



Dr. Hankó Zoltán

# Kereskedés vagy egészségügy?



*Ha* a lakossági gyógyszerellátásról beszélgetünk, néha még szakembereknek is gondot okoz, hogy a gyógyszertárakat hová sorolják: a kereskedelemhez, vagy az egészségügy részének tekintsék. Ebben a szabályozás sem mindig segít, hiszen pl. a TEÁOR besorolás a gyógyszertárak tevékenységét kiskereskedelmi kóddal jelöli. Ugyanakkor a szakmai szabályozás alapján a gyógyszertárak egészségügyi szolgáltatók. Ez nemcsak a sokat idézett gyógyszer-gazdaságossági törvény előírásai, hanem az egészségügyi jogi szabályozásának alapját képező egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. sz. törvény) alapján is kimondható. Az elmúlt hónapok jogalkotással kapcsolatos intézkedései (lásd példaként a kiskereskedelmi különadó szabályozását, amely a gyógyszertárakat is a hatálya alá tartozónak tekinti), illetve az egészségügyért felelős tárca vezetőjének megnyilatkozása egy interjúban (amelyet általános felhőrdülés követett a szakma gyakorlati körében), a mélyebb összefüggések megvitatására serkentenek. A bizonytalanság feloldását és ezzel az értelmezési vita más dimenzióban történő folytatását segítheti, ha a gyógyszertárak tevékenységét az ellátási lánc – értéklánc elmélet fogalmainak felhasználásával próbáljuk meg értelmezni.

## I.

### A GYÓGYSZERPIACI ELLÁTÁSI LÁNCRÓL

A gyógyszerpiac három fontos szereplője a gyógyszergyártó, a nagykereskedő és a gyógyszertár. Ez egy klasszikus ellátási láncként is értelmezhető, amelynek elsődleges célja, hogy a kutató laboratóriumokban fejlesztett, gyógyszergyártókban előállított és nagykereskedők által gyógyszertárakba eljuttatott gyógyszerek a lakosság számára hozzáférhetőek legyenek.

A gyógyszer gyártójának (forgalomba hozójának) elsődleges érdeke saját termékének minél szélesebb körű és minél hatékonyabb piaci értékesítése. Jól emlékszem dr. Orbán István volt EGIS vezérigazgató, MAGYOSZ elnök mondására, mely szerint „a gyógyszergyártás nyereségvágyból elkövetett gazdasági tevékenység”. Ennek az érdekeknek a mentén épülnek ki az ellátási lánc szereplői közötti kapcsolatok. A kapcsolatok építésének (az integrációnak) két fő iránya van. Az egyik az értékesítési végpont (gyógyszertár) fölötti kontroll megteremtése a patikák tulajdonlásával (jellemzően gyógyszertárláncok létrehozásával), a másik a vertikálisan integrált marketing rendsze-

rek kialakítása (döntően franchise-típusú együttműködésekkel). A két fő irány szerinti integráció esetenként ugyanazoknál a szereplőknél párhuzamosan is folyik.

Azt is tudjuk, hogy a gyártói marketing egyik célcsoportját a gyógyszertárak jelentik, amelyeket különböző marketing aktivitásaikkal közvetlenül, vagy a nagykereskedőkön keresztül érik el. Ez az együttműködő partnereknek (tehát az érintett gyártóknak és nagykereskedőknek, illetve az együttműködő gyógyszertáraknak) előnyös és üzemgazdasági szempontból költséghatékony lehet. Különösen egymással konkuráló gyógyszertermékek esetén tapasztalható, hogy a gyártók különböző reklámeszközök patikai kihelyezésével, árakciókkal, rabatt-kezdvényekkel, exkluzív szerződésekkel igyekeznek saját termékeik gyógyszerári értékesítését előmozdítani (az orvos-látogatói hálózatok terápiabefolyásoló hatását, illetve az orvosok gyógyszerpiaci ellátási láncához való viszonyát itt és most nem elemezzük). Üzleti szempontból nekik kedvező, ha a gyógyszertárak olyan csoportját (láncokat, franchise-típusú hálózatokat) sikerül saját marketing céljaik elérése érdekében megnyerniük, ahol nem a gyógyszertárvezetők döntenek, hiszen ilyenkor nem az egyes gyógyszertárakkal kell egyeztetni, hanem ezeknek a szerveződéseknek a központi vezetőivel. Az ilyen megállapodások nemcsak közös (vagy az együttműködő gyógyszerári lánc által megjelentetett) reklámozásra terjednek ki (tv-ben, közösségi médiában, óriásplakátokon), hanem egységes árképzésre (árkartell?), officinai reklámeszközök alkalmazására, sőt a gyógyszertárak által vállalt meghatározott volumen értékesítésére is. Nem egy esetben jön létre olyan exkluzív együttműködés, amikor konkurens gyártó azonos hatóanyagú gyógyszerének forgalmazását is kizárják az adott hálózaton belül (holott elvileg minden forgalomban lévő gyógyszer forgalmazása minden gyógyszertárnak kötelező). Mindezek nemcsak a gyógyszerhasználatot, hanem a gyógyszerekkel kapcsolatos társadalmi gondolkodást és kultúrát is komolyan befolyásolják. Kérdés, hogy a gyógyszert kezelhetjük-e közönséges fogyasztási cikként?

A gyógyszerpiaci ellátási láncban a gyógyszer-nagykereskedők nemcsak a gyártói szándék közvetítői a gyógyszertárak felé, hanem önálló érdek- és célrendszerrel rendelkező, komoly érdekérvényesítő erejű profitcentrumok. Ez a piaci kapcsolataik szervezésében is visszaigazolódik. Gyógyszertáraknak – gyakran a gyártói akciók közvetítő-

iként – nyújtott kedvezményeikben a patikai értékesítési volumen meghatározó. Emiatt a vidéki kisforgalmú gyógyszertárak hátrányos helyzetbe kerülnek. És – ahogy már utaltam rá – a patikák saját érdekkörbe vonásának mindkét fő irányát alkalmazzák. Az egyre inkább oligopol jegyeket mutató hazai gyógyszer-nagykereskedelem legnagyobb képviselői ráadásul az informatikai rendszer-szolgáltatókat is sikeresen vonják az érdekkörükbe, holott azok eredetileg egymástól és a gyógyszerpiac többi szereplőjétől is függetlenül nyújtottak szolgáltatást a gyógyszertáraknak. Ez az összefonódás nemcsak a korábbi adatvédelmi aggályokat erősítheti fel, hanem a gyógyszertárak feletti irányítás eszköztárát is növeli, sőt a rendszergazdák piacán már régóta megtapasztalt szolgáltatóváltás lehetetlenségét a nagykereskedelemre is kiterjesztheti.

Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a gyógyszerpiaci ellátási láncban való részvétel a gyógyszertárakkal szemben a rendszer belső logikájától független jogszabályi elvárásokat is támaszt. Ilyen pl. a gyógyszerbiztonság garantálása, az expedálás jogszabályi előírásainak megtartása és a támogatás-elszámolás korrektsége, azonban az ellátási láncnak ezzel együtt a kereskedelmi elvárások ki-elégítése az elsődleges.

Félreértés ne essék, mindez nem azért alakul így, mert a gyógyszerpiac szereplői eleve rossz szándékúak lennének és minden cselekedetük arra irányulna, hogy a gyógyszerészeket és a gyógyszertárakat megfosszák önállóságuktól. A gyógyszerellátás rendszerének – a klasszikus tanmese szavaival – „ilyen a természete”. Sőt, amíg a piaci átrendeződés nem fejeződik be, ezekben a folyamatokban a gyógyszerészek együttműködését is keresik. Ezek az egyedi anyagi előnyök és „piacvédelmi mechanizmusok” felkínálása mellett a gyógyszertárvezetéssel járó feladatok átvállalását is jelenthetik. Különösen jól érzékelhető ez a kapcsolatépítő szándék, amikor a gyártói és nagykereskedői marketing-aktivitás elsődlegesen a top-patikákra koncentrálódik, illetve azokat preferálja, amelyek nagy forgalmi potenciállal rendelkeznek.

Ha a lakossági gyógyszerellátás rendszerében a gyógyszerpiaci ellátási lánc logikája dominánsan érvényesül, szükségszerű, hogy a nagy érdekérvényesítő erejű szereplők piaci szempontjai váljanak meghatározóvá a rendszer működésében és az értékesítési végpontokon. Ezt szélsőséges formában tapasztalhattuk meg 2006 és 2010 között, amikor a liberalizált szabályozás következtében a nagy forgalmi potenciálú helyeken döntően nagykereskedői érdekkörben nyíltak új gyógyszertárak, vagy a már működő gyógyszertárak olyan nagybefektetők érdekkörébe kerültek, akik kereskedelmi láncok építésébe fogtak. Meghatározóvá vált az eladásösztönző marketing technikák alkalmazása és a megváltozott tulajdonosi struktúrában eltűnt a gyógyszerellátásért viselt személyes felelős-

ség is. A forgalom egyre inkább a városokba koncentrálódott, megnehezítve a vidéki kisforgalmú gyógyszertárak működését és az ott élő lakosság gyógyszerellátását. Az irányítás fokozatosan gyógyszerpiaci és külföldi aktorok kezébe került. A gyógyszerpiaci ellátási láncban – az akkori szabályozás adta keretek között – minden szereplő a saját belső érdekei mentén, érdekérvényesítő erejének megfelelően alakította tevékenységét és közvetlen környezetét.

## II. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉRTÉKLÁNC

A 2010-ben hatalomba került kormány – az Európai Unió Bíróságának döntésével megerősítve, amely szerint minden uniós tagállamnak joga van arra, hogy a gyógyszerellátásban szabályozott piaci feltételeket teremtsen – fokozatosan új szabályozást léptetett életbe. Hiszen a Bíróság kimondta, hogy „az Unió által védett alapértékek közül a legfontosabb az élet és az egészség védelme”. A megváltozott szabályozás elvi alapja, hogy a gyógyszertárakat az egészségügyi ellátó rendszer részének tekintette, ahol a patikáknak nemcsak a gyógyszerpiac rájuk háruló logisztikai feladatait kell ellátni, hanem részt kell venniük a gyógyszerhasználat kockázatainak csökkentésében, a gyógyszeres terápia eredményességének növelésében és a népegészségügyi tevékenységekben is. Társadalom- és gazdaságpolitikai szempontból a gyógyszertárak nemzeti érdekkörben tartása is fontos cél lett, de ennek is előfeltétele volt a lakossági gyógyszerellátás rendszerének visszatérése az egészségügy rendszerébe. Fogalmazhatok úgy is, hogy az egészségügyi értékláncba.

Ebben az értékláncban – ismét leegyszerűsítve a folyamatot – három lényeges szereplő van: a diagnózist felállító és terápiát meghatározó orvos, a terápia legfőbb eszköze (a gyógyszer) biztosító gyógyszerész (gyógyszertár) és a terápia alanya, a beteg. Ebben az értékláncban azonban szükségszerűen más szempontok dominálnak, mint a gyógyszerpiaci ellátási láncban. Azért, hogy ezek érvényesülhessenek, a jogalkotó megtiltotta a gyógyszerpiaci szereplők (gyárak és nagykereskedők) tulajdonszerzését valamint gyógyszertári láncok építését, és korlátozta az orvosok patikatulajdonlását, továbbá a gyógyszerellátásért viselt személyes felelősség megteremtésével kívánta beszűkíteni a franchise-szerű gyógyszertár-működtetés lehetőségét is.

Az egészségügyi értéklánc alapvető célja a beteg meggyógyítása („a beteg üdve”). Ezért a lakossági gyógyszerellátás rendszerének biztosítani kell a térben és időben kiegyensúlyozott gyógyszerhez jutást. Ezt a gyógyszertár-létesítés és -működtetés állami szabályozása, a nyitva tartás és ügyeleti szolgálat hatósági kontrollja, valamint a működés személyi, tárgyi és finanszírozási feltételeinek

előírása és biztosítása garantálhatja. Itt az egyes szereplők üzemgazdaságossági szempontjain túlmutató költséghatékonyság igénye tartalmazza a gyógyszer megfizethetőségét, továbbá az egészségnyereséget eredményező adekvát gyógyszerhasználatot, sőt a szabályozásnál figyelembe veszi, hogy a gyógyszerértékesítés rendszere jelentős közpénz felhasználásával működik. Köztudott, hogy a gyógyszer elvárt élettani hatása akkor biztosítható, ha a beteg nemcsak megkapja, hanem megfelelően használja is a gyógyszert (akkor, amikor kell, azt, amit kell, annyit, amennyit szükséges és úgy, ahogy hatásos), továbbá megfelelő életmód is társul a gyógyszerhasználathoz. A rendszer jó működésének előfeltétele az indokolatlan (fölszemes) és inadekvát gyógyszerhasználat kizárása is (polifarmácia-, interakció- és párhuzamos gyógyszerelés kontroll). Ezeknek az elvárásoknak az indokoltaságát támasztja alá számos nemzetközi statisztika. Köztudott, hogy a gyógyszer „veszélyes üzem”, mert sok haláleset és egészségkárosodás kíséri a túlzó, illetve a nem megfelelő gyógyszerhasználatot. Hazai adatok pedig azt igazolják, hogy még az életminőséget jelentősen befolyásoló krónikus betegségekben szenvedők terápiás együttműködése is gyenge. Sőt, ma már „tankönyvi szintű” evidencia, hogy a gyógyszerértékesítés „egészségügyi feladatának” megfelelő ellátása a beteg együttműködésének (gyógyszerhasználati adherenciájának) az egyik legalapvetőbb feltétele. Ezt ismerte fel a Kamara, amikor a gyógyszerészi gondozás filozófiáját, illetve a gyógyszerbiztonsági validálás előírásait bázisként kezelve tűzte zászlójára a gyógyszerhasználati adherencia fejlesztését, a népegészségügyi programokba való bekapcsolódást és az orvosok és gyógyszerészek szakmai együttműködésének fejlesztését.

### III. HOGYAN TOVÁBB?

A 2010-es kormányváltást követően a lakossági gyógyszerellátás rendszere az azt megelőző időszak logikájával szakítva egy „strukturális rendszerváltás” keretei között egy másik pályára került átállításra. Ma a gyógyszerértékesítés tagja a gyógyszerpiaci ellátási láncnak és az egészségügyi értékláncnak; a gyógyszerészet pedig egyszerre tartozik a „gazdálkodó” és a „segítő” hivatások közé. A „strukturális rendszerváltás” közben is elsődrendű prioritás volt a rendszer működőképességének biztosítása, azaz a lakosság folyamatos gyógyszerellátása mellett a gyógyszerértékesítés zavartalan működtetése. Ez jól sikerült, sőt ezzel párhuzamosan egy nagyon mély gazdasági válságból is si-

került kievickélni. Az új rendszer strukturális alapjait ma már jogszabályok rögzítik, de ezek a mindennapok gyakorlatában még csak korlátozottan érvényesülnek, sőt az elmúlt évek piaci tapasztalatai alapján elmondható, hogy a gyógyszerpiaci ellátási lánc kereskedelmi érdekviszonyai ismét erősödnek. Piaci hírek alapján újra növekszik a nagykereskedelmi tulajdon a gyógyszerértékesítésben, erősödnek a láncok, virulnak a franchise típusú együttműködések és a marketingben egyre inkább a fogyasztásösztönző technikák dominálnak. Az elmúlt években bebizonyosodott, hogy félúton nem szabad megállni.

Ahhoz, hogy a rendszer jól működjön és képes legyen egészségügyi feladatai ellátására, a már deklarált célok megerősítése és a jogalkotó, a finanszírozó, a hatóság és a szakma (képviselőként a Kamara) szoros együttműködése szükséges. Ha ugyanis a rendszer magára marad, napjaink történései is igazolják, hogy a gyógyszerellátási lánc érdekviszonyai ismét dominánssá válnak, és szükségszerűen háttérbe szorulnak az egészségügyi szempontok. Elengedhetetlen tehát

- a jogalkotó folyamatos kontrollja és további finomhangoló munkája a gyógyszerértékesítés tulajdonlásával és működtetésével (a személyi jogos gyógyszerész jog- és feladatkörével) kapcsolatos kérdésekben, hogy a gyógyszerészek gyógyszerértékesítés-tulajdonlással és működtetéssel kapcsolatos jogkörei és felelőssége érvényesülhessenek,
- hogy a finanszírozó ne elégedjen meg a logisztikai feladatvégzés ellentételezésével, hanem biztosítani kell a térben és időben egységes ellátáshoz szükséges forrásokat és el kell ismerni az egészségügyi feladatvégzés teljes (valós) hozzáadott értékét,
- hogy a hatóság szerezzen érvényt a jogszabályi előírásoknak, különösen azokon a területeken, ahol a gyógyszerpiaci és az egészségügyi szempontok különbözősége miatt fennáll a közvetlen érdekütközés kockázata,
- hogy a szakma érdekvédelve a gyógyszerészi hivatás gyakorlásához szükséges feltételekért való lobbitevékenység mellett biztosítsa azoknak a szakmai és etikai szempontoknak az érvényesítését, amelyek nélkül a gyógyszerellátás egészségügyi feladatainak az ellátása ellehetetlenülne.

A gyógyszerészeknek pedig azt kell mérlegre tenniük, hogy megelégednek-e a gyógyszerpiaci ellátási láncban való szerepvállalással, vagy – nem tagadva meg, hogy a gyógyszerpiacnak is résztvevői – egészségügyi feladataik ellátását tekintik prioritásnak. Ugyanis a gyógyszerellátás „kereskedelmi körülmények között nyújtott egészségügyi szolgáltatás”. Ez a felismerés is az elmúlt hónapok tanulságai közé kell, hogy tartozzék.