követően a gyógyszerész, aki tulajdonképpen nevét adja a vállalkozáshoz, számos esetben a gazdasági döntésekbe sem szólhat bele. Ennek ellenére minden felelősséget ő visel a gyógyszerellátásért.

A gyógyszertári vállalkozás az 1994-et követő tíz évben még kedvező üzlet volt, mára azonban egy folyamatosan zsugorodó tortából már egyre kevesebbet lehet kiszelni. A verseny bizonyítottan nem oldja meg a gyógyszer-kiskereskedelem problémáit. A torta nemcsak, hogy kisebb lesz, hanem egyre inkább morzsálódik is.

2007-et követően 630 új gyógyszertár nyílt, melyeknek elvileg a korábbiakhoz képest többletszolgáltatásokat kell nyújtani a működés lehetősége fejében. Ezek tényleges meglétét azonban nem ellenőrzi senki. Jónéhány gyógyszertár úgy kapott engedélyt, hogy ugyanazt, vagy kevesebb szolgáltatást nyújt, mint a korábbiak.

Az újonnan nyílt patikák korábban ismeretlen technikákat alkalmaznak: például busz szedi össze a nyugdíjasokat nyugdíjfizetéskor és viszi el egy konkrét patikához, vagy egyes patikák összegyűjtik a recepteket, ezeket kiváltják, majd a gyógyszereket elszállítják a beteghez. Olyanra is akad példa, hogy az új gyógyszertár alkalmazottja a régi gyógyszertár ajtajában szórólapozik, valamint 100 forintot fizet a receptért. Sokak tapasztalata, hogy a beteg annak érdekében, hogy minden felírt gyógyszert a legkedvezőbb áron tudjon beszerezni, listákat készít, telefonálgat, és a korábbinál jóval több időt tölt gyógyszerbeszerzéssel. Mindez vidék, Budapest vonatkozásban nem mutat különbözőséget.

Azon patikák helyzete, melyek láncba tömörülnek, gyártói, vagy nagykereskedői támogatással, jóval nagyobb kedvezményt képesek nyújtani, mint a kis patikák. Minél többet rendel egy patika, jellemzően annál nagyobb rabtatot kaphat. Bár utóbbi mértéke is jelentősen csökkent az évek során.

Összességében nem változott kedvező irányba a gyógyszerellátás a liberalizáció következtében. A kistélepüléseken - és ott ahol eddig sem voltak – ezáltal sem létesültek patikák. Jellemzően ott nyíltak patikák, ahol már voltak, más patikák kárára igyekeztek boldogulni. Ahol igazi igény lett volna rá, ott nem létesültek.

A lakosság vásárlóereje folyamatosan csökken, mely a gyógyszerfogyasztás volumenének csökkenését eredményezi. Az elmúlt 3 évben az utóbbi folyamat és a tb-támogatás arányának folyamatos csökkenése is forgalomcsökkenés irányába hatott.

A liberalizáció hozta magával a gyógyszerár csökkentést is. A gyártókat versenyeztették, így kategóriánként lett meghatározva az a referenciakészítmény, melyhez a támogatást kötötték. Az orvosokat így eltérítették a szakmai elvtől, nem írhatják fel a saját maguk által preferált gyógyszert. Licit alapján a preferált gyógyszerek kéthetente változnak, így az orvosnak is mást kell felírni, és a patikának is másból kell készleteznie. A korábban bekészletezett gyógyszer pedig ott „rohad meg” a polcokon. Az utóbbi egy évben kissé konszolidálódott a helyzet, a korábbihoz képest két-három héttel előbb megkapják a listát a támogatott készítményekről. Sajnos, még így is óriási mennyiség kerül selejtbe.

A törvény előírja a hűtőkamra meglétét, a számítógép alapú betegtájékoztatót, ugyanakkor ezt nem minden patika esetében ellenőrzi.

2007-et követően, abból a szempontból jól járt a beteg, hogy a korábbihoz képest több gyógyszertárban veheti meg gyógyszerét. A gyógyszertár pedig választhat, hogy vagy elküldi a dolgozóit, vagy a készletekkel operál, minimálisra csökkentve a készletszintet.

Az elmúlt 20 évben kiszivattyúztak a gyógyszertárak termékköréből mindent, amin komoly haszonra tettek szert, mint például pelenka, kötszer, gyógyászati segédeszköz. Jelenleg gyógyszertár-típusonként változik, hogy az értékesített termékkör hány százaléka gyógyszer. A plázákban, bevásárlóközpontokban működő gyógyszertárak esetében 50% a nem gyógyszerkészítmények aránya, melyeken természetszerűleg nagyobb (olykor 30-40%-os) árrést is realizálhatnak.

Az új patikavállalkozásokat nem a szakma szeretete, az elhivatottság vezéri, hanem kizárólag a profit. Az új gyógyszertárak nem találnak megfelelő patikus szakembert, jelenleg 1800 a betöltetlen állások száma. Az új patikák gyakran a meglévő patikák alkalmazottait csábítják el magasabb fizetésért.

A gyógyszertári szolgáltatás minőségének biztosításához a felkészült szakembereket is megfelelő létszámban kell tudni biztosítani. A szakember-ellátottság alakulását nyilván másként ítéli meg a patikalétesítésben érdekelt vállalkozói-befektetői kör, az államigazgatás és a szakma. Abban azonban minden felelősen gondolkodó szereplő egyetérthet, hogy gyógyszerész nélkül a patika nem működhet, mert a betegnek szüksége van rá.

Számos patikában a szakmai irányítást nem gyógyszerész szakember, hanem a pénzügyi befektető intézi. A szakmai és a gazdasági szempontok egy gyógyszertár esetén sokszor nem találkoznak és a szakmai színvonalnak e kettősség biztos nem tesz jót.

Kérdés, hogy a fentiek mérlegelésével összességében jól járt-e a lakosság?

Patika 9.

Interjú időpontja: 2010. június 25.

2007 óta működő magánpatika, mostanra érte el felfutásának csúcsát. Nem tagja láncnak, tagja a Szimpatika marketing célú társulásnak. A patika központi helyen, a busz- és vonatpályaudvar közvetlen szomszédságában lévő üzletházban helyezkedik el.

A gyógyszerári tevékenység, a köztudatban élő téveszmék ellenére ma már nem egy kiemelt nyereséget kínáló üzlet. 2007-ben a jogszabályi változtatások hatására számos új patika nyílt, ezek tulajdonosainak többsége azonban pusztán pénzügyi szemléletben gondolkodik, hajlamos elhanyagolni az egyéb szakmai és etikai szempontokat.

Nem véletlen, hogy az újonnan nyílt patikák egy része már nem létezik, s a többi magánpatika is küzd a fennmaradásért. Az alkalmazottaknak ugyanazért az eredményért sokkal többet kell dolgozniuk. A patikák legtöbbje kisebb létszámmal dolgozik, mint korábban, így nagyobb teher nehezedik a dolgozókra.

A patikavezető szerint 2007 óta összességében nem javult a fogyasztók gyógyszerellátása, gazdálkodásuk azonban jelentősen nehezedett, eredményességük romlott. Többségük egyik a napról a másikra él, nem tudnak tervezni.

Az interjúalany 3 hónapja vezeti a gyógyszerárat, itt lehetősége van gyógyszerészként tevékenykedni, s korábbi patikájával ellentétben nincs szükség folyamatosan a tulajdonos – aki jellemzően csak a forgalmat ellenőrizte - pénzügyi elvárásait teljesíteni.

A törvény életbe lépését követően a beteg egyrészt jól járt azzal, hogy az erősödő verseny következtében csökkent a nem támogatott termékek ára, a támogatott készítményeknél a támogatás csökkenésével azonban gyógyszerár növekedést éreztek. Jól járt a vásárló továbbá azért is, mert ajándékokra is jogosult, valamint gyorsabb, kedvesebb kiszolgálást kap.

A nem vényköteles termékek piacán árcsökkenés történt, mely elsősorban a patikák között erősödő versenynek köszönhető. Igaz, hogy megszűntették a nem vényköteles termékek árplafonját, a fogyasztók azonban sokkal érzékenyebbek lettek, ezért összességében szűkült az árrés.

A nyitva tartásban, a választékban, a csomagolásban, pozicionálásban nem történt változás az elmúlt 3 évben.

Érden jelenleg kb. 10 patika működik, ebből 4-5 nyílt 2007-et követően. Helyi gyógyszerár csődjéről, patikabezárásról nem tud a környéken, de tudása van róla, hogy egy-egy patika munkaerőt bocsátott el. Vélhetően azért nem zártak be gyógyszerárat, mert nem voltak olyan kisforgalmú patikák, amik nem bírták volna kigazdálkodni az életbe lépett változtatások miatt megnövekedett költségeket.

Úgy véli, hogy hosszú távon az a patika maradhat életben, amely képes szemléletet váltani, alkalmazkodni az új körülményekhez. Természetesen ehhez korlátozni kellene a gyógyszerár-orvos összefonódásokat. Továbbá a gyógyszerárak szigorúbb és hatékonyabb ellenőrzésével meggátolható volna a vényre kapható gyógyszerek vény nélküli értékesítése.

Vidék-főváros vonatkozásban jelentős gyógyszerári árkülönbséget érzékel (akár 40-50%-os árkülönbség is lehet egy-egy nem támogatott készítmény esetében), ráadásul a plázákban működő gyógyszerárak kimagasló árréssel dolgoznak. Az érdekek ezért inkább a helyi patikákat részesítik előnyben.

Kiegészítő szolgáltatásokat nem nyújt a patika, a korábbi gyógyszerárban sem volt rá kereslet. Úgy véli, hogy részben megszokásból, de az emberek elsősorban gyógyszerért mennek a patikába, az egyéb vizsgálatokért a háziorvost vagy a szakrendelőt keresik fel.

Árengedményeket a gyártók és a nagykereskedők is nyújtanak. A marketingtevékenység elemei a patikában a pontgyűjtő akció, amely ingyenes újságokban jelenik meg, illetve a különböző akciók és a kedvezmények.

Patika 10.

Interjú időpontja: 2010. június 25.

1995 óta működő magánpatika. Nem tagja láncnak vagy marketing célú társulásnak, független családi patika.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény hatása esetükben a forgalomcsökkenésben jelentkezett. A településen és a környező településeken két új patika nyílt, valamint a Budapestre dolgozni járók is inkább a fővárosban, a plázákban munka után intézik el a gyógyszer bevásárlást. A betegforgalom jobban szétoszlik a helyi patikák között is. Összességében nem nőtt a gyógyszerek iránti kereslet. Az erősödő konkurenciaharc és a gyógyszerátogatás csökkenése a csökkenő árakban is megmutatkozik.

2007 óta nem váltak ugyan fizetésektelenné, nyereséget azonban nem tudnak termelni, általában nullszaldóra hozzák ki tevékenységüket. Egy alkalmazottat kénytelenek voltak elküldeni, de a minimumfeltételek teljesítése érdekében az alkalmazotti állomány nem csökkenthető tovább.

Jelentős probléma van a jogszabályokkal, valamint a hatékony ellenőrzés hiányával. A 100 forintos receptdíj bevált eleme a patikai működésnek (sokan 100 Ft-ot adtak egy receptért, ezzel csábították el a vevőket), holott erre nem volna lehetőség. E gyakorlat büntetése a bizonyítás nehézsége miatt szinte lehetetlen.

A patikai kínálat esetükben nem módosult, a betegek igényeit teljes méretékben ki tudják elégíteni. Szolgáltatásaik:

- Ingyenes szűrővizsgálatok (Részt vesznek a Patika egészségpénztár által létrehozott prevenciók alap keretén belül a Patika Egészségpénztár és az Új Pillér Egészségpénztár tagjai részére ingyenesen végzett szűrővizsgálatokban). A szűrővizsgálat során meghatározásra kerül: a vércukor-, koleszterin- és trigliceridszint, a vérnyomás, valamint a testsúly kontrolljára is sor kerül. Nem egészségpénztári tagok költségtérítéssel vehetik igénybe a szolgáltatást.
- Vércukor mérés
- Komplex mérés az egészségkontroll készülékkel
- Gyógyszerészi tanácsadás
- Koleszterin mérés
- Triglicerid mérés
- Vérnyomásmérés

Mindezek 2007 előtt is a szolgáltatási palettán szerepeltek.

Nyitva tartást nem változtatták a korábbihoz képest, helyben ezzel nem tudnának jelentős többletforgalmat generálni. Szombatonként délután egyig tartanak nyitva. Budapest közelsége jelentős forgalom elszívó tényező.

A támogatott termékek esetében szűkül a patikai árrés, a nagykereskedelmi kedvezmények száma és értéke csökken, kevesebb a lehetőség ajándékokkal, akciókkal való operálásra. Egyedül a generikus gyógyszereket gyártóknál nőttek a kedvezmények, bár a patikák csak korlátozottan tudják kihasználni az ebből fakadó előnyöket, ugyanis nem tarthatnak egy hatóanyagból többféle készítményt, mivel nincs oly mértékű kereslet, mely jóval a gyógyszerlejárat előtt biztosítaná e termékek teljes értékesítését.

A gyógyszer-gazdaságossági törvénnyel a betegek szűk köre nyert. A fogyasztók gyógyszerhez való hozzájárása egy-egy helyen egyszerűbbé vált, míg máshol nem érzékelnek változást.

Annyiban veszítettek a betegek, hogy azt a generikus gyógyszert, melyet az orvos felír, nem biztos, hogy a legközelebbi patikában megtalálják. Így kényszerből gyakran belefut abba a hibába, hogy más gyártó termékét szedi be, és ez nem ritkán polipragmáziát (szükségtelen mennyiségű gyógyszer beszedését) eredményez (akár nagyobb mennyiséget ugyanabból a hatóanyagból).

A törvény változásai a korábban is működő patikák számára egyértelmű veszteséget jelentenek, függetlenül attól, hogy lánc tagja, vagy független patika, illetve attól is, hogy vidéken vagy városokban működik. A kisebb patikáknak a helyzete erősebben romlott, mint a nagyobbaké.

A változások legnagyobb vesztesei a kistelepülések gyógyszertárai, mivel a megváltozott szabályozási környezetben nem voltak képesek nyereséget termelni. Rosszabb helyzetbe kerültek azok a városi patikák is, melyek közelében új patika nyílt.

Patika lánc 1.

Interjú időpontja: 2010. június 25.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény 2007-es hatályba lépése bárki számára lehetőséget biztosított a patikanyitáshoz. A törvény hatályba lépését követően számos kisebb-nagyobb csoport próbált szerencsét a gyógyszer-kiskereskedelemben, egyesek hálózat építésbe is belefogtak. Számos olyan gazdaságilag instabil patikalánc is létrejött, mely rövid úton csődbe jutott, ilyen pl. az ELI-patikák láncolat, vagy az egykori Alma Patika lánc. Jelenleg is működnek olyan láncok, illetve magánpatikák, melyek a csőd szélén egyensúlyoznak. Természetesen a patikák csődje nehéz helyzetbe hozta a finanszírozó nagykereskedőket is, melyek választhattak: vagy hagyják csődbe jutni a patikákat, vagy megfinanszírozzák adósságukat, s új működtetőre bízzák őket. Utóbbi választásnak köszönhető, hogy az Alma Patika lánc 2009-ben új formában kezdte meg működését. Az immár második generációs hálózat az összeomlott hálózat revitalizációja.

A gyógyszerész szakma a kilencvenes évek közepén lehetőséget kapott a gyógyszertárak privatizációjára, melyet a nagykereskedők is támogattak hosszú lejáratú kölcsönökkel. Egy akkor kb. 1000 fős gyógyszerész társadalom fillérekért juthatott patikákhoz, belőlük lettek a magánpatikusok, s hosszú éveken keresztül kb. 1800 patikát működtettek. E rendszert többek között a MGYK (Magyar Gyógyszerész Kamara) közreműködésével 15 évig sikerült burokbán tartani, s a patikusok is burokbán érezték magukat ezáltal, kiemelkedő egzisztenciát teremtettek, s nem vettek arról tudomást, hogy e rendszer nem tartható fenn a végtelenségig.

Annak érdekében, hogy a 2007-es változások ne okozzanak akkora traumát, mint amekkorát okoztak, 1992 és 2007 között meg kellett volna teremteni egy nyugati mintájú rendszer alapjait. Ennek elmaradásával az új feltételek közepette jelenleg kb. 1000 patika áll csődközelben. 2010-re a helyzet enyhén konszolidálódni látszik, mivel számos patika vezetése megértette, hogy alkalmazkodnia kell az új helyzethez. Ennek ellenére az MGYK még mindig a régi status quo visszaállítása felé húz, álláspontja versenyellenes.

A jelen kiélezett verseny egyértelműen a fogyasztónak, a betegnek kedvez, a szolgáltatások színvonala javul, a szolgáltatások számossága növekszik (vényomásmérés, testzsírmérés, testtömegmérés), a patikai nyitva tartás rugalmasabbá válik (hétköznap sokáig, illetve hétvégén is). A nem receptköteles termékkörben komoly árverseny indult meg a fogyasztók kegyeiért, törzsvásárlói programok kezdődtek meg, a vásárlók érdekei egyre inkább a figyelem homlokterébe kerültek.

A gyógyszerészi gondozás nyugati mintára egyre inkább teret nyer, s a vásárlók is egyre inkább érzik fontosságát. Új törzsközönség alakul ki, melynek mentén a patikai piac újrafelosztása valósul meg. Egyes patikusok rájöttek, hogy nem csupán az árverseny mentén szerezhettek piacot, hanem a szolgáltatási kör bővítésével is. Egyre inkább megtanulják a közgazdaságtani, marketing fogalmakat, eszközöket.

Már 2007 előtt megindult a gyógyszerárak drasztikus csökkenése, mely az OEP-nek az első évben 100 milliárdos, azt követően évente további 10-10 milliárdos megtakarítást jelentett. Ennek mellékhatásként a patikai árréstömeg is csökkent. Ekkor került sor a 2007-es liberalizációra, melynek hatására gombamód szaporodtak az új patikák. Mindezek következtében a piaci torta egyre zsugorodott, az egy patikára jutó árréstömeg jelentősen csökkent. Jelenleg ezért áll kb. 1000 gyógyszertár lejárt tartozásokkal a csőd szélén, s a nagykereskedők helyzete is nehezebbé vált ezáltal.

A patikák ellenében tehát a betegek és az állam is profitált a változásokból. Az állam azonban elfelejtette kompenzálni a plusz szolgáltatást nyújtó patikákat. Nem veszi figyelembe, hogy ma Magyarországon legálisan patikát működtetni szinte a lehetetlennel egyenértékű. A liberalizáció e perspektívából „egy előkészítetlen talajra dobott bomba”.

Téves az a prekonceptió, hogy a liberalizáció tönkretette a vidék gyógyszerellátását. Ez azért sem lehet igaz, mert egy hálózat sem terjeszkedett a vidéki kistelepülések irányába. A községek gyógyszerellátása, gyógyszertári helyzete szinte semmit nem változott az elmúlt 10 évben. Ezzel szemben a fővárosi és a vidéki városi, megyeszékhelyi patikák helyzete nehezedett, nekik kell újabban szolgáltatni, a községieknél jóval magasabb költséggel dolgozni, ugyanakkor fenntartani a szakmai színvonalat. Ráadásul a bérleti díjak is utóbbiakat sújtják, a korábbi egzisztenciális helyzetükből fakadóan a bérbe adók úgy vélik, hogy a patika a jövedelmező szolgáltatás csúcса, így a bérleti díj elvárások is magasabbak.

A nem támogatott termékek patikai piacán árcsökkenés indult be, melynek keretében akár az is előfordulhat, hogy egyes gyártók bizonyos termékeit jóval a piaci ár alatt értékesíti, míg ugyanezen gyártó más termékein hozza be a kiesést. A nem támogatott termékek piacának fokozódó versenye a legtöbb készítmény esetében 10-20%-os fogyasztói árcsökkenést eredményezett.

A patikáknak a változó piaci körülmények ellenére a minimál feltételeknek mindenkor meg kell felelniük, így személyi változásokkal nem reagálhattak a megváltozott piaci feltételekre.

A liberalizáció pozitívuma, hogy az újonnan felnövő generációk is esélyt kaptak a szakmai fejlődésre, patika vezetésére, a szakma csúcsára eljutni. A gyógyszerészek, asszisztensek értéke megindult felfelé, a korábnál kedvezőbb piaci alkupozícióba kerültek.

A 2007-et követő új piaci helyzetben a fogyasztó azt a szolgáltatást választja, melynek jobb a színvonala. Gyakran az új patikák vezetése sokkal rugalmasabb, mint a régi vágásúaké, így könnyen szippantja el a vásárlóit. Utóbbira számos példa akad. 2010-ben 400-500 patikával több van az országban, mint 2007-ben. A hétvégén és a hétköznapi napokig nyitva tartó patikák egyrészt jelentős plusz forgalmat generálnak, ráadásul újabb vásárlókat vonzanak.

A patikában értékesíthető termékkör jelentősen kibővült (pl. OÉTI engedélyes termékekkel), így az árverseny mellett új jelenségként megjelent a választék verseny, megjelentek az ún. profilos patikák (pl. homeopátiás patika), valamint a saját arculatot kialakított patikák.

Gyógyszerész körökben gyakori beszéd téma az etikus patika – commercial modell kettősség dilemmája. Gyakran elfelejtik azonban, hogy az utóbbi modell is a vényköteles termékekre épül, így megmarad az ún. etikus része.

A jövőben elsődleges feladat a piaci keretek meghatározása, annak érdekében, hogy jól működő ágazat lehessen a gyógyszer kiskereskedelem. Ehhez azonban az érdekelteknek (kormányzat, patikusok, kamara, nagykereskedők) meg kell egyezniük a keretokról, a célokról. Az államtól emellett elvárható volna a hiányzó árréstömeg visszapótlása, annak érdekében, hogy nyereséget lehessen kihozni a patikai működésből.

Patika lánc 2.

Interjú időpontja: 2010. július 2.

2007 előtt a gyógyszer kiskereskedelem mentes volt a piaci versenytől, csupán gyártói és nagykereskedői szinten uralkodtak piaci viszonyok. A 2007-ben megkezdődött gyógyszerpiaci liberalizáció a mai napig a viták keresztüzében áll.

Az egyik nagykereskedő 2007-ben, piaci pozíciói védelmében a nagykereskedők közt elsőként döntött úgy, hogy kapcsolatait szorosabbra fűzi a gyógyszertárakkal. Ekkor még nem gondolkodtak patika láncban, hanem azokat a patikákat próbálták együttműködésre bírni, melyekkel gyakori és szoros kapcsolatot ápoltak.

A patikalánc hazai, független gyógyszertárak csoportosulása. A csatlakozott tagpatikák a szakértelem és a tanácsadás mellett, közös beszerzéseik révén kedvezménnyel tudnak kínálni egyes, vény nélkül kapható gyógyszereket, gyógytermékeket a betegek, illetőleg a vásárlók számára. Országsszerte kb. 600 gyógyszertár tagja a patikalánc csoportjának, így minden negyedik hazai gyógyszertár részese az együttműködésnek.

A Gyöngy Patikák rendszeresen szerveznek országos árcsökkentéseket, úgy vény nélküli gyógyszerekre, mint egyéb, a gyógyszertárakban kapható készítményekre. Ilyenkor a Gyöngy Patikák csoportjához csatlakozott összes gyógyszertárban azonos csökkentett, javasolt fogyasztói áron kínálják a készítményeket.

Az indulásakor 450 csatlakozott a patikalánchoz, azóta további 150. A 600 patika jól reprezentálja az országos patikai kört (minden profilú, méretű, forgalmú, elhelyezkedésű stb. gyógyszertár megtalálható a láncban). A társulás e formája nem csorbítja a patikák autonómiáját, leginkább egy franchise típusú üzemeltetéshez hasonlít.

A nagykereskedő számos szolgáltatást nyújt a láncba tartozó patikáknak: pl. mobiltelefon, benzinkártya, kedvezmények, adatszolgáltatás, tájékoztatás induló termékekről, tréningek, jogi tanácsadás, központi irodaszer rendelés, márkáépítés, eladásösztönzés, szóróanyagok, egészségprogram, rajzpályázat stb. Mindezek jelentős pénzügyi megtakarítást jelentenek a gyógyszertárak számára, valamint nagyban segítik a patikák marketingjét, arculatépítését. A nagykereskedő számára a patikalánc támogatása jelentős anyagi teher, külön osztály, külön területi képviselők menedzselik a patika hálózatot.

A szabad patika-alapítás lehetősége 2007 óta összességében 400-zal több gyógyszertár működését eredményezte. Ezzel párhuzamosan a törvény következményeként a piac mérete 2007-ben csökkent, majd ezt követően 2008-ban és 2009-ben kis mértékben emelkedett. A patikai árréstömeg 2009-ben sem haladta meg a 2006-os szintet.

A patikalánc regnálása óta kutatásokat folytatnak arról, hogy mennyivel versenyképesebbek a csatlakozott patikák, mint korábban, vagy független versenytársaikhoz képest. E kutatások egyik fő megállapítása, hogy a lánchoz csatlakozók stabilabbá váltak, mint korábban, egyre kevesebb az eladósodott gyógyszerár. Más részről ugyanezen kutatások megerősítik azt a korábbi feltételezést, hogy a lánc számos tagpatikája irreális elvárásokat támaszt a láncot működtető Hungaropharma felé, mivel hozzácsokolt, hogy ingyen kap szolgáltatást, így minden bajára tőlük vár orvosságot.

A 2007 óta bekövetkezett változások egyértelműen kedvezőek a fogyasztó szemszögéből, a patikusok másképp viszonyulnak a vásárlóhoz, mint korábban, többet mosolyognak, szívesebben válaszolnak a kérdéseikre, s a korábbiakhoz képest új szolgáltatásokat vezettek be.

A gyógyszer kiskereskedelemben is megjelentek és egyre inkább terjednek a marketing eszközök, bár számos szakmabeli úgy véli, hogy nincs helyük az etikus patikai gyakorlatban. Az interjúalany úgy véli, hogy egy adott etikus határig engedélyezni kell a gyógyszerárak marketing tevékenységét. Mivel speciális termékeket forgalmazó szektor, ezért speciális szabályozást igényel. Nem szakmai hiba, ha a patikus tájékoztatja a vásárlókat egyes termékek versenytársaairól, helyettesítőiről, valamint az egyes akciókról. Elvárják, hogy a patikus értekesítsen, nem lehet ugyanakkor kizárólag erre koncentrálni, elhanyagolva a szakmai szempontokat (konzultatív értekesítésre van szükség).

A nagykereskedő esetében kiemelt fontossággal bír a mindenkori jogi keretek betartása, mindezt a patikalánc irányába is intenzíven kommunikálják. Más patikákkal ellentétben nem fizetnek ki gázszámlát, nem adnak ajándékba kristálycukrot vagy nem fizetnek receptdíjat. Egyes versenytársaik, mint pl. a Pingvin Patikák (Dél-Alföldön) agresszív összehasonlító reklámtevékenységet folytatnak. Saját szórólapjukon összehasonlítják a versenytársuk és saját gyógyszerárait. Ennek ellenére még nem indítottak ellenük eljárást.

Egyes régiókban, megyékben (Dél-Alföld, Veszprém megye, Hajdú-Bihar megye) az átlagnál jóval erősebb a verseny. A hozzáférés minden régióban és minden településen hasonlóan jó, az erős verseny kikényszeríti az országos lefedettséget.

A fő probléma nagykereskedelmi szemszögéből elsősorban az, hogy a patikák nehéz pénzügyi helyzetükből kifolyólag egyre kevésbé készleteznek, mely azt jelenti, hogy gyakrabban pótolják a fogyást, mint korábban, így a nagykereskedő gyakrabban szállít, akár korábban elképzelhetetlenül kis mennyiséget, fajlagos költségei így emelkednek. Az alacsony készlet szint másrészt a vásárlók szempontjából sem előnyös, gyakran kénytelenek többször visszamenni a patikába, míg végül megvásárolhatják a kívánt készítményt. Egyes gyógyszerárak nem ismerik fel, hogy a potenciális versenyelőnyük egyik legfontosabb tényezője a patikai készletezés, s nem tartanak készletet, és várják, hogy a nagykereskedő kiszolgálja.

A patikalánc patikáinál egyre gyakoribb probléma, hogy az akciós termékek megvásárlására sincs pénz, így nem képesek a patikák a nyitó készletet feltölteni. Ezért a nagykereskedő kénytelen nyitó készletet meghitelezni a patikák számára.

Az ún. kísérő patikai szolgáltatások hozzáférhetősége javult, minősége ugyanakkor nem biztos. A korábban nyitott patikák is hosszabb nyitvatartási időt voltak kénytelenek bevezetni, növelték a patikában forgalmazott termékek körét, illetve az újonnan nyitott gyógyszerárakhoz hasonlóan a régiókban is megjelentek a különböző akciók és a marketing tevékenység. Ezek természetesen mind többlet költséget jelentettek a patikák számára.

Jelen helyzetben a vevő egyrészt több helyen - az átalakuló vásárlási szokásokhoz igazodva már a bevásárlóközpontokban és hipermarketekben is - olcsóbban, hosszabb nyitva tartás mellett juthat hozzá a beteg a gyógyszerhez.

Patika lánc 3.

Készítette: Udvardi Attila

Mivel az interjúalany anonimitást kért, az interjú megállapításai főként a tanulmány egyéb részeiben kerültek felhasználásra.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény 2007-es hatályba lépése óta 400-zal több gyógyszertár működik az országban, mint azt megelőzően, négyeszeresére duzzadt a kintlévőség állománya, drámaian csökkent a patikai árrés.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény a patikák gombamód szaporodása mellett elősegítette az OTC készítmények piaci térnyerését. Az első 1-2 évben számos versenyjogi, fogyasztóvédelmi problémával kellett megküzdeni a patikaláncoknak, patikáknak. 2010-re nagyjából letisztult a piac, s a piaci folyamatok is áttekinthetőbbek és egyértelműbbek a piaci szereplők számára.

A gyógyszerpiac volumenét tekintve szinte semmit nem nőtt az elmúlt 4-5 évben, akár a vényköteles szegmenst, akár az OTC szegmenst tekintjük. A vényköteles készítmények jelentik a gyógyszertárak bevételeinek döntő hányadát, a piac e szegmensének bővülését természetesen jelentősen behatárolja az állami támogatás mindenkori mértéke, valamint az orvosok vényfelírási tevékenysége, gyakorlata, valamint ennek korlátai. Az OTC termékek piacán jelentősen erősödött a verseny, mely számottevő árletörő hatással bírt a készítmények ára.

A gyógyszertárak mozgástere nagyon szűkre szabott, ráadásul az alkalmazotti állományt sem csökkentheti egy, a jogszabály által meghatározott létszám alá. Az új helyzetben lehetősége van (az újonnan létrehozottaknak előírás a heti minimum 60 óra) hosszított, valamint hétfélig nyitva tartásra, mely természetesen kiegészítő forgalmat generál számára.

A gyártókkal, nagykereskedőkkel indított akciók gyakorisága jócskán megnőtt az elmúlt 3 évben, természetesen etikai és törvényi korlátok betartása mellett.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény hatására jelentősen erősödött a piaci verseny, melynek egyértelmű nyertese a fogyasztó, mely olcsóbban, egyszerűbben juthat hozzá magasabb minőségű és széleskörűbb szolgáltatásokhoz.

A változások elszenvedői a régebben működő fővárosi vagy nagyvárosi patikák, s rajtuk keresztül a nagykereskedők, akiknek jelentős a patikai kintlévőség állományuk. A plázákban, bevásárlóközpontokban létesülő új patikák a korábbi gyógyszertárak forgalmát mintegy fűnyíró elv mentén tizedelték. A kistelepülési patikák helyzete jelentősen nem változott.

A láncához tartozás egy patika számára számos előnnyel járhat, ehhez azonban az is elengedhetetlen, hogy masszív legyen a lánc.

Gyógyszer nagykereskedő 1.

Interjú időpontja: 2010. június 21.

Elsőként arról kívánt beszélni az interjúalany, hogy a gyógyszer-gazdaságossági törvény változása hogyan gyakorolt hatást a fogyasztói keresletre a kiskereskedelmi piacon, hiszen éppen ezek a változások azok, amik a gyógyszer nagykereskedelmre is hatással lettek. Megítélése szerint két nagy változás történt a korábbiakhoz képest: egyik a patikaalapítás felszabadítása, a másik négyeszeres készítmény gyógyszertáron kívüli forgalmazásának engedélyezése.

Az utóbbi téma kapcsán úgy ítéli meg - mint ezeket a helyeket is ellátó gyógyszer-nagykereskedő - hogy nagyon alacsony szintű a forgalom. Becslése szerint ez a szegmens fogyasztói áron kevesebb, mint havi 100 millió Ft-ot tesz ki, ami a havi kb. 40-45 milliárdos gyógyszer-tári piachoz hasonlítva érezhetően alacsony. Hozzá teszi továbbá, hogy ezeket az ellátó-helyeket döntő többségében a benzinkút láncok (Shell, MOL, OMV ez utóbbi visszalépett) alkotják. A Magyar Posta is belépett a piacra, de mára nagyrészt már ő is visszalépett, ezen kívül a Drogerie Markt van még jelen. Ez a változás a nagykereskedők számára jelentősen megnövelte a kiszállítási címeket. Érzékeltetésképpen a 100 milliós havi forgalom három nagyobb patikának az összforgalmát jelenti, ahova koncentráltan szállítják az árut, a kisebb egységekbe pedig 40-50 ezer Ft-os kiszállításokra kerül sor. (A benzinkutak részéről felmerült, hogy az ő ellátásuk úgysem okoz többlet terhet, hiszen a kiszállító autók úgyis az autópályákon közlekednek, de a Hungaropharma a legkisebb településeket is ellátja, ezért a kiszállító autók elkerülik az autópályát.)

A szabad patika-alapítás kapcsán megállapítja, hogy 2007 óta összességében 400-zal több gyógyszertár működik jelenleg. Mindemellett éppen a törvény következményeként a piac mérete 2007-ben csökkent 2006-hoz képest, ezt követően 2008-ban és 2009-ben volt egy kis emelkedés. Ugyanakkor például a patikai árrestőmeg 2009-ben sem haladta meg a 2006-os szintet.

A másik oldalról ennek a 400 új gyógyszertárnak gyógyszerészre volt szüksége. A humán erőforrás igényt nyugdíjasok reaktiválásával pótolták, illetve többen visszatértek erre a területre a szektoron belülről (például orvos és patika-látogatókból gyógyszerészek lettek), de a kereslet csökkenése miatt a személyi költségek megnövekedtek. Ez annyit jelent, hogy a növekvő számú gyógyszertárban az egy gyógyszertárra jutó fedezet több mint 20%-kal csökkent, miközben megnöttek a költségek.

A gyógyszertárak esetében azt tapasztalták továbbá, hogy a korábban nyitott patikák is hosszabb nyitvatartási időt voltak kénytelenek bevezetni, növelték a patikában forgalmazott termékek körét, illetve az újonnan nyitott gyógyszertárakhoz hasonlóan a régiókban is megjelentek a különböző akciók és a marketing tevékenység. Ezek természetesen mind többlet költséget jelentettek a patikák számára.

A fogyasztók oldaláról vizsgálva a változásokat megállapítja, hogy jelen helyzetben a vevő egyrészt több helyen - az átalakuló vásárlási szokásokhoz igazodva már a bevásárlóközpontokban és hipermarketekben is - olcsóbban, hosszabb nyitva tartás mellett, és talán - a versenyhelyzet miatt - empatikusabb gyógyszerészek segítségével juthat hozzá a beteg a gyógyszerhez.

Korábban a patikáknak nem nagyon kellett hogy tegyenek a receptekért, mert a betegek automatikusan jöttek. Egy gyógyszertárhoz 5000 beteg tartozott, a törvény módosítással ez a helyzet megváltozott.

Ahol problémák jelentkeznek a fogyasztói ellátásban, azok a gyógyszertárakban található gyógyszerkészletek. Az a gyógyszertár, amelyik nem ismeri fel, hogy a versenyhelyzetnek az egyik legfontosabb tényezője, hogy legyen a patikában készlet, az nem tart készletet, és várja, hogy a nagykereskedő kiszolgálja. Ha egy kicsit hosszabb távon gondolkodunk, akkor - nem feltétlenül a gyógyszer-gazdaságossági törvény, hanem lehet, hogy a vásárlói szokások eltolódása következtében is - feltételezhető, hogy jelentős számban gyógyszertárak mehetnek tönkre. Ez már egy középtávú időszakban okozhatja a gyógyszerellátás minőségének csökkenését, különösen kistelepüléseken. Amennyiben Budapesten 50-100 gyógyszertár tönkremegy, az még nem okoz minőség visszaesést a gyógyszerellátásban, de hogyha egy kistelepülés gyógyszertára szűnik meg, akkor ott felmerülhetnek ezek a problémák.

További nagyon fontos tényezőként jegyzi meg az interjúalany, hogy 2007-ig gyakorlatilag minden egyes gyógyszerárban azonos áron lehetett kapni a támogatott és nem támogatott készítményeket egyaránt, 2007-től ez megváltozott. 2010. január 1-ig a támogatott készítmények esetén is lehetett árengedményt adni, ez a lehetőség azonban 2010-től megszűnt. A nem támogatott (OTC) készítmények ára ugyanakkor teljesen felszabadult. 2010. január elsejéig létezett egy maximált fogyasztói árkategória, 2010-től ezt is eltörölték. Ezek azok a változások, amik nagyvonalakban érintették a piacot.

A gyártókat nyomás alá helyezte a biztosító, hogy csökkentsék az áraikat, ezért a generikus termékek piacán nagyon komoly árcsökkenés következett be. A gyógyszertárak bevételeinek növekedésének egyetlen mozgásteret az OTC készítmények köre volt, vagy lett volna. Sajnos a közben begyűrűző gazdasági és pénzügyi válság ezt a területet jobban érintette, mint a támogatott vényköteles készítményekét. Közben kismértékű forgalom visszaesés realizálódott a dobozszámokban, értékben növekedett a forgalom amiatt, hogy gyártói áremelések történtek. A fogyasztói ár patikáról patikára változott. Ugyanakkor elképzelhető, hogy a patikákban adott árkedvezmények kismértékben kompenzálták ezeket a termelői áremelkedéseket.

Valamennyi arra vonatkozik, hogy a betegek nincsenek tisztában a gyógyszerárak fogalmával. Amikor a betegek gyógyszerárról beszélnek, akkor ők a térítési díjat veszik figyelembe. Amikor a kormányzat vagy a biztosító gyógyszerárról beszél, akkor ő a biztosítás alapját képező termelői árról beszél. Tehát amikor az egyik oldalról a biztosító árcsökkenést helyez kilátásba, akkor ez - a támogatási szint csökkentése miatt - elképzelhető, hogy a beteg esetében árnövekedést jelent.

A támogatott készítmények esetében összességében árcsökkenés valósult meg, ezen a területen azonban előfordulhatott az is, hogyha a beteg nem a legolcsóbb készítményt választotta, akkor az a számára többlet költséget jelentett. Az OTC termékek esetén általában magasabb fogyasztói árral kellett szembesülnie a vásárlónak.

Léteznek továbbá gyártói akciók, amik általában a gyógyszertárakat és a vezetőiket célozzák meg közvetlenül, annak érdekében, hogy így befolyásolják a patika forgalmat. A gyártók azt gondolják, hogyha egy terméket egy gyógyszertár engedménnyel vásárol - legyen az egy helyettesíthető termék, vagy egy OTC termék - miután azzal ő nagyobb árrést tud realizálni, elsősorban azt a terméket fogja kínálni a patikában egy olyan beteg esetén, aki nem kifejezetten egy adott terméket keres. Ebben az esetben a nagykereskedő engedménnyel vásárol és ezt az engedményt továbbadja a patikáknak. Ezeket az engedményeket a patikák korábban nem adták tovább a betegeknek. A versenyhelyzet következtében azonban voltak olyan gyógyszertárak, amik az engedménnyel vásárolt termékek fogyasztói árát csökkentették, hogy ebből valamilyen szinten a vásárló is részesüljön.

Az általános fedezetcsökkenésnek az lett a következménye, hogy a gyógyszertár számára jelenleg a legnagyobb terhet a készletfinanszírozás jelenti. Számtalan új generikum jelent meg az eltelt időszakban. Eddig egy hatóanyagból 2-3 félélt kellett készleten tartania a patikának 4 kisserelésben, most adott esetben 20-féle hatóanyag is létezik a piacon. Hogyha a gyógyszertár mindig azt a terméket szeretné expedálni, ami a recepten van, akkor rendkívül nagy készletet kell tartania. Ebből egy jelentős készletnövekedés adódott volna, de éppen ebben a körben voltak leggyakoribbak az árváltozások. Ha az adott készítmény ára magasabb volt 20%-kal mint az átlag, elvesztette a támogatását. Tehát nemcsak készletleértékelési hatás érte a gyógyszertárakat az árcsökkenésnél, hanem elképzelhető, hogy készletén maradtak azok a termékek, amik elvesztették a támogatást a fogyasztói oldalról, és nem volt többé irántuk kereslet.

Hogyan hatottak ezek a folyamatok a nagykereskedelemre? Egyrészt jelentősen növekedett a logisztikai teher, hiszen valamivel kevesebb gyógyszert 2000 helyett 2400 patikába illetve további néhány száz patikán kívüli üzletbe is el kellett juttatni. A másik probléma az volt, hogy az előfinanszírozás és a növekvő készítményszám miatt, a gyógyszertárak készlete csökkent. Manapság, ha elmegy az ember a gyógyszertárba 5-6 recepttel, akkor nagyon kicsi az esélye annak, hogy azonnal minden készítményt kézhez kap, gyakran másnap vissza kell mennie bizonyos termékért. Ezalatt a nagykereskedőhöz érkezik egy sürgős rendelés a gyógyszertárból, hogy mely gyógyszerekre van szükség. Ilyen módon a készletezés egy része átvődött a patikákból a nagykereskedők felé, vagyis megnőtt az igény a szolgáltatási színvonal növekedésre, hogy minél gyorsabban, minél gyakoribb és kisebb mennyiségben szállítsák ki a készítményeket.

Ez valahol a rendszer hibája, mert a kiskereskedelmi árrés képzése degresszív skála alapján történik. Amennyiben a termék ára meghaladja az 5000 Ft-ot, akkor ha például 200 000 Ft a termék ára, akkor is csak 850 Ft árrést tud realizálni a gyógyszerész. Az lenne az ideális, ha igény alapján lenne készleten a termék, de racionális alapon, nem biztos, hogy a patika a drága termékeket készletezi.

Az is hozzátartozik a képhez, hogy a gyógyszertárak átlagban 30 napra fizetnek a nagykereskedőnek. Ma viszont, amikor az OEP bevezeti az elektronikus elszámolást, akkor az elszámolási időszak és a jelentés után 5 munkanapon belül megérkezik a pénz a gyógyszertárba. Ha heti elszámolást veszünk alapul, akkor 8-10 nap alatt megérkezik a támogatási összeg, másrészt a beteg azonnal kifizeti a térítési díjat, de a patika a nagykereskedőnek csak 30 nap múlva fizet. Ezért ha a gyógyszertár jó készlettel, kiegyensúlyozott forgalom mellett dolgozik, akkor a patika készletfinanszírozási terhei nem nagyok.

Azáltal azonban, hogy csökkent a fedezet, és növekedtek a gyógyszertárak költségei a korábban jól működő gyógyszertárak sokasága veszteségesé, vagy fizetéképtelenné vált. A teljes nagykereskedelmi szektornak legalább 10 milliárd Ft-os kinnlevőségei vannak a gyógyszertárak felé, továbbá egy jelentős összeg a kórházak felé. Veszteségesé válhatott az a gyógyszertár, akivel szemben nyitottak egy újat, vagy az az új gyógyszertár, akinek a forgalmi várakozásai nem teljesültek vagy nem olyan mértékben teljesültek, ahogy azt ő az üzleti tervében eltervezte.

Veszteségesé válhattak továbbá a kistelepülések patikái. Magyarországon jellemző a vásárlási szokások átalakulása: a vásárlóerő, ami korábban helyben a kistelepülésen bonyolódott, most a városokba, nagyvárosokba áramlik. A kistelepülések gyógyszertárai ezért az átalakuló fogyasztói szokások miatt is hátrányba kerülhettek. Nagyon nehéz kimutatni, hogy az új vagy a régi patikák eladósodottsága nagyobb, de összességében talán az új gyógyszertáraké valamivel mégis nagyobb. Az új gyógyszertárak forgalmi elvárásai lassabban teljesülnek, mint a kitűzött tervek. Ebből az is következik, hogy a magyar beteg kicsit konzervatívabb, mint ahogy azt korábban becsülni lehetett, jobban ragaszkodik a régi gyógyszertárakhoz. Ez fontos tényező a gyógyszerellátás területén, mert a beteg- gyógyszerész kapcsolat csak akkor tud kialakulni, ha az egy tartós kapcsolatra épül.

A nagykereskedők fajlagos mutatói nagyon erősen elromlottak. A régebbi időszakokban, a gyógyszertár egy rendeléssel átlagban 4,5-5 dobozt rendelt, ehhez képest ma 3 dobozra csökkent a rendelés. A kollégák mozdulata azonban ugyanaz 5 doboz és 3 doboz esetén. Fajlagos mutatók pl.: egy kiszállásra eső tételszám, egy tételre eső dobozszám. A Hungaropharma folyamatosan próbálja racionalizálni a tevékenységét, ellenőrzi a kiszállások számát, a kikerkezési időt, a rendelések időbeli eloszlását a munkanapon belül, és ahol tudják, próbálják számukra kedvezően alakítani ezeket a feltételeket. Ez nagyon nehéz feladatnak bizonyul. Például egy napi 36-dik, 10 patikába történő kiszállítás esetén, ha a 10-ből két patikát kivesznek, mert oda nem rentábilis kiszállítani, akkor a többi 8-nak a költsége szinte nem változik. Ha egész vonalat tudnának megszüntetni, az jelentős

költségmegtakarítást jelentene, de mivel 10 patika ritkán kerül egyszerre bajba, ezért azt a kettő-három veszteségeset kivenni a szállítási láncból már nem jelentős megtakarítás. A nagykereskedők folyamatosan tervezik át a járataikat, és próbálják elkerülni, hogy ne romoljanak tovább a mutatók. Sújtja őket az üzemanyagárak alakulása, és minden olyan változás, ami a szektort és más szektort is befolyásol.

A legnagyobb probléma azonban a kinnlevőségek növekedéséből következett be. A Hungaropharmánál 2007 januárjában 1 milliárd Ft körül volta kinnlevőség állománya, ami mára 4-5 milliárd Ft-ra növekedett. Amit ilyenkor tenni tudnak, hogy nagyon szigorú rendszert vezetnek be, amiben az SAP támogatást nyújtott. Meghatároztak egy hitelkeretet, ami egy jól fizető gyógyszerár esetében biztosítani tudja a teljes rendelésállományt. Amennyiben egy gyógyszerár nem fizet, és a késedelmes összegek meghaladnak egy bizonyos mennyiséget, vagy a késedelem ideje meghalad egy időszakot, akkor az SAP automatikusan letiltja a gyógyszerár megrendeléseit. A rendszer automatikusan működik, de a kollégák folyamatosan visszajelzést kapnak, hogy hogyan alakul a gyógyszerárak hitelkeretének százalékos kitöltöttsége. Ha közeledik egy gyógyszerár ahhoz a ponthoz, hogy nem tud gyógyszert kapni, akkor telefonon értesítik, és megpróbálnak közösen megoldást keresni a problémára. A rendszer segítségével sikerült valamilyen szinten megállítani és csökkenteni a patikai kinnlevőségeket, de mivel a szektor helyzete nem javult, ezért áttörő javulásra a jövőben sincs kilátás.

2007 elején egy további nagyon kedvezőtlen intézkedés történt: a gyógyszerárakat működtető társaságokban bekövetkezett változás. A gyógyszerárakat korábban bt és egyéni vállalkozások működtethették. A bt beltagja teljes vagyonával felelt az adósságért. Sajnos 2007-től bevezették, hogy minden típusú vállalkozás működtethet gyógyszerárakat. Ráadásul ezzel párhuzamosan a kft alapításának feltételeit is egyszerűsítették. Sok esetben egy gyógyszerár minden biztosíték nélkül pillanatokon belül eladósodik a nagykereskedő felé. Ennek kiküszöbölése érdekében a következő intézkedéseket vezették be: vagy előrefizetést kérnek a gyógyszerárt működtető vállalkozásoktól, vagy fedezetet, biztosítékot kérnek. Nagy probléma, hogy általában ezek a kft-k bérelt ingatlanban működnek, tehát ingatlan fedezetet nem lehet kérni, így nagyon szűk a mozgástér, ami biztosítékként szolgálhat. További fontos alapfeltétel lenne, hogy pl. gyógyszerárt 30 millió Ft alaptőke alatt ne lehessen alapítani.

A nagykereskedelmi árrés is degresszív árszála alapján képezett. A támogatott termékek teszik ki a forgalom 85%, és 15%-ot az egyéb készítmények. A támogatott készítmények árrése 6,2-3-ról 6,1-re csökkent 2007-2009 között. Ez annak köszönhető, hogy az összársszínvonal, még a generikus termékek ellenére is növekedett és minél magasabb az ár, annál kisebb az árrés. Ez 6,1% azt jelenti, hogy a nagykereskedőknek nincsen mozgástere. Ebből kell rendezni a rendelésvétel, a minőségbiztosítást, a kiszállítást. Ritkán szoktak beszélni róla, de a 6,1%-ból bizonyos volumen után a nagykereskedők még kedvezményt is adnak a gyógyszeráraknak. Az árak és a nagykereskedelmi verseny a szolgáltatások területén folyik, hogy melyik gyógyszerárnak, milyen szolgáltatást tudnak nyújtani. Nyilván azok a patikák, akik nagyobb mennyiségben és értékben rendelnek, azok számára több szolgáltatást és nagyobb engedményt, tudnak nyújtani, mint a kisebb patikák esetén. A nagyobb engedmény 1,5-2% -ot jelent. Ebben az esetben 4%-marad az árrésből. Ezen területen nagy elmozdulás nem következett be a liberalizáció hatására. Nagyjából ugyanazokat az engedményeket nyújtják és ugyanazokat a szolgáltatásokat biztosítják. A nem támogatott termékek esetében elképzelhető, hogy van némi árkülönbség a nagykereskedők között, de maximum 1-2 %-os lehet ez az árkülönbség, mert olyan kicsi az árrés, hogy nincsen benne nagy játék.

Ma három nagykereskedő cég a Hungaropharma, a Phoenix és a Teva fedi le a patikai forgalom 90%-át. A Hungaropharma és a Phoenix szolgáltatási színvonala azonos, naponta kétszer háromszor szállítanak a gyógyszertárakba, a Teva kisebb termékpalettával dolgozik naponta kétszer szállít, és valamivel magasabb engedményt nyújtanak.

Nemcsak a gyógyszertárak versengtek egymással 2007 után, hanem a nagykereskedők is. Korábban is létezett patika lánc, a Phoenix csoporthoz tartozott és 120 patikával rendelkezett. Az interjúalany beszámolt arról, hogy úgy tapasztalták ez a lánc nem nagyon rendelt a Hungaropharmától. Az volt az elképzelésük, és egyben a nyugat-európai tapasztalat, hogy - egyébként természetes módon - a nagykereskedőhöz közel álló patikaláncok elsősorban attól a nagykereskedőtől rendelték, akikkel szoros kapcsolatban álltak. Minden egyes gyógyszertárlánc létesítése veszélyt jelentett a Hungaropharma számára. Ezért voltak olyan gyógyszertár láncok, amikkel szorosabb kapcsolatot alakítottak ki. Az egyik ilyen lánc volt az Alma patikák láncja. Ők folyamatosan nyitották az új patikákat, majd eljutottak egy olyan ponthoz, hogy a forgalomművekedés az új nyitások következtében, már nem volt olyan gyors, hogy ne okozott volna gondot a szállítói állomány visszafizetése. Így lépett életbe az az opció, ami nemfizetés esetén a Hungaropharma rendelkezésére állt: megszerezték a működtető társaság tulajdonjogának 100%-át. Így lettek a tulajdonosai az Alma patikákat működtető társaságnak. Ebből azonnal jogi, bírósági viták sorozata keletkezett. A gyógyszertárak bérleti joga és működtetése más társaság tulajdonába került. Megoldásként azt tették, hogy bezárták a gyógyszerárakat, és újra nyújtották őket. Az új Alma patikák tehát (35 db) a Hungaropharma irányításával működő gyógyszertárak.

A láncokra igaz, hogy a forgalom felfutása alacsony, és nem igazán nyereségesek. Ez köszönhető annak, hogy a gyógyszertárak nagy része hiper- és bevásárlóközpontokban létesült. Az ezeket működtető vállalatok nagyon magas bérleti díjat, ráadásul devizában megállapított díjat szednek be. A vidéki kisforgalmú hipermarketek, ugyancsak magas bérleti díjat szednek, de emellett még a forgalom is alacsony.

Az interjúalany kiemelte továbbá, hogy a gyógyszer-nagykereskedők és kiskereskedők nagyon nagymértékben egymásra utáltak, elsősorban a kinnlevőségek miatt. Ha a nagykereskedők nem adnak kedvezményt, akkor sok kiskereskedő tönkremegy, ami természetesen a nagykereskedőknek sem áll érdekében. A témáról egy cikket is átadott.

Megjegyezte továbbá, hogy ha választania lehetne, hogy a gyógyszer-gazdaságossági törvény előtt vagy után szeretne működni, akkor a liberalizáció előtti időszakot választaná.