

mutatni azt, hogy ténylegesen és szükségszerűen milyen fogyasztói károk adódnak abból, ha a fogyasztó a reklámból tájékozódva jár el (pl. mikor szembe-sül szükségszerűen a reklámból esetleg előre nem látható valós helyzettel, mit tehet ekkor, milyen következményekkel.) Az egyes döntési irányok kiválasztásakor arra is igyekeztünk mindig súlyt fektetni, hogy felmérjük, a jövőbeli fogyasztói magatartásra, illetve vállalati tevékenységre milyen hatással járhat az adott irányban továbbhaladás (pl. indokolt-e a konkrét kérdésben a fogyasztói tudatosságot ösztönözni, vagy hogyan teljesíthetik a vállalkozások a fokozott tájékoztatási követelményeket, ki viseli ennek költségét stb.), azaz hova vezethet a választott út.

Könnyen belátható, a fent röviden bemutatott céljaink és tevékenységünk közül számos akként is minősíthető, mint tö-



rekvés a vizsgálatok hatékonyságának javítására, szélesebb értelemben a jog ki-kényszerítése hatásfokának, eredményességének erősítésére. E téren azonban számos egyéb lépést is tettünk. Szűkebb értelemben ide sorolható minden olyan intézkedés, amely az ésszerű erőforrás-beosztást szolgálja (pl. idejekorán lefolytatott belső egyeztetések, VT-döntések szisztematikus feldolgozása, összevetésük a vizs-

gálati jelentésekkel, ügyfélszolgálati munka átszervezése, panaszok kezelése stb.). Másfelől a tágabb körbe tartoznak azok a kezdeményezések, melyek a hatékonyabb jogérvényesítést szolgálják. Példaként említhető az ideiglenes intézkedések alkalmazásának elindítása, a GVH közérdeklő keresetindításának előkészítése, kartellügyekben a közvetett, nyilvánosan hozzáférhető bizonyítékok felhasználása a kartellgyanú megalapozásában, illetve megerősítésében a rajtaütés bírói engedélyezésének előkészítése során.

Zárásképpen, az elmúlt egy év mérlegét megvonva, csak azt rögzíthetjük, a jövő fogja megmutatni, hogy a bemutatott kezdeményezések, irányok, igyekezetek mennyiben nyernek megerősítést és támogatást a döntéshozók részéről, azaz a jogalkalmazási gyakorlatnak stabil tényvalóságává válhatnak-e?



Torjákné Amberger Teréz:

A patikapiaci nyitás következményei a versenyre (2007–2010)

A szerző a Versenytükrő 2006. decemberi számában adott áttekintést¹ az akkor frissen elfogadott gyógyszer-gazdaságossági törvényben² foglalt szabályozási változásokról. Jelen cikkében bemutatja az új szabályok hatását a patikapiaci alakulására, a gyógyszerhez jutás lehetőségeinek alakulását, a versenymagatartás változását.

A változtatások lényege az alábbi:

– a korábbi 5000 lakosonkénti patikaalapítás gyakorlatilag felszabadításra került azzal, hogy viszonylag kis többletkövetelmények teljesítése esetén lehetővé vált eltérni a főszabálytól,

– a 250 m-es legkisebb távolságra vonatkozó előírás helyébe az az előírás lépett, hogy egy épületen belül nem lehet két patika,

– megszűnt a gyógyszertárat működtető vállalkozások társasági formájára vonatkozó korlátozás (korábban csak egyéni vállalkozás és bt. lehetett),

– a kamara vétőjoga megszűnt az engedélyezési eljárásban,

– bár a gyógyszerészi tulajdon változatlanul követelmény, a gyógyszerészek minimális tulajdonosi részesedésére (korábban 25, illetve 50%) vonatkozó előírás megszűnt,

– a gyógyszerészi személyi jog általános, bármely gyógyszertárnál felhasználható – a gyógyszertár szakmai vezetésére vonatkozó követelményeknek való megfelelést elismerő – jogosítvánnyá vált, s nem egy adott gyógyszertárra, illetve földrajzi körzetre vonatkozó örökölhető jog,

– egyes gyógyszereket gyógyszertáron kívül is lehet értékesíteni, bár szigorú előfeltételeknek való megfelelés esetén (zárt szekrény, online kapcsolat a gyógyszerhatósággal stb.),

– a nem támogatott (nem vényköteles; vényköteles, de nem támogatott) gyógyszerek esetén megszűnt a patikai árres

szabályozása, szabaddá vált a kiskereskedelmi árképzés,

– a gyógyszertárak közötti árverseny mind a támogatott (támogatásmegállapítás alapjául szolgáló ár, mint maximum alatt), mind az egyéb gyógyszereknél lehetővé vált,

– a gyártók/importálók jogot kaptak maximált tovább-eladási ár meghatározására a nem támogatott gyógyszereknél is³,

– a nagyobb forgalmú gyógyszertárak szolidaritási díj fizetésére kötelezettek, amelyből azok a kisforgalmú gyógyszertárak kapnak támogatást, akik egyedül vannak az adott kistéleplésen,

– a szabályozás kifejezetten ösztönzött bizonyos többletszolgáltatásokra (a házhozszállítási szolgáltatások, illetve a webes gyógyszer-értékesítés elindítása, a nyitvatartási idő növelése) azzal, hogy a belépés feltételévé tette ezeket,

– külön összevásárlási szabályok kerültek a törvénybe azért, hogy a helyi földrajzi piacokon garantálható legyen a verseny fennmaradása (egy társaság a helyi piacon nem szerezheti meg a patikák több mint 25%-át).

2006-ban azzal zártam a cikket, hogy „... várhatóan új irányt vesz a gyógyszer-tári piac működése, nagy átalakulások indulnak be, megváltozik a piaci struktúra és a piaci szereplők viselkedése is.” Mivel a gyógyszer-támogatási rendszerben is lényeges változások következtek be, ezért „a tényleges változások több tényező, több lényeges állami beavatkozás és piaci

mozgás együttes hatására következnek majd be. Fontos időszak következik ezen a piacon, szakmailag is érdekes lesz figyelemmel kísérni az eseményeket.”

Az elmúlt három és fél év eseményeit a 2006 őszén kialakított – legtöbb elemében a GVH 2003-as gyógyszer-füzetében leírt modellel alapozott – szabályozás határozta meg. 2010-től néhány szabály –

nem a fogyasztók előnyére – változott (például a támogatott gyógyszereknél megszűnt az árverseny lehetősége, a kispáti támogatásokra szánt kiegészítő költségvetési támogatások csökkentek, illetve a gyártók kiskereskedelmi ármaximum meghatározásának lehetősége megszűnt). A változások összefoglalására a következőkben tesztek kísérletet.

Belépések a patikapiacra

1. táblázat: Gyógyszer-kiskereskedelem adatai⁴

	1990	1994 ⁵	1998	2002	2004	2005	2006	2007	2008
Egy gyógyszertárra jutó lakosok száma	7 014	5 235	5 032	4 961	4 894	4 878	4 837	4 512	4 147
Gyógyszertárak száma	1 479	1 963	2 010	2 047	2 067	2 070	2 083	2 231	2 422
Ebből: zártforgalmú intézeti		27	38	45	62	64	73	72	71
+ Fiókgyógyszertár			555	625	637	641	650	656	652
+ Kézigyógyszertár			342	313	293	286	278	261	253
Gyógyszerészek száma	3 390	3 306	4 789	5 070	5 156	5 313	5 364	5 483	5 773
Ebből: közforgalmúban				4 654	4 717	4 843	4 897	5 027	5 339
Gyt. asszisztensek száma	7 074		5 925		7 133	7 362	7 421	7 590	8 540
Ebből: közforgalmúban					6 329	6 534	6 624	6 816	7 741

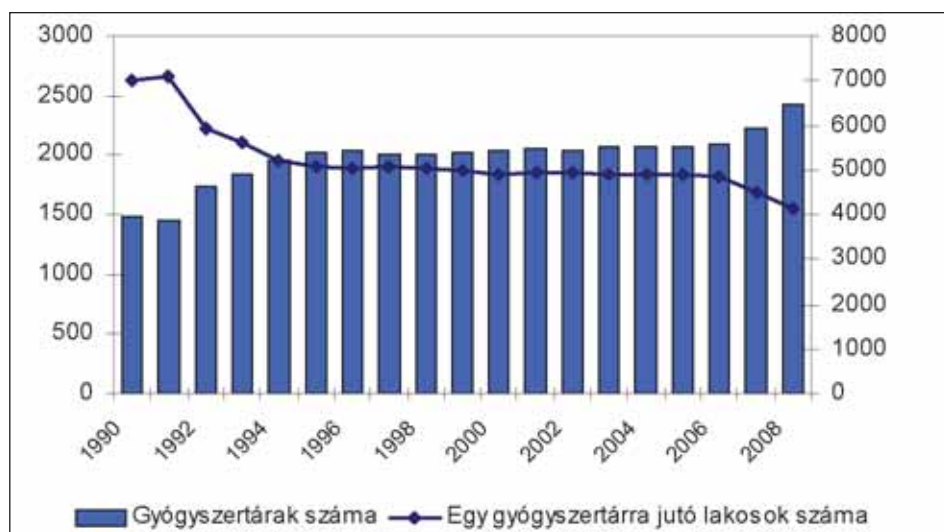
A gyógyszertári piac első megnyitására gyakorlatilag a rendszerváltozáskor, 1989 után került sor, amikor lehetővé vált a magángyógyszertárak alapítása. Ez a szabályozás 1994-ig tette lehetővé a piacra történő korábbiakhoz képest szabadabb belépést, amitől kezdve azonban az új gyógyszertári szabályozás merevebb belépési korlátokat teremtett (lakosság-szám, vállalási forma, gyógyszerész tulajdoni részesedés), s ezzel a kezdeti lendület hosszú időre leállt. E stagnálási állapot 2006-ig tartott, majd újra megéledt a piac a 2007-től megváltozott szabályozási környezet hatására (gyakorlatilag minimálisra csökkentek a belépési korlátok). Mindkét időszakban mintegy 500-al nőtt/nő a gyógyszertárak száma.⁶ Míg azonban a 90-es években szinte csak új belépések történtek, addig 2007-től a nagyszámú belépés számos kilépéssel párhuzamosan történik (2010. március közepéig 494 új működési engedély mellett 126 került visszaadásra).

Érdekes különbség azonban, hogy míg 1990-94-es időszakot nem jellemezte a foglalkoztatottak létszámának érdemi bővülése, addig a 2006–2010-es időszakban lényeges foglalkoztatottság növekedés is kísérte patikák számának gyarapodását: csak az első két évben (erről

rendelkezünk KSH adatokkal) – az egyéb alkalmazottakon túl – 312-vel több gyógyszerésznek, illetve 1127 gyógyszer-tári asszisztensnek adnak munkát a közforgalmú gyógyszertárak. (A gyógy-

szerezészek iránt megnövekedett kereslet hatásának tudható be, hogy kifejezetten jó, az orvosi kezdőbérnél 70%-kal nagyobbra becsült a kezdő gyógyszerészek fizetése.⁷)

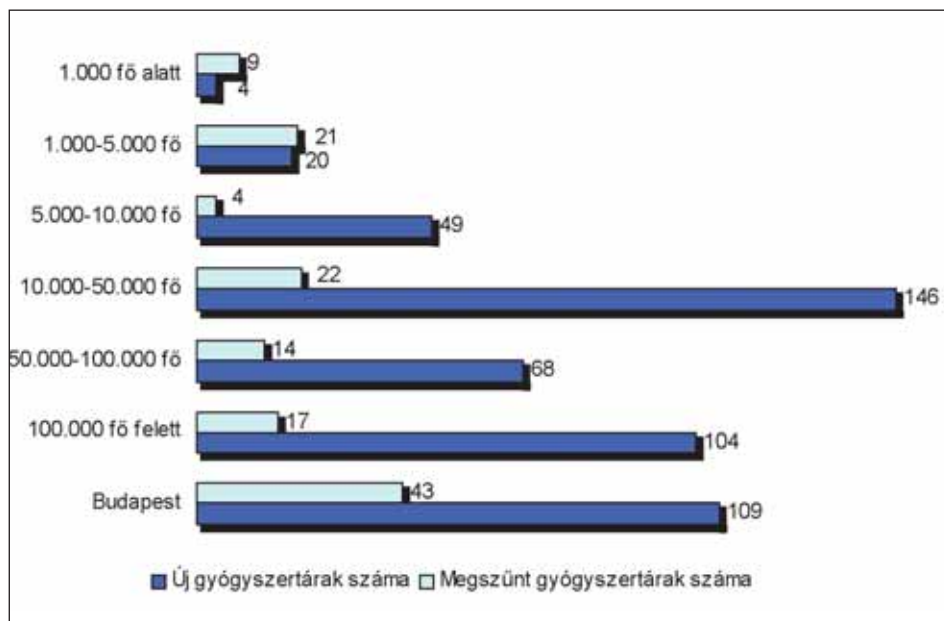
1. ábra: A közforgalmú gyógyszertárak száma és az egy lakosra jutó patikaellátottság kapcsolata Magyarországon 1990 és 2008 között⁸



Mint az a fenti grafikonon is egyértelműen látható, a két időszakban volt dinamikus a patikapiac bővülése: a rendszerváltáskor (1990-től 1994-ig), majd az újabb piacnyitást követően, 2007-

től. Az egy gyógyszertárra jutó lakosság-szám a korábbi szabályozásból következő 5000-es szintről a 2007-es piacnyitást követően 4000-es szintre csökkent.

2. ábra: Közforgalmú gyógyszerterek számának változása
2007. január 1. óta,
településméret szerinti bontásban⁹



A piacnyitás adta lehetőséggel az 5 000 lakos alatti településeken alig éltek a vállalkozók. E településeken összesen 6-tal kevesebb¹⁰ közforgalmú gyógyszerter van úgy, hogy 24 működési engedély került kiadásra, miközben 29-et visszaadtak. Ennek fő oka, hogy e települések korábban sem azért maradtak „ellátatlanok”, mert az effektív (lakosságszámhoz kötött) korlát akadályozta volna az alapítást, hanem mert a gazdaságos üzemméret szintje alatt volt az adott földrajzi piac, akár az elérési útvonalak hossza, akár a terület alacsony népsűrűsége okán. Az ilyen helyszíneken már a liberalizációt megelőző években is területi jellegű külön támogatások biztosították a gyógyszertárak fennmaradását.

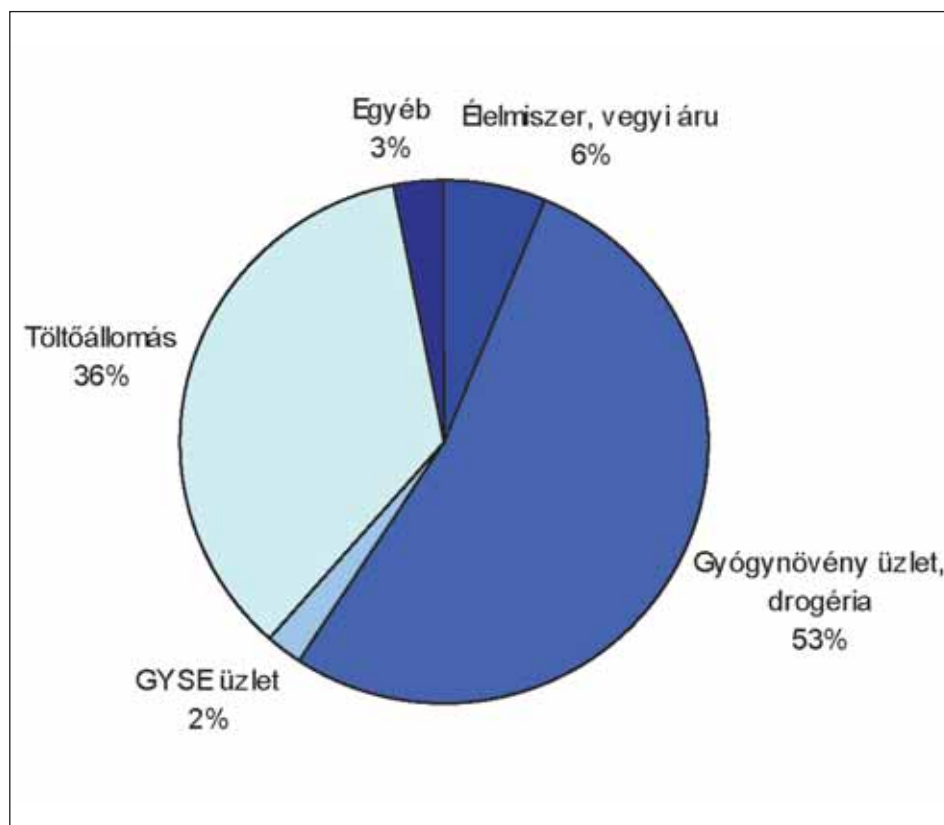
A piacnyitás adta lehetőséggel ellenben már az 5 000-es lélekszámot meghaladó településeken is meglepően sokan éltek (45-tel több a gyógyszerter), s kiugróan magas a közepes nagyságú városokban nyílt patikák száma is (144-gyel több a patika). Budapest mérsékelt mozgása (66 a többlet) jelzi, hogy itt korábban is jó volt az ellátottság, bár a helyezkedés folyamatosan zajlik. Ezek az adatok arról is informálnak, hogyha zárnak is be közben patikák, az azért van, mert a piac szelektálja az életképtelen helyszíneket választókat, és az olyanok maradnak fenn, amelyek megfelelő telephely választásával, nyitva tartásuk rugalmas alakításával, egyéb szolgáltatásaikkal, áraikkal meg tudnak felelni a fogyasztók elvárásainak.

Javultak a gyógyszerhez jutás gyógyszerteron kívüli hozzáféréseinek lehetőségei is.

Mintegy 614 helyszínen¹¹ lehet hozzáférni a mintegy 400-as listájú (a kü-

lönféle kiszerelési változatokat is tartalmazó) – jelentős részben vitaminokat, vagy más egyszerű készítményeket tartalmazó – gyógyszerkörhöz. Ezt azonban már akkor lehetett prognosztizálni, amikor közismertté váltak a piaci lépési feltételek (kijelölt gyógyszerek köre, egyéb üzletekre vonatkozó árusítási feltételek). Részben maga a törvény, részben a miniszeri rendelet megtérülési szempontból szigorú feltételeket szabott, illetve a kínálható gyógyszerkör szegényes maradt. Ebből következően a frekvenciált helyeken lévő, egyébként is folyamatosan nyitva tartású, nagy forgalmú helyek (pl. benzinkutak), vagy rokon termékeket (pl. drogéria, gyógynövény) kínáló kereskedelmi üzletek, inkább reklámozási, vagy választékbővítő, mintsem egyszerű megtérülési várakozások alapján terjesztették ki a tevékenységüket erre a termékkörre. Elriasztó hatásúak voltak ugyanakkor a meghirdetett feltételek a potenciálisan még érdeklődő, ámde alacsonyabb tőkeerővel rendelkező üzletkörökben (pl. falusi térségek kisebb boltjai). Ezért ezeken a helyszíneken nem tudott javítani a gyógyszerellátáson ez a lehetőség.

3. ábra: Az engedélyezett fogalmazó helyek megoszlása üzlettípusonként



A gyógyszer-kiskereskedelem struktúrájának változása

A gyógyszertárak számára 2006-ig működő modellben is megvolt a lehetőség a tulajdonosi alapú láncosodásra, azonban ez a piacnyitás megindulásáig jobbra rejtve maradt.

2. táblázat: A gyógyszertárak koncentrációja Magyarországon 2004-ben¹²

Irányító vállalatok száma	Az egy vállalathoz tartozó gyógyszertárak, bt.-k száma	Százalékos megoszlás	gyógyszertári bt., önálló gyógyszertár összesen
1	113	5	113
8	5–11	2,5	58
70	2–4	7,5	146
Összes hálózati: 79		15	317
Önálló	1	85	1720
Összesen		100	2037

2010 nyaráig a tulajdonosi alapú koncentrációs folyamatok, bár 2007-től valamelyest meggyorsultak, még viszonylag kis jelentőségű változásokat hoztak.

3. táblázat: Az ismert nagyobb gyógyszertári hálózatok Magyarországon 2010 közepén¹³

Jelentősebb ismert hálózatok	Az egy-egy hálózathoz tartozó gyógyszertárak száma	Százalékos megoszlás (a gyógyszertárak száma alapján)
Nova (Pharmanova)	140	5,5
Alma és egyéb (Hungaropharma)	69	2,7
Pláza Patika Invest	45	1,8
Drogery Med	41	1,6
Pingvin (Fekete Sas Pharma)	33	1,3
Eli patikák (Alba Pharma)	24	0,9
Csillag (Severinus)	14	0,5
Ispotály Holding (kórházakban)	9	0,4
Összesen:	375	14,7
Egyéb	2183	85,3
Összesen	2558	100

A korábbi vezető patikalánc¹⁴ piaci súlya kisebb összevásárlásokkal valamelyest növekedett az elmúlt években (113 helyett mintegy 140 gyógyszertár tartozik hozzá). Egyes piacralépők ugyancsak a – különösen forgalmas helyekre települő – hálózatok szervezésében láttak piaci, megtérülési lehetőséget (Hungaropharma Alma patikák, a bevásárlóközpontokat, hipermarketeket megcélzó plázacsoport, vagy a drogériadiszkont jellegű stratégiát alkalmazó Drogery Med csoport). Sok esetben a már korábban is létező, bár

a vásárlók/versenytársak felé rejtett érdekeltségek nyilvánossá válása, illetve a vállalkozók további terjeszkedése (Szeged székhelyű 33 Pingvin, vagy Veszprém székhelyű¹⁴ Csillag Patika hálózat) keltett olyan képzetet, mintha egyes földrajzi körzetekben alapvetően változott volna a piaci szerkezet. Szaporodott azon gyógyszertárak száma is, amelyeket korábban egy, vagy kevés gyógyszertár működtetésében érdekelt gyógyszerész(család)ok (Pécs és környéke: 7 SIPO patika), vagy vállalkozók hoztak létre.

Megbízható adatokkal azonban ezekről nem rendelkezünk, mert amikor új gyógyszertár alapításával történik a terjeszkedés, akkor ahhoz a GVH-tól nem kell engedélyt kérni, továbbá akkor sem, ha a felvásárolt gyógyszertár forgalma, vagy elhelyezkedése nem vált ki engedélykérsési kötelezettséget.

A gyógyszergyártók és nagykereskedők tulajdonosi szerepvállalása 2009-ig nyilvánosan nem jelent meg, de 2009 nyarat követően (Hungaropharma Alma patikáinak újraindításával) ez a folyamat is érzékelhetőbbé vált.

Mindezen folyamatok hatására a koncentrációs szint emelkedett (becslések szerint a tulajdonosi alapú „láncok” – korábban, 2004-es adatok szerinti 300-350 patikát érintő 15% körüli – aránya (nagyobb patikasám mellett) elérheti a 20%-ot (500 gyógyszertár) is. Ez azt is jelenti, hogy a független gyógyszertárak becsült száma (2000) és aránya (80%) változatlanul magas maradt.

Az éleződő verseny következtében az alkalmazkodásra képtelenebb gyógyszertárak nagykereskedelem felé bekövetkezett eladósodottsága, csődveszélybe kerülése növekedett. Ez egyrészt más kockázatkezelésre készteti a hitelező nagykereskedelmi vállalatokat (például zálogjogot jegyeztetnek be, ismeretlen új belépőknél nem biztosítanak lehetőséget a későbbi fizetésre), másrészt erősíti a nagykereskedelmi vállalatok tulajdonosi, irányítási befolyásra való ösztönözöttségét. Tekintettel arra, hogy már tíz évvel ezelőtt is jellemző volt az, hogy az első helyen beszállító nagykereskedőkre jutott a patikai beszerzések akár 80-90%-a is, s ez a tendencia azóta sem változott, valószínűsíthető, hogy a középtávon a nagy- és kiskereskedelmi szint közötti vertikális integráció tovább gyorsul, ha azt a szabályozási környezet megváltozása nem akadályozza meg.

A szerződésen alapuló stratégiai beszerzési társulások, koordinációs megállapodások súlya ehhez képest nagyságrendileg más eredményt mutat, köszönhetően a két – duopolista helyzetű – nagykereskedelmi csoport aktivitásának. A két szövetséghez csatlakozott patikák (Hungaropharma – közel 600 Gyöngy Patika, Phoenix Pharma – mintegy 400 Szimpatika) – a számuk alapján – a kiskereskedelmi piac negyedét-harmadát fedik le. A két versengő szövetség, mind az arculatépítésben, mind a kereskedelmi jellegű akciózásban úttörő szerepet töltött be, de a kisebb láncok is önálló mar-

ketingakciókkal tűnnek fel. E vertikális – részben versenykorlátozó elemeket is tartalmazó – megállapodásokat a GVH vizsgálta, de érdemi versenyaggályok – részben a szerződések tartalma, részben a csatlakozott gyógyszertárak száma alapján – nem voltak azonosíthatók¹⁵. Ezek a vertikálisan szerveződő láncok jelenlegi növekvő szakaszukban inkább az élénkülő verseny megtestesítőinek mutatkoznak.

A vertikális megállapodásokon alapuló beszerzési szövetségek, kisebb láncok kialakításában más – új – piaci szereplők is megjelentek amellet, hogy valamelyest megnőtt a gyógyszerészek, gyógyszertártulajdonosok által már korábban létrehozott szervezetek piaci aktivitása is. Az alulról szerveződő szövetségek növekedése inkább lassúnak mutatkozik.¹⁶ Vélelmezhetően e területen mind a tudás, mind a tőke, esetleg az ösztönzöttség is kevés ahhoz, hogy e folyamatok felgyorsulását lehesse válni. A nagykereskedelem ezirányú gyors reagálása, menedzsmentismerete, tőke- és információs előnye behozhatatlannak tűnik.

Nincsen megbízható információ arról, hogy a helyi szolgáltatási piacokon bekövetkező mozgások érdemi koncentrációnövekedéssel jártak volna. Ahol láthatóak ilyen folyamatok (pl. Szeged, Pécs), ott a helyi piacokon bekövetkező koncentráció növekedések inkább a már korábban is létező gyógyszertári hálózatok tulajdonosai által végrehajtott új gyógyszertárnyitások következményei. Vélelmezhető, hogy az e körben érvényesülő összevásárlási tilalommal a felvásárlásokkal történő területi koncentráció növekedésnek sikerült elejét venni: más felvásárlási célpontokat kerestek a befektetők.

Megjelentek a gyógyszertárak tulajdonosai között az orvosok is. A jelenség részben olyan helyszíneken jellemző, ahol több vagy közös rendelőt üzemeltető háziorvosi vagy szakorvosi praxisok működnek. A folyamat hosszú távon veszélyes, mert torzítja az orvosi érdekeltséget, háttérbe szoríthatja az orvosszakmai szempontokat a gyógyszerrendelési döntések során. (Az orvosok tulajdonosi, vagy egyéb anyagi érdekeltségi jellegű szerepvállalása, ösztönzöttségének torzulása nem csupán a gyógyszertárak, de az egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó más piacok – orvostechikai eszközök, laboratóriumi, más diagnosztikai szolgáltatások stb. – esetén kimutatható veszélyekkel jár¹⁷.)

A versenymagatartás változása

Az elmúlt időszakban a piaci szereplők versenymagatartása lényegesen megváltozott. Megjelentek mindazok, a kiskereskedelemre jellemző marketingeszközök, amelyek korábban nem voltak jellemzőek: reklámozás, árengedménnyel hirdetés, ráadásadás, visszatérítések, hűségprogramok, stb. Ugyancsak gazdagodott a kereskedelmi (az idősebb korosztálynak kedvező házhoz szállítás, s a fiatalabb korosztályok által használtabb webes rendelésfogadás) és az egészségügyi (vérnyomásmérés, vércukorszint-meghatározás, gondozási programban való részvétel) kiegészítő szolgáltatások kínálata.

Ezzel párhuzamosan érdemben hosszabbodtak meg a nyitvatartási idők is. Különösen szombat és vasárnap vált egyszerűbbé és olcsóbbá (nem kell készenléti díjat fizetni a rendes nyitvatartási időben) a gyógyszerbeszerzés különösen a forgalmas helyszíneken bevásárlóközpontokban, hiper- és szupermarketek mellett megnyílt patikákban. Ezekben a gyógyszertárakban az átlagos heti nyitvatartási idő eléri a 80-90 órát is, miközben a kisebb gyógyszertárak csupán 50-60 órában vannak nyitva. Budapesten vasárnapi nyitva tartású gyógyszertár szinte kizárólag ilyen helyen van, de vidéken is ez a jellemző gyakorlat, mert a vásárlói szokások alapján ez a racionális üzleti magatartás. Ez a megoldás persze óhatatlanul csökkent a készenléti kötelezettséget is, hiszen nem kell készenlétet szervezni akkor, amikor rendes nyitva tartással is van működő patika.

A szereplők versenymagatartásban bekövetkezett változásai nem adtak érdemi munkát a GVH-nak. Bár több bejelentés és panasz érkezett, elsősorban önmagában a versenyeszközök használata (pl. reklám, árengedmény, visszatérítés) volt a versenytiltási kifogás tárgya, nem pedig a magatartás milyensége.

2010 nyara

Mint köztudott, 2010 augusztusától az új parlament patikalétesítési moratóriumot léptetett életbe azzal a kiegészítéssel, hogy a Gazdasági Versenyhivatal nem adhat ki ez év december végéig fúziós engedélyeket.

A törvényhez fűzött indoklás a korábbi szabályozás hibájául rója, hogy „bárki,

bárhon létesíthet és üzemeltethet gyógyszertárat, így az állam joga megszűnik a patikalétesítés szabályozására”, illetve „gyógyszertárat lényegében bármilyen társasági formában, bármilyen tulajdonosi szerkezetű gazdasági társaság működtethet. Így sem a gyógyszerpiaci szereplők, befektetők, sem a külföldi, illetve az offshore cégek szerepvállalása nem korlátozott.” Ezen felül a „Gyftv. elősegíti gyógyszertárláncok létesítését és működését”. További gondnak látszik, hogy „a jelenlegi szabályozás új tőketulajdonosok gyors és olcsó piacra lépését, piaci pozíciójuk stabilizálását segíti elő. Az új tőketulajdonosok között gyorsuló ütemben jelennek meg külföldi érdekeltségek, illetve más hazai ágazatokban lezajlott folyamatokhoz és külföldi gyógyszerészeti példákhoz hasonlóan a hazai befektetők között is megkezdődött a koncentrálódás. A gyógyszertárláncokban egyre meghatározóbb a nagykereskedők jelenléte, a gyógyszertárak és gyógyszertárláncok külföldi kézbe kerülése nem fékezett.” Továbbá, hogy a „jelenlegi szabályozás következtében az elmúlt években elsősorban nagyvárosokban – és nem a vidéki kistelepüléseken – nyíltak új gyógyszertárak, ezen belül is frekventált helyeken. 2010 májusáig megszűnt 118 közforgalmú, 49 fiók- és 41 kézigyógyszertár.” Ennek következménye, hogy a városokban egyfajta „kapacitástöbblet” jött létre, aminek következményei például a kedvezőtlenebb fajlagos működési költségadatok, a szakmai színvonal romlása, a kistelepülési patikáknál forgalomelszívás. A gyógyszertárak készletezési és szolgáltatásminőségi problémákkal küzdenek, aminek romló ellátás a következménye. Megjelentek a szabálytalan gyógyszertár-működtetésre, és gyógyszerész szakmai tevékenységre vonatkozó utaló jelek. A patikák növekvő számban válnak veszteségesek (2008-ban mintegy 600 gyógyszertári vállalkozás veszteségesen működött, ez a szám azóta növekszik), folyamatos az eladósodás, a patikák nagykereskedők felé fennálló, határidőn túli tartozásai elérik a 13-15 milliárd forintot, ami miatt a gyógyszertárak növekvő hányada kerülhet nagykereskedői érdekkörbe, illetve bezárásra kényszerülhet.”

A gyógyszertár alapítási és összevásárlási moratórium veszélye 2010 nyarán lényegesen felgyorsította az eseményeket. Mind az alapítási kérelmek megszaporodása (sajtóhírek szerint 140 friss engedélykérelem áramlott az ÁNTSZ-ekhez), mind



a fúziós engedélykérelmek számának megugrása (öt engedélykérelem egy hónap alatt) jelzi, hogy a piaci folyamatokba való beavatkozás előrehozott bizonyos üzleti döntéseket. Ezen események hatására várhatóan a koncentráció némileg erősödni fog, mert a beadott kérelmek közül egy, a második legnagyobb nagykereskedő (Phoenix Pharma) és a legnagyobb kiskereskedelmi hálózat (Novopharma), egy másik a legnagyobb nagykereskedő (Hungaropharma) és a kórházi gyógyszertárak működtetésében érdekelt Ispotály Holding közötti fúzióra vonatkozik. További két kérelem nyomán pedig egy szlovák – eddig nálunk főként húsiparban érdekelt – befektetőcsoport (Penta Holding¹⁸) szervezésében jönne létre a második legnagyobb (közel 90 üzletből álló) patikahálózat.

Ezeket a kérelmeket a tranzakciók idején hatályos szabályok szerint kell elbírálnunk.

*

A jogalkotási programban 2010. decemberi elfogadással szerepel az egyes egészségügyi tárgyú törvények kormányprogramból adódó módosítása.

A kormányprogram a következőket tartalmazza a patikapiacot érintően:

„A szocialista kormányzat gyógyszer-gazdaságossági törvénye rontott a gyógyszerellátás biztonságán, a patikaalapítás liberalizációjának eredményeként pedig közel 600 kispatika ment csőd-

be. A törvény újragondolása, valamint a patikaalapítás újraszabályozása elengedhetetlen. A kispatikák megmaradása nemcsak egészségpolitikai cél, hanem nemzetpolitikai cél is. Működő kispatikák nélkül nincs élhető vidék.

Meg kell teremteni, hogy a közforgalmú gyógyszerellátásban megőrizhető legyen a gyógyszerész tudáson alapuló független működtetési kompetencia és az ehhez szorosan hozzátartozó többségi gyógyszerész tulajdonon alapuló gyógyszertár-működtetés. Ez a tervezett változás összhangban van az Európai Bíróság határozatával.”

A Versenykultúra Központ pályázatai nyomán októberben több pályázó is elkészül az e piacon végbement változásokat leíró, elemző munkájával.

Várjuk az eredményeket, és reménykedünk abban, hogy az egészségügyben hirdett, elfogadott és a jó orvosi gyakorlat részévé vált „bizonyítékokon alapuló orvoslás” („Evidenced Based Medicine”) mintájára a „bizonyítékokon alapuló szabályozás” is a jogalkotás mindennapi gyakorlatává válik.

JEGYZETEK

¹ Torjáné Amberger Teréz: Piacnyitás a patikapiacra 2007-től, Versenyképesség, II. évf. 4. szám, 2006. december

² 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól

³ Ez utóbbi törvényi szabályok 2009. decemberéig éltek. 2010. januárjától a támogatott gyógyszerek árait újra rögzített árrá változtatták, illetve a tovább-eladási árak maximá-

lására vonatkozó szabály – annak fogyasztóvédelmi hatósági ellenőrzési lehetőségével együtt – eltörlésre került.

⁴ A KSH adatai alapján (gyógyszertár = közforgalmú gyógyszertár, illetve betegek számára is nyitott kórházi).

⁵ Az 1994–2006 közötti gyógyszerári működési modell, s a patikaprivatizációt megalapozó törvényhozás éve.

⁶ 2010. szeptember 3-i ÁNTSZ adatok szerint a 2436 közforgalmú, 122 intézeti (együtt 2558), illetve további 655 fiók-, és 250 kézi- (házi orvosok számára engedélyezett) gyógyszertárnak volt működési engedélye.

⁷ Ld. Hvg. hu 2010. június 3. „A legpiacképesebb diplomák 2010-ben”. A pályakezdő gyógyszerészek bérét az első időkben átlagosan 256 ezer forintra becsülik, míg az orvosi területen elhelyezkedőket átlagosan havi 150 ezerre (kivéve a fogorvosok bérét, ami ennél magasabb).” A kezdő banki elemzők fizetését például 320 ezerre, kezdő gépészmérnökét 255 ezerre becsülik ugyanitt.

⁸ KSH, 2.5.1. sz. táblázat: Orvosi, házi orvosi, kórházi, gyógyszerári, fogászati ellátás (1990–). http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/tabl2_05_011.html

Az időnként némileg eltérő adatok mögött olyan okok állhatnak, hogy egyes esetekben a betegek számára is megnyitott intézeti gyógyszertárak besorolásra kerülnek a közforgalmú gyógyszertárak közé, máskor ezek külön szerepelnek.

⁹ 2010. áprilisban kapott ÁNTSZ adatok alapján

¹⁰ A falvakban összesen mintegy 700 patika működik.

¹¹ 2010. szeptember 3-án az ÁNTSZ adatai alapján.

¹² Az adatok a GVH által, 2004-ben a cégjegyzékből gyűjtött információkon alapulnak, s közelítő jellegűek.

¹³ Az adatok nem teljesen pontosak, mert néhol nem különíthető el a tulajdonosi irányításon, vagy együttműködési szerződéses alapú hálózathoz tartozás.

¹⁴ Az UTA Pharma német vállalkozás érdekeltségi körébe tartozó Novopharma csoport

¹⁵ Vj-57/2008/023. számú versenytanácsi határozat

¹⁶ Bár például Patikus Céh (az interneten 2010. szeptemberében elérhető adatok szerint) 168 csatlakozott gyógyszertárra utaló információt közöl, azonban ez a szűrőpróbaszerű visszaellenőrzések kevésbé erősítik meg. A tényleges közös marketing aktivitásnak e körben kevés jele tapasztalható.

¹⁷ Kimutatható, hogy azokban az államokban, ahol nincsenek szigorú összeférhetlenségi szabályok, sérül az orvosi integritás, az orvosi döntéseket torzítja az ilyen jellegű érdekelttség. Japánban, ahol az orvosok egyben gyógyszerár-tulajdonosok is, jellemzően több gyógyszertár irnak fel, s kimutathatóan nagyobb arányú az egészségügyi ráfordításokon belül a gyógyszerkiadás, mint szigorúbb összeférhetlenségi alkalmas államok esetén.

¹⁸ A befektetőcsoport a környező országokban (Szlovákia, Csehország, Lengyelország) Dr. Max néven működtet – diszkont jellegű – gyógyszertári hálózatokat.