

**MAGYAR KÖZTÁRSASÁG KORMÁNYA**

**J/1323. számú**

**Jelentés**

**a közforgalmú gyógyszertárak létesítésére vonatkozó, a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvényben foglalt szabályok gyakorlati megvalósulásáról, a szabályozás elvárt és tényleges hatásainak összevetéséről**

**Előadó: dr. Réthelyi Miklós  
nemzeti erőforrás miniszter**

**Budapest, 2010. október**

## JELENTÉS

**a közforgalmú gyógyszertárak létesítésére vonatkozó, a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvényben foglalt szabályok gyakorlati megvalósulásáról, a szabályozás elvárt és tényleges hatásainak összevetéséről**

### 1. ELŐZMÉNYEK

A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (a továbbiakban: Gyftv.) 83. § (8) bekezdése értelmében a gyógyszertárak létesítésére vonatkozó szabályok gyakorlati megvalósulásáról, a szabályozás elvárt és tényleges hatásainak összevetése alapján a Kormány 2010. október 1. napjáig jelentést terjeszt az Országgyűlés elé.

A Jelentés előkészítése során megkerestük azon hatóságokat, amelyeknek a Gyftv. hatáskört, feladatot telepített a gyógyszertáralapítás, tulajdonlás, összefonódás területén, illetve azon hatóságokat, szerveket is megkerestük, melyek a gyógyszertárakat érintő egyéb adatok, tapasztalatok birtokában vannak: az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (a továbbiakban: ÁNTSZ), az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat (a továbbiakban: OEP), az Egészségbiztosítási Felügyeletet (a továbbiakban: EBF), az Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatalt és a Gazdasági Versenyhivatalt (a továbbiakban: GVH). Ezen hatósági jogalkalmazást végző szerveket kértük tehát, hogy a Gyftv. által – a közforgalmú gyógyszertárakat érintően – biztosított hatáskörükbe tartozó eljárások, ügyek köréről általánosságban, az esetlegesen felmerülő gyakorlati problémákról, valamint a Gyftv.-ben lefektetett célok gyakorlati megvalósulásáról és a szabályozással elvárt és a tényleges hatások összevetéséről tájékoztassanak.

#### 1.1. Előzmények 2006-ig

A közforgalmú gyógyszertárak 1950-es államosításától kezdődően a lakossági gyógyszerellátás 1994-ig megyénként szervezett vállalati (ún. gyógyszertári központi) keretek között folyt: 1990-ben országosan kb. 1400 gyógyszertár működött. A magángyógyszerészi tevékenységet engedélyező 9/1990. (III. 28.) SZEM rendelet alapján 1990 és 1994 között közel 500 új gyógyszertár jött létre, melyeket egyéni vállalkozásként, betéti társaság vagy kft. formában üzemeltettek. Az Országgyűlés 1994-ben alkotta meg a gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvényt (Gyttv). A Gyttv. elismerve, hogy a gyógyszertárak csak akkor képesek a betegek javát szolgáló egészségügyi feladataikat ellátni, ha tevékenységükben egységes szakmai elvek érvényesülnek, továbbá hogy a kereskedelem általános szabályai nem használhatóak a gyógyszertári munka megfelelő szabályozásához, a gyógyszertárak létesítésére és működtetésére vonatkozóan speciális szabályozást léptetett életbe. A Gyttv. gyógyszertárak létesítését geográfiai és demográfiai feltételekhez kötötte, és főszabályként 5000 lakosonként, egymástól legalább 300 m (100 ezresnél nagyobb lakosságú városban 250 m) távolságban tette azt lehetővé. A Gyttv. a

gyógyszertár működtetését az ún. személyes gyógyszertár működtetési joggal rendelkező gyógyszerésznek biztosította, aki ezt a jogosítványt eleinte az ágazati minisztertől, később a Magyar Gyógyszerész Kamarától, majd az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivataltól kapta, konkrét gyógyszertár működtetésére, nem vagyoni értékű jogként. A Gyttv. a gyógyszertárak működtetéséből kizárta a gazdasági társaságokat, azonban lehetővé tette, hogy a személyi joggal rendelkező gyógyszerész a gyógyszertárat betéti társasági formában működtesse, feltéve, hogy a személyi jogos gyógyszerész a betéti társaság beltagja, a beltagok kizárólag gyógyszerészek és együttes tulajdoni részesedésük meghaladja a 25%-ot. A Gyttv. a személyi jogos gyógyszerésznek személyes közreműködést írt elő. A Gyttv. nem engedélyezte gyógyszertárak fúzióját és kizárta a gyógyszertár-működtetésből a gyógyszer-nagykereskedőket.

A gyógyszertárak privatizációját a megyei és települési önkormányzatok döntően 1995-97-ben, alapvetően a Gyttv. rendelkezései szerint hajtották végre. Az 1990-94 között létesült jogelőd nélküli gyógyszertáraknak a Gyttv. előírásaihoz 1999. szeptember 1-ig kellett igazodni. A Gyttv. 2001-ben végrehajtott módosítása („repatriálás”) előírta, hogy a közforgalmú gyógyszertárat működtető betéti társaságban a beltag gyógyszerészek tulajdonhányadának legkésőbb 2006. december 31-ig meg kell haladnia az 50%-ot.

2006 végén 2010 közforgalmú gyógyszertár, 650 fiókgyógyszertár és 278 kézigyógyszertár működött, az intézeti gyógyszertárak száma 143 volt, melyek közül 73 lakossági vényforgalmat bonyolító (ún. zártforgalmú) egységgel is rendelkezett.

A gyógyszertárak 2006-ig gyógyszer-értékesítési monopóliummal rendelkeztek, teljes körű gyógyszerellátási kötelezettséggel. A rendelkezések egységes fogyasztói gyógyszerárakat és térítési díjakat garantáltak a közfinanszírozott és nem közfinanszírozott gyógyszerek esetén is (2005-ben a nem támogatott gyógyszereknél a patikai árverseny lehetővé vált.) Az OEP valamennyi működési engedéllyel rendelkező gyógyszertárral kötelees szerződést kötni, a fiók- és kézigyógyszertárak elszámolása a közforgalmú gyógyszertárakon keresztül történt.

A Magyar Gyógyszerész Kamara az 1994. évi LI. törvény alapján a gyógyszerészek közttestületként működött, a gyógyszerészek számára a törvény kötelező tagságot írt elő.

A gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenységet 1992-től szabályozta miniszteri rendelet. Az 1990-es évek közepén a nagykereskedelmi engedélyesek száma meghaladta a 100-at, azonban az időszak végéig jelentős koncentráció és integráció zajlott le a piacon. 2006-ban a gyógyszerforgalom legalább 80%-át három országos lefedettségű működő, lényegében teljes palettát forgalmazó nagykereskedő bonyolította, melyek tulajdonosi körében meghatározó volt a gyógyszergyártók jelenléte.

A szükségletalapon szervezett lakossági gyógyszerellátás rendszere feladatai ellátására alkalmas volt, a kialakult működési zavarokat (pl. nem volt motivált a szakmai szolgáltatások javítása, az éjszakai és hétvégi gyógyszerellátási problémák, a tilalom ellenére létrejöttek gyógyszertárláncok) megfelelő jogi korrekciókkal és hatósági fellépéssel kezelni lehetett volna. Azonban 2006-ban az akkori kormányzat a liberalizáció mellett döntött.

## **1.2. A gyógyszerpiac liberalizációja 2006-tól**

A gyógyszerpiaci liberalizáció szempontjából meghatározó fontosságú a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás

általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv.), valamint az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény megalkotása.

A gyógyszerár létesítésre vonatkozó főszabályt a Gyftv. 49. § (1)-(2) bekezdése tartalmazza. E szerint olyan településen, ahol közforgalmú gyógyszerár nem működik, az ÁNTSZ – a Gyftv.-ben, valamint a külön jogszabályokban meghatározott feltételek teljesítése esetén – az új közforgalmú gyógyszerár működtetését engedélyezi. A Gyftv. 49. § (2) bekezdése alapján olyan településen, ahol már működik közforgalmú gyógyszerár, új közforgalmú gyógyszerár létesítését az ÁNTSZ a lakosság szám és a már meglévő és az újonnan létesítendő gyógyszerár közötti méter távolság alapján engedélyezi. A szabály a következő:

„49. § (2) Azon a településen, ahol már működik közforgalmú gyógyszerár, új közforgalmú gyógyszerár létesítését az egészségügyi államigazgatási szerv akkor engedélyezi, ha

- a) az új gyógyszerárral együtt számított valamennyi közforgalmú gyógyszerárra átlagosan legalább ötezer lakos jut és a meglévő közforgalmú gyógyszerárak bejárata és az új közforgalmú gyógyszerár bejárata között százezer lélekszámot meghaladó városokban 250 méter, egyéb településeken legalább 300 méter távolság van, vagy
- b) a kérelemben megjelölt 5000 főnél népesebb településen a tervezett létesítés 1 km-es körzetében, egyéb településen, illetve lakott területen kívül a megjelölt helyszín 5 km-es körzetében nincsen másik működő közforgalmú gyógyszerár, vagy
- c) a kérelem ügyeleti feladatok ellátására kijelölt egészségügyi szolgáltató székhelyén, telephelyén vagy annak 250 méteres körzetében működtetendő új közforgalmú gyógyszerár létesítésére irányul feltéve, hogy a megjelölt egészségügyi szolgáltató székhelyén, illetve telephelyén, valamint annak 250 méteres körzetében nem működik közforgalmú gyógyszerár és a működtető vállalja, hogy az új gyógyszerár ügyeleti és szolgálati ideje - a működtetés során - az egészségügyi szolgáltató ügyeleti és szolgálati idejéhez igazodik.”

A fenti főszabály alól a jogalkotó azt a kivételt tette, hogy az ÁNTSZ-nek nem kell figyelembe vennie a fent említett, a Gyftv. 49. § (2) bekezdés a)-c) pontjaiban foglalt feltételeket, hanem ezek fennállásától függetlenül engedélyezhette új gyógyszerár létesítését olyan településen, ahol már működik közforgalmú gyógyszerár, ha a kérelmező legalább 3 évig, minimum a Gyftv. 49. § (3) bekezdése szerinti többlétszolgáltatások nyújtására kötelezettséget vállal. A „többlétszolgáltatások” a betegellátás színvonalának emelését és folyamatos biztosítását célozták. Eszerint új gyógyszerár létesítését az ÁNTSZ akkor engedélyezhette, ha a kérelmező vállalta a működés megkezdésétől számított legalább 3 évig, hogy

- napi 24 órában nyitva tart, vagy
- legalább heti
  - 60 órában nyitva tart, vagy
  - 40 órában tart nyitva és folyamatos készenlétet biztosít,
- továbbá a külön jogszabályban meghatározottak szerinti fekvőbetegek részére – a betegek kérésére – a gyógyszerár 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.

A Gyftv. 49. §-ában rögzített patika-alapítási szabályozás átmeneti jellegű volt, az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2009. évi CLIV. törvény szerint a patikaalapítás 2011. január 1-től teljesen szabaddá vált volna. A gyógyszerárak létesítésének engedélyezését az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról szóló

2010. évi LXXXIX. törvény 2010. augusztus 17-től 2010. december 31-ig felfüggesztette azzal a kivétellel, hogy a gyógyszertárral nem rendelkező településen ez idő alatt is lehetséges közforgalmú, fiók- és kézi gyógyszertár létesítésének engedélyezése.

A Gyftv. rendelkezései értelmében a gyógyszertárak gyógyszer-forgalmazási monopóliuma és korábbi teljes körű gyógyszerellátási kötelezettsége megszűnt. A létesítésre és működésre vonatkozó engedélyt az ÁNTSZ egy eljárás keretében adja ki. A gyógyszertár működtetésének joga a gazdasági társaságot illeti, gyógyszertárat bármilyen gazdasági társaság működtethet. A gyógyszerpiac szereplőinek (gyárak, nagykereskedők, orvosok), a külföldieknek, illetve az off-shore cégeknek a gyógyszertár-működtetést a Gyftv. nem tiltja. A személyi jog jogosultjának továbbra is tagként (vagy részvényesként) tulajdoni hányaddal kell rendelkeznie a társaságban, de ennek minimális mértékére vonatkozó előírás nincs. A személyi jog a gyógyszertár szakmai vezetésére jogosít, mely személyhez és nem gyógyszertárhoz kötött, azaz átvihető más gyógyszertárba is. A Gyftv. lehetővé teszi gyógyszertárláncok létrejöttét. Az összevásárlás – a közös irányítás alá eső gyógyszertárak számának meghatározott aránya esetén – bejelentés- illetve engedélyköteles (GVH). A jelenlegi fúziós szabályozás a közös irányítás alá vont gyógyszertárak forgalmi részesedésének alakulását nem vizsgálja.

A gyógyszertárak szakhatósági ellenőrzését az ÁNTSZ tisztigyógyyszerészi hálózata végzi. A szolgálat regionális alapon működik, az egyes megyékben jellemzően egy tisztigyógyyszerész dolgozik, régióként egy tisztigyógyyszerész szakmai irányításával. A gyógyszertárak ellenőrzésében a Gyftv. szerephez juttatta a fogyasztóvédelmet, majd az EBF-et is. Ez utóbbi az orvosi és gyógyszerészi tevékenység összehangolását volt hivatott vizsgálni, vagyis, hogy létezik-e közöttük olyan nem kívánatos magatartás-összehangolás, amely a betegek hatékony és biztonságos gyógyszerellátását sérti, vagy veszélyezteti. (Az EBF-et a 2010. évi LXXXIX. törvény megszüntette, az ezzel kapcsolatos feladatot a jövőben az ÁNTSZ látja el.)

A kötelező kamarai tagság 2007-ben megszűnt, a Magyar Gyógyyszerész Kamara gyógyszertár-létesítéssel és -működtetéssel, valamint személyi joggal kapcsolatos korábbi jogait az egészségügyi szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény elvonta, a kamara véleményezési jogkörei kiüresedtek.

A gyógyszerpiaci liberalizációval párhuzamosan, a Kormány konvergencia-programjának részeként jelentős forráskivonásra került sor: a 2007. január 15-én hatályba lépett szabályozás értelmében a betegek által fizetendő térítési díjak drasztikusan emelkedtek, és csökkentek a támogatási kulcsok (az addigi 90%-os támogatás 85%-ra, a 70%-os 55%-ra, az 50%-os 25%-ra mérséklődött). Ekkor lépett hatályba a gyógyszergyártók 12%-os és a gyógyszer-nagykereskedők 0,5%-os „különadója”, a gyógyszerkasszákat felülről zárttá tették. Az éves költségvetésben meghatározott gyógyszer-támogatási kereten felüli támogatásfelhasználás esetén a többletet – a gyógyszer-támogatási előirányzat 10%-os túllépésének mértékéig – a biztosító és a forgalomba hozatali engedély jogosultjai sávosan megosztva, az e mértéket meghaladó kiadási többlet költségeit pedig a forgalomba hozatali engedélyek jogosultjai kizárólagosan viselik a támogatott készítményeikre jutó támogatás növekedés arányában. Fenti intézkedések hatására a gyógyszer-támogatási előirányzat korábban állandósult túlköltsége megszűnt, a közfinanszírozás aránya a GDP 1,5%-áról 1,1%-ra, az egészségügyi közkiadásokon belül a gyógyszerkiadások 25%-ról 20%-ra csökkentek.

Összegezve megállapítható, hogy a 2006-ig alapvetően szükségletalapú szabályozást 2007-ben versenypiaci szabályozás váltotta fel. Ennek következtében megváltozott a

gyógyszerellátás struktúrája, változtak a szakmai (gyógyszerészi) kompetenciák és kiüresedtek a kamarai jogkörök. A korábbi, szociális piacgazdasági elven felépült modellt liberalizált modellt váltotta fel, melyben a számon kérhető felelősségű szereplőkkel (az állam, a gyógyszerész és a szakmai önkormányzat) szemben megerősödött a tulajdonosi pozíció és a profitérdek szerepe.

### **1.3. Gyógyszertár alapítási moratórium és fúziótilalom 2011. január 1. napjáig**

Az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2010. évi LXXXIX. törvény 2010. augusztus 17. napjától 2011. január 1. napjáig terjedő időintervallumban gyógyszertár-alapítási moratóriumot és átmeneti fúziótilalmat rendelt el. Az új Kormányprogramban (A Nemzeti Együttműködés Programja 3.4.) szerepel, hogy a Kormány megállítja a gyógyszerpiaci liberalizációt és újraszabályozza a gyógyszertárak létesítését és működtetését. Azonban a lakossági gyógyszerellátás teljes újraszabályozásához hosszabb idő és az érintett szereplőkkel való érdemi egyeztetés szükséges, így az első ütemben csak a fenti két, legsürgetőbb intézkedés meghozatalára került sor.

### **1.4. A vonatkozó uniós jog és gyakorlat**

Az európai unió gyógyszer szabályozása nem terjed ki a közvetlen lakossági gyógyszerellátásra. Az emberi felhasználású gyógyszerekről szóló kódex (2001/83/EK irányelv) a gyógyszergyártás, forgalomba hozatal, farmakovigilancia, reklámozás és nagykereskedelem stb. tárgykörét szabályozza. A közvetlen lakossági gyógyszerellátás azonban továbbra is tagállami hatáskörben maradt.

Ezt a tendenciát tovább erősíti a szolgáltatási irányelv (2006/123/EK), amely hatálya nem terjed ki az egészségügyi szolgáltatásokra, és így az ilyen szolgáltatásnak tekintendő patikai szolgáltatásra sem.

Természetesen a nemzeti szabályoknak ettől még összhangban kell lenniük az áruk szabad áramlása és szolgáltatásnyújtás szabadsága elsődleges joganyagban deklarált elveivel. A nem harmonizált területeken az uniós alapelvek és a nemzeti szabályozások összhangját illetően az Európai Bíróság esetjoga ad iránymutatást, és a közvetlen lakossági gyógyszerellátásra vonatkozóan számos ítélet született.

Az újraszabályozás során figyelemmel kell lenni a gyógyszertár alapításra és tulajdonlásra vonatkozó európai uniós esetjogra is. Az Európai Közösségek Bíróságának a C-531/06. számú ügyben, illetve a C-171/07. és C-172/07. számú egyesített ügyekben hozott döntései alapján a tagállamok nemzeti jogi szabályozásaiban a gyógyszertárak tulajdonjoga és üzemeltetési joga fenntartható kizárólag gyógyszerészek részére, az ilyen előírásokat tartalmazó nemzeti jogszabályokat igazolhatja a lakosság megbízható és színvonalas gyógyszerellátásának biztosítására irányuló cél, mint közérdek. A Bíróság a C-570/07 és C-571/07 számú egyesített ügyekben hozott ítélete pedig a patikaalapítás földrajzi távolsághoz és lakosságszámhoz kötött korlátozását is igazolhatónak tartja, ha ezt a biztonságos és színvonalas gyógyszerellátás érdeke megalapozza. A két döntés megerősíti, hogy egyrészt a letelepedés szabadsága és a tőke szabad mozgása uniós elvének korlátozását igazolhatja az élet és az egészség védelme, valamint a közegészségügyi érdek, másrészt pedig a gyógyszerellátás szervezetének és szabályozásának kialakításában az uniós tagországoknak joguk van a nemzeti szabályozás kialakítására és fenntartására, mely kiterjed a gyógyszertárak létesítésének, tulajdonlásának és működtetésének szabályozására.

A bírósági döntések alapján a gyógyszer-tár-létesítés és -működtetés versenypiacitól eltérő tagállami szabályozását a közegészségügyi érdek, a minőségi gyógyszerellátás és a betegbiztonság garantálása indokolhatja. Természetesen a korlátozó intézkedésnek szükségesnek kell bizonyulnia az elérni kívánt cél megvalósításához, és a korlátozás miatt keletkezett hátrányok nem lehetnek aránytalanul nagyok az elért egészségpolitikai előnyökhöz képest. A létesítés szabályozása során a demográfiai és geográfiai szabályok alkalmazása (lakosság szám és gyógyszertárak egymástól való távolsága) az ellátás egyenletességének szavatolására alkalmas eszköz, a gyógyszer- és betegbiztonság, az ellátásbiztonság, a gyógyszertári szolgáltatások minősége és a hatékonyság érvényesítésének garanciája a gyógyszerész szakmai és egzisztenciális függetlensége; a bíróság szerint ez a függetlenség a gyógyszerpiac többi szereplőjével szemben különösen fontos.

A fenti döntésekben megfogalmazásra került, hogy a gyógyszerésztől elvárható, hogy ne csak a gazdasági hasznot vegye figyelembe, hanem a felkészültsége, a gyakorlata és a hivatástudata révén a betegérdeket és a társadalmi költségtakarékosság elvét is. Az ítéletek kiemelték, hogy a betegellátásban részt vevő gyógyszerésszel szemben hivatásetikai követelmények támaszthatók.

## 2. GYÓGYSZERTÁRAK SZÁMÁNAK VÁLTOZÁSA

### 2.1. Gyógyszertár létesítés

A Gyftv. hatályba lépését követően 618 új gyógyszertár létesült, ezek közül 526 közforgalmú, 62 fiók-, 29 kézi- és 1 intézeti gyógyszertár. A statisztikai adatokat tartalmazó táblázatokból (1-5. táblázat) megállapítható, hogy a lakosság gyógyszertárhoz való hozzájutása elsősorban a nagyvárosokban lett könnyebb, a kistélepülések gyógyszerellátása lényegében nem változott: 2007. január 1. és 2010. augusztus 1. között az 1000 fő alatti lakosság számú településeken 5, az 1000-5000 főt számláló települések esetében 22 közforgalmú gyógyszertár létesítését, illetve működését engedélyezte az ÁNTSZ.

#### 1. táblázat: Működő gyógyszertárak számának alakulása

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

2007 januárja óta 123 közforgalmú gyógyszertár szűnt meg, továbbá 54 fiókgyógyszertár fejezte be véglegesen működését.

Az új gyógyszertár létesítések szinte kizárólag a nagyvárosokban javították a gyógyszerhez való hozzáférést. A kistélepüléseken 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 újra gyógyszertárak, általában a frekvenciáltabb helyeken létesültek újak, összességében az ellátáshoz való hozzáférés javult. A megszűnt kézi gyógyszertárak helyét részben fiókgyógyszertárak vették át, sok esetben azonban az ellátás az adott településen teljesen megszűnt.

**2. táblázat: 2007. január 1. óta létesített gyógyszertárak gyógyszertár-típus és településméret szerint évenkénti bontásban**

Település/ lakosság szá m	Létesített gyógyszertár ak száma	2007	2008	2009	2010
<b>1.000 alatt</b>	47 (közforg.:5, fiók:20, kézi:22)	10 (közforg.:2, Fiók:4, kézi:4)	13 (közforg.:1, fiók:7, kézi:5)	13 (közforg.:1, fiók:7, kézi:5)	11 (közforg.:1, fiók:2, kézi:8)
<b>1.000-5.000</b>	71 (közforg.:22, fiók:42, kézi:7)	26 (közforg.:12 , fiók:14)	17 (közforg.:5, fiók:10, kézi:2)	16 (közforg.:2, fiók:11, kézi:3)	12 (közforg.:3, fiók:7, kézi:2)
<b>5.000- 10.000</b>	53	17	18	12	6
<b>10.000- 50.000</b>	161	40	57	43	21
<b>50.000- 100.000</b>	67	18	31	15	3
<b>100.000- 150.000</b>	108	27	45	22	14
<b>Budapest</b>	111 (közforg.:110 , intézeti:1)	38	37	26 (közforg.:25, intézeti:1)	10
<b>Összesen:</b>	618 (közforg.:526 fiók:62, kézi:29 intézeti:1)	176 (közforg.:15 4, fiók: 18, kézi:4)	218 (közforg.:194 fiók:17, kézi:7)	147 (közforg.:120 fiók:18, kézi:8, intézeti:1)	77 (közforg.:58, fiók:9, kézi:10)

**3. táblázat: 2007. január 1. óta visszavont gyógyszertári működési engedélyek száma településméret szerinti bontásban**

Település/ lakosság szám	Gyógyszertárak száma	
	működési engedély visszavonása óta nem működik	valamilyen formában ismét működik
<b>Budapest</b>	47 (közforgalmú: 43, intézeti: 4)	11 (közforgalmú)
<b>100.000-150.000</b>	23 (közforgalmú: 22, intézeti: 1)	1 (közforgalmú)
<b>50.000-100.000</b>	15 (közforgalmú)	3 (közforgalmú)
<b>10.000-50.000</b>	30 (közforgalmú: 29, intézeti: 1)	4 (közforgalmú: 3, intézeti: 1)
<b>5.000-10.000</b>	4 (közforgalmú: 3, fiók:1)	7 (közforgalmú: 6, fiók: 1)



<b>1.000-5.000</b>	35 (közforgalmú: 6, fiók:23, kézi:6)	48 (közforgalmú: 22, fiók: 16, kézi: 10)
<b>1.000 alatt</b>	69 (közforgalmú: 5, fiók: 27, kézi: 37)	30 (közforgalmú: 5, fiók:13, kézi: 12)
<b>Összesen:</b>	223 (közforgalmú: 123, fiók: 51, kézi: 43, intézeti: 6)	104 (közforgalmú: 51, fiók: 30, kézi: 22, intézeti: 1)

**4. táblázat: Újonnan létesítettből megszűnt gyógyszertárak gyógyszertártípus és településméret szerinti bontásban**

Település/ lakosságszám	Gyógyszertárak száma	
	működési engedély visszavonása óta nem működik	valamilyen formában ismét működik
<b>Budapest</b>	13 (közforgalmú)	4 (közforgalmú)
<b>100.000-150.000</b>	9 (közforgalmú)	1 (közforgalmú)
<b>50.000-100.000</b>	6 (közforgalmú)	3 (közforgalmú)
<b>10.000-50.000</b>	9 (közforgalmú)	2 (közforgalmú)
<b>5.000-10.000</b>	2 (közforgalmú)	3 (közforgalmú: 2, fiók: 1)
<b>1.000-5.000</b>	2 (fiók)	0
<b>1.000 alatt</b>	3 (fiók: 2, kézi: 1)	1 (fiók)
<b>Összesen:</b>	44 (közforgalmú: 39, fiók: 4, kézi: 1)	14 (közforgalmú: 12, fiók: 2)

**5. táblázat: Új közforgalmú gyógyszertárak létesítési jogcímei**

Jogszabály hely	Létesítés jogcíme	Gyógyszertárak száma
Gyftv. 49. § (1)	A településen korábban nem működött közforgalmú gyógyszertár	10
Gyftv. 49. § (2) a)	Az új gyógyszertárral együtt legalább 5000 lakos/gyógyszertár, és 250 méter vagy 300 méter távolság a két gyógyszertár között	5
Gyftv. 49. § (2) b)	5000 főnél nagyobb településen, ahol már működik közforgalmú gyógyszertár és az új gyógyszertár 1 km-es körzetben belül nincsen másik közforgalmú gyógyszertár	8
Gyftv. 49. § (2) b)	Egyéb településen, illetve lakott területen kívül, a megjelölt helyszín 5 km-es körzetében nincsen másik	0

	közforgalmú gyógyszertár	
Gyftv. 49. § (2) c)	Az új gyógyszertár ügyeleti feladatok ellátására kijelölt egészségügyi szolgáltató székhelyén, telephelyén vagy annak 250 méteres körzetében létesül, és itt nem működik más közforgalmú gyógyszertár, valamint az új gyógyszertár ügyeleti és szolgálati ideje az egészségügyi szolgáltató ügyeleti és szolgálati idejéhez igazodik	0
Gyftv. 49. § (3) a)	Napi 24 órában nyitva tart	0
Gyftv. 49. § (3) ba) és c)	Heti 60 óra + fekvőbetegek részére díjmentes házhozszállítás 2 km-es körzetben vagy honlap működtetés és házhozszállítás	497 (380 honlap nélkül, 117 honlappal)
Gyftv. 49. § (3) bb) és c)	Heti 40 óra + folyamatos készenlét + fekvőbetegek részére díjmentes házhozszállítás 2 km-es körzetben vagy honlap működtetés és házhozszállítás	6
<b>Összesen:</b>		<b>526</b>

## 2.2. A gyógyszertárak létesítésére irányuló hatósági eljárások tapasztalatai

A Gyftv. hatálybalépését követően a közforgalmú gyógyszertárak létesítéséről és működésének engedélyezéséről az ÁNTSZ illetékes regionális intézete egy hatósági eljárásban dönt.

*Az engedélyezés során a kérelmezőnek nyilatkoznia kell a következőkről:*

- a gyógyszertár helyének pontos címe [Gyftv. 48. § (2) bekezdés b) pont],
- a megnyitás tervezett időpontja [Gyftv.48. § (2) bekezdés c) pont],
- a személyi joggal rendelkező gyógyszerész megnevezése [Gyftv.48. § (2) bekezdés d) pont],
- hozzájárulás hatósági vezető kirendeléséhez [Gyftv.48. § (2) bekezdés f) pont],
- a létesítés jogcíme [Gyftv.49. § (1)-(3) bekezdés],
- az épületben nem működik más közforgalmú gyógyszertár Gyftv. [49. § (4) bekezdés],
- a személyi jogos gyógyszerész más gyógyszertárat nem vezet, más gyógyszertárban munkaviszonnyal vagy közalkalmazotti jogviszonnyal nem rendelkezik, illetve a meglévőről a működtetés megkezdéséig lemond [Gyftv. 62. § (2) bekezdés].

*A hatóság által az engedély megadása előtt vizsgálandó előírások*

- műszaki tervdokumentáció (41/2007. (IX.19.) EüM rendelet 4-5. §),
- az ingatlan jogszerű használatának igazolása tulajdoni lap vagy érvényes bérleti szerződés alapján,
- a személyi jogos gyógyszerész tulajdonosi részesedésének ellenőrzése a működtető gazdasági társaság társasági szerződése, illetve a hatályos cégkivonat adatai alapján [Gyftv. 74. § (1)–(2) bekezdés].

Az ÁNTSZ visszavonja a gyógyszertár működési engedélyét, amennyiben az a működési engedély jogerőre emelkedését követő egy éven belül nem nyit meg (nem kezdi meg a működést). A működés megkezdése előtt a működtetőnek be kell mutatnia a gyógyszertár

működésével összefüggésben okozott kár megtérítésére szóló felelősségbiztosítást [Gyftv. 53. § (1) bekezdés a) pont], és biztosítania kell a 41/2007. (IX.19.) EüM rendelet által meghatározott szakszemélyzetet, berendezést, felszerelést és készletet. A hatóság a megnyitás előtt e feltételek meglétét helyszíni ellenőrzésen állapítja meg.

*Az eljárás során felmerülő gyakorlati problémák köre a következőkben összegezhető:*

1. A jogszabály alapján a működési engedély jogerőre emelkedésétől számított egy éven belül kell a gyógyszerterát megnyitni. A létesítésére irányuló kérelem benyújtásakor a működtetőnek nem minden esetben áll rendelkezésére megfelelően kialakított ingatlan. Az építészeti munkák engedélyezése és kivitelezése sok esetben nem zárul le az eljárási határidő leteltéig, ezért a hiánypótlási határidő meghosszabbítására, vagy az ügyfél kérelme alapján az eljárás felfüggesztésére kerül sor.
2. A gyógyszerterát létesítési kérelem beadását követően az engedélyezési eljárás során több esetben a működtető másik személyi jogos gyógyszerészt jelöl meg, ill. a benyújtáskor meg sem jelölik a személyi jogos gyógyszerészt és a működtető nyilatkozatban vállalja, hogy személyi jogos gyógyszerterátvezetőt biztosít.
3. Nehézséget jelent a Gyftv. 49. § (4) bekezdésének alkalmazása (pl. lakótelepek több lépcsőházból álló szalagházai esetében). A kérelmező nyilatkozata illetőleg az általa készített építész szakértői vélemény mellett vitás esetekben az első fokú hatóság szakvéleményt kérhet az építésügyi hatóságtól. Egy jelenleg is folyamatban lévő ügyben az első fokú építésügyi hatóság nem adott érdemi választ az egészségügyi hatóság megkeresésére, így csupán a másodfokú eljárásban állt a hatóság rendelkezésére az érdemi döntéshez szükséges szakvélemény.
4. A közforgalmú gyógyszerterák létesítésére túlnyomó többségben olyan településeken kerül sor, ahol már több gyógyszerterát is működik, amelyek gazdasági érdekeit jelentősen befolyásolja egy új piaci szereplő megjelenése. A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (a továbbiakban: Ket.) 2009. október 1. napjától hatályba lépett módosítása értelmében az ügyféli jogállás megtagadásáról a hatóság végzést hoz, amely ellen önálló fellebbezésnek van helye. A már működő gyógyszerterák működtetői ezt a lehetőséget kihasználva próbálják az új gyógyszerterát létesítést megakadályozni, illetve hátráltatni. A Ket. novella hatályba lépésétől 13 másodfokú eljárást kezdeményeztek az ügyféli jogállás megállapítása tárgyában, ebből jelenleg 3 ügy bírósági felülvizsgálata van folyamatban.
5. A gyakorlatban sokszor megváltozik a gyógyszerterák működtetője. Ha a működtető társaság jogutódlással szűnik meg, a működési engedély módosítására kerül sor. Általánosabb azonban, hogy a gyógyszerterának helyet adó ingatlan, a felszerelés, berendezés és a személyi állomány felett egy másik gazdasági társaság szerez jogosultságot és ennek alapján kívánja átvenni a gyógyszerterát működtetését. Ezen esetekben a korábbi működtető részére kiadott működési engedély visszavonásra kerül, majd egy új létesítési és működési engedélyezési eljárás során kaphat a gyógyszerterát ismételt működési engedélyt. Az ún. gyógyszerterárláncok esetén tapasztalható a gyógyszerterák esetenként többszöri működtető-váltása. Jelentős problémákat okoz, hogy a gazdasági társaságok a közöttük kialakult elszámolási vita megoldását az ÁNTSZ bevonásával kívánják rendezni. Gondot jelent, hogy a működési engedély súlyos jogszabálysértő tevékenység miatti megvonása esetén ugyanaz a tulajdonosi kör más

gazdasági társasággal ismét lehet a működési engedély jogosultja, illetve más gyógyszerüzemeket is tovább működtethet.

### 2.3. A gyógyszerüzem-működtetés tapasztalatai

#### *Az újonnan létesített gyógyszerüzemek hatása a szolgálati idő tartamára*

Az 5. sz. táblázatból látható, hogy a létesítés jogcímét tekintve 497 gyógyszerüzem a Gyftv. 49. § (3) bekezdés ba) és c) pontja alapján került engedélyezésre (heti 60 óra nyitva tartás és házhozszállítás kötelezettsége a működés megkezdésétől számított legalább 3 évig). 24 órás nyitva tartással gyógyszerüzem jelenleg nem működik. A legalább heti 60 óránál hosszabb nyitva tartást csak a bevásárló központokban létesült gyógyszerüzemek teljesítenek (a bérleti szerződésnek ugyanis feltétele a szombat-vasárnapi nyitva tartás). Ugyanakkor kisebb településeken az új gyógyszerüzemek megjelenésével hétköznap 1,5-3 órával, hétvégén és ünnepnapokon (zömében szombaton) 6-7 órával növekedett a nyitvatartási idő. Az ügyeleti/készenléti szolgálatba az ÁNTSZ határozatainak megfelelően az új gyógyszerüzemek is bekapcsolódtak és a szombati és vasárnapi, illetve késő esti nyitva tartás miatt az ügyeletben résztvevő gyógyszerüzemek később kezdenek az ügyeletet. A 2006. évi kb. 1 millió ügyeleti óra/évhez képest jelenleg kb. 600 ezer óra/év az ügyelet.

#### *Személyi jog engedélyezés száma éves bontásban*

A személyi jogos gyógyszerészek száma jelenleg 3260, a Gyftv. hatályba lépése óta kiadott engedélyek számát a 6. táblázat mutatja:

**6. táblázat: Személyi jogot engedélyező határozatok száma**

Időszak (év)	Határozatok száma
2007.	622
2008.	345
2009.	225
2010.08.20-ig	129
<b>Összesen:</b>	<b>1321</b>

#### *Az ÁNTSZ gyógyszerforgalmazást érintő hatósági ellenőrzéseinek tapasztalatai*

A megfelelő minőségű gyógyszerüzemi szolgáltatás nyújtásának elengedhetetlen feltétele a kellő számú és megfelelő képesítéssel rendelkező szakszemélyzet. A szaklétszám adatok változását – éves és megyénkénti bontásban – a 7. táblázat mutatja be.

**7. táblázat: Közforgalmú gyógyszerüzemek szaklétszám statisztikája**

Megye	Gyógyszerészek száma			Asszisztensek száma		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Budapest	1138	1 266	1 206	1276	1 617	1 497
Pest	416	562	568	562	753	737
Komárom-Esztergom	120	151	154	90	246	241
Fejér	176	183	198	233	277	271
Nógrád	61	66	70	117	113	113
Győr-Sopron-Moson	187	217	228	257	354	341
Vas	105	121	127	103	170	156
Veszprém	141	159	170	104	238	227
Zala	116	127	126	172	196	206
Somogy	135	143	141	223	247	248

Baranya	187	238	229	179	380	376
Tolna	112	116	120	161	192	191
Bács-Kiskun	285	320	325	323	405	401
Csongrád	276	295	286	258	316	316
Békés	177	192	182	272	322	302
Jász-Nagykun-Szolnok	164	187	179	265	341	333
Hajdu-Bihar	233	277	285	327	399	408
Szabolcs-Szatmár-Bereg	206	249	255	317	390	381
Heves	151	166	156	229	278	277
Borsod-Abaúj-Zemplén	258	304	296	307	507	514
<b>Országos összesen:</b>	<b>4 644</b>	<b>5 339</b>	<b>5 301</b>	<b>5 775</b>	<b>7 741</b>	<b>7 536</b>

2007-hez viszonyítva a gyógyszertárak száma átlagosan 19%-kal, a gyógyszerészek száma csak 15%-kal, az asszisztensek száma pedig 30%-kal nőtt. A növekvő patikaszámmal a gyógyszerészi létszám nem tart lépést. A nyitva tartási idő átlagának növekedése miatt a fajlagos létszamarány alakulása ennél is rosszabb. A szakasszisztensi, asszisztensi létszám növekedése egyértelmű, azonban a képzés időtartama, személyi és tárgyi feltételei valamint színvonala – képzőhelytől függően – rendkívüli változatosságot mutatnak. A személyi minimum feltételek jogszabályi előírásának hiánya miatt az ÁNTSZ nem tud érvényt szerezni a szükséges számú szakember alkalmazásának. A heti 60 órás nyitva tartási időre sok helyen egy gyógyszerészt alkalmaznak, a második gyógyszerész – ha van – változó munkahelyre szóló megbízási szerződéssel rendelkezik. A személyi jogos gyógyszerész a törvényben előírt, de nem definiált személyes vezetési kötelezettségnek sokszor nem tesz eleget.

#### ***A gyógyszertárvezetők intézkedési hatáskörének érvényesülése***

Különösen az újonnan létesült gyógyszertárak esetében jellemző, hogy a személyi jogos gyógyszerész tulajdonrésze elenyésző, érdemi befolyása a gyógyszertárat működtető gazdasági társaságban nincs. Ennek következménye, hogy a gyógyszertár vezető gyógyszerésznek ritkán van lehetősége érdemi döntést hozni. Nem biztosítja a törvény, hogy a gyógyszertár működtetőjét a gyógyszertár szakmai vezetője képviselhesse, pl. nem rendelhet önállóan, képviselőt nem fogadhat, munkatársait nem választhatja meg, nincs törvényben garantált munkáltatói joga. A személyi jogos gyógyszerész a működtető gazdasági társaságnak kiszolgáltatott és így nem képes a folyamatos, megfelelő szintű betegellátás biztosítására.

#### ***A szakmai munka ellenőrzési tapasztalatai különös tekintettel az expediáló tevékenységre***

A gyógyszerellátás felügyeletéért felelős tisztii gyógyszerészek alacsony létszáma miatt az ellenőrzések száma nem kielégítő. A rendszeres ellenőrzések elmaradása hozzájárul a gyógyszertárak szakmai színvonalának csökkenéséhez. Az ellenőrzési tapasztalatok szerint a gyógyszerkiadás helyzete romlott. Ennek oka a gyógyszerészek és a szakasszisztensek hiánya, illetve hogy a működtetőnek megéri az asszisztensek foglalkoztatása az alacsonyabb bérköltségek miatt. A növekvő verseny és a rentabilitás hiánya is szerepet játszhat a szabálytalanságok (jogosulatlan vagy szabálytalan expediálás) gyakoribbá válásában. Az ÁNTSZ jelentés szerint a szabálytalan és jogosulatlan expediálás becsült aránya kb. 20-30%-ra tehető. Továbbá szintén az ÁNTSZ jelzése szerint megjelentek a szabálytalan gyógyszertár működtetésre és a jogsértő gyógyszerészi szakmai tevékenységre utaló jelek. Ugyanakkor az új és a régi gyógyszertárak között egyaránt vannak olyanok, amelyek komoly minőségbiztosítási rendszer működtetésével garantálják a magas szakmai színvonalat. Általánosságban régi és az újonnan létesült gyógyszertárak szakmai tevékenységét elsősorban a gyógyszertár vezetőjének szakmai és etikai hozzáállása határozza meg.

### **Gyógyszerészi gondozás**

E tevékenységükkel a gyógyszerészek jelentős szerepet tölthetnek be a lakosság egészségügyi felvilágosításában, a gyógyszeres kezelés hatékonyabbá tételében, a gyógyszeres terápia ellenőrzésében, a nem kívánt mellékhatások, kölcsönhatások kiszűrésében. A gyógyszerészi gondozási programok végzése kb. 15%-os arányú, az újonnan létesülőknél ez alacsonyabb, kb. 5% lehet. Számadatok alapján a nagyobb régiókban (Dél-Alföld, Észak-Alföld) 40-60 gyógyszertár, a kisebb régiókban (Nyugat-Dunántúl, Közép-Dunántúl) 15-20 gyógyszertár végzi e tevékenységet, míg Közép-Magyarországon ez közel 100 gyógyszertárat jelent. A gyógyszerészhiány erősen korlátozza a feladat ellátását, gyakori a létszámváltozás, ezért a tevékenység több gyógyszertárban szünetel.

### **A magisztrális gyógyszerkészítés**

A magisztrális gyógyszerek mennyisége évről évre kevesebb. Ennek oka, hogy a gyógyszer alapanyagokhoz való hozzájutás nehézkes, a gyógyszertárban foglalkoztatott szakemberek száma csökken, miközben a gyógyszerkészítés idő-, szakember- és költségigénye nagy. A magisztrális készítmények készítési díja alacsony és 2001 óta lényegében változatlan, a gyógyszeranyag kisserelések nem igazodnak a gyógyszertárak igényeihez, emiatt sok a lejáratos selejt. Mindez arra ösztönzi a gyógyszertárakat, hogy ne fogadják el a magisztrális gyógyszer tartalmazó vényt, és korlátozzák a készleten lévő gyógyszeranyagok körét. Változnak továbbá az orvosok gyógyszerrendelési szokásai és több FoNo-s és gyógyszerkönyvi gyógyszer a nagykereskedőtől készen is rendelhető. 2007-ben a magisztrális gyógyszerek támogatása drasztikusan csökkent (90%-ról 50%-ra), ez a térítési díjak drámai növekedését okozta. Míg a gyógyszertárak egy része elhárítja a gyógyszerkészítést, más helyeken növekedett a mennyisége, egyrészt a forgalom átterelődése miatt, másrészt az alacsonyabb jövedelmű térségekben, illetve a gyermekkorzetben (gyermekgyógyászatban) jelentősebb mértékű a felhasználásuk. A gyógyszerész-létszám csökkenése az elkészítési idő meghosszabbodását vonta maga után.

A magisztrális gyógyszerek minőségének ellenőrzése korlátozott, hiszen 2006 után az országban működő 3-4 gyógyszervizsgáló laboratórium működését megszüntették. (A privatizációt megelőző időszakban valamennyi gyógyszertári központ megfelelő színvonalú és felszereltségű gyógyszervizsgáló laboratóriumot működtetett, amelyek folyamatosan vizsgálták a gyógyszertárakban készített magisztrális gyógyszereket. (Pl. 1989-ben 5696 magisztrális gyógyszer minőségét ellenőrizték, amely során 7161 kvantitatív vizsgálatot végeztek.) Az ÁNTSZ keretén belül jelenleg egyedül Vas megyében működik (1991 óta megszakítás nélkül) a gyógyszervizsgáló laboratórium. A vizsgálatok eredményeit a 8. táblázat foglalja össze.

**8. táblázat: Nyugat-dunántúli Régió mintavételeinek száma és eredménye**

Minősítés	2007			2008			2009			2010		
	Győr	Vas	Zala	Győr	Vas	Zala	Győr	Vas	Zala	Győr	Vas	Zala
Megfelelő	24	48	19	5	51	5	10	41	10	28	14	9
Elfogadható	3	1	2	1	3	0	2	4	1	5	1	0
Nem megfelelő	2	6	2	0	7	2	1	3	0	4	2	0
<b>Összes:</b>	<b>29</b>	<b>55</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>61</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>48</b>	<b>11</b>	<b>37</b>	<b>17</b>	<b>9</b>

A vizsgált minták egyharmada nem megfelelő vagy elfogadható minősítést kapott. A csekély mintaszám alapján általános következtetéseket nem lehet levonni, de a tendencia nem a megfelelő irányba mutat.

#### ***Az internetes gyógyszerrendelés és a házhozszállítás igénybevétele***

Az internetes gyógyszerrendelés igénybevétele elenyésző. Gyógyszer-házhozszállításra az igény szórványos, többnyire a mérete vagy súlya miatt nehezen szállítható termékekre korlátozódik. Az új gyógyszertárak mindössze 10%-a végez elsősorban forgalomnövelés céljából házhozszállítást. Ezen túlmenően néhány gyógyszertár a készletében nem lévő gyógyszer házhozszállítását is végzi, általában ingyenesen.

#### ***Lakossági panaszok és egyéb bejelentések***

A lakossági panaszok száma az elmúlt időszakban nem növekedett, átlagosan 20-40 panaszbejelentés történik évente régióként. Leggyakoribb panasz, hogy a gyógyszert nem veszi vissza a gyógyszertár, lejárt készítményt forgalmaz, vényköteles gyógyszert vény nélkül nem ad ki, az akciós gyógyszer nem kapható a patikában, illetve helytelen tájékoztatást függeszt ki az ügyeletről. Az utóbbi időben a gyógyszertárak egymás kifogásolt tevékenységét panaszolják be az ÁNTSZ-nek, illetve a munkajogi jellegű problémákkal is a szolgálathoz fordulnak. Fogyasztóvédelmi jellegű panaszbejelentések a Gazdasági Versenyhivatalhoz is érkeznek, de ezek egyikéből sem indult versenyfelügyeleti eljárás, mivel nem volt megállapítható a gyógyszertár által folytatott kommunikáció jogsértő vagy megtévesztésre alkalmas volta. Sok esetben a panasz a versenytárs által a betegnek nyújtott előnyre vonatkozott (árengedmény, visszatérítés, ajándék, hűségkedvezmény stb.).

### **2.4. Gyógyszertáron kívüli gyógyszerforgalmazás**

A gyógyszertáron kívüli gyógyszerforgalmazás a kistelepülések gyógyszerellátási gondjait nem oldotta meg. Jelenleg 470 gyógyszert kb. 600 helyen forgalmazznak (döntően benzinkutak, drogériák), a forgalmi részarány az OTC gyógyszerek forgalmának 1%-át nem haladja meg. A gyógyszertáron kívül gyógyszerforgalmazásra irányuló kérelmek és a már működő egységek száma egyaránt csökkenő tendenciát mutat. A gyógyszerforgalmazást végző üzletek nagy része kereskedelmi hálózat tagja, a kisebb üzletek a működési költségek miatt nem folytatják ezt a tevékenységet. A 24 órában nyitva tartó benzinkutak a sürgősségi gyógyszerellátásban játszhatnak csekély szerepet. Az ellenőrzések során feltárt szabálytalanságok közül jellemző, hogy a gyógyszerek nyilvántartása, tárolási hőmérséklete nem megfelelő, nem áll rendelkezésre a beteg tájékoztatására szolgáló információs rendszer és a gyógyszerek felhasználhatósági idejét nem követik nyomon. A gyógyszerpiac e szegmensében az ellenőrzések száma a létesítések számával arányosan csökkent, egyes régiókban, ahol erre szakszemélyzet biztosított, éves szinten 40-80 ellenőrzés történt, de átlagban az utóbbi évben 10-15 alkalom volt jellemző az engedélyezéseket megelőzően.

### **2.5. A szakmai ellenőrzés erőforrásainak és eszközeinek változása a gyógyszertárak és gyógyszerforgalmazó helyek számának növekedésével**

Az ÁNTSZ régiós átszervezésével a gyógyszerészeti ügyekkel foglalkozók létszáma csökkent, miközben az elvégzett feladatmennyiség jelentősen megnövekedett. A jelenleg rendelkezésre álló létszám megyénként 1 fő regionális tisztigyógyszerész, közülük rendszerint 1 fő egyidejűleg a regionális tisztí főgyógyszerészi feladatokat is ellátja. Az adminisztratív létszám egyes esetekben részben, vagy teljes mértékben hiányzik.

## 2.6. További ellenőrzési tapasztalatok

Az ÁNTSZ tapasztalatai szerint a hangsúly a szakmai munka felől a marketing tevékenység irányába tolódik el. A promóciós célú ajándékozási tevékenységet folytató tökeerős városi gyógyszertárakkal a kisforgalmú gyógyszertárak nem tudják felvenni a versenyt, ez is veszélyezteti fennmaradásukat (lsd. részletesebben: 3.6., Promóciós szabályozás és gyakorlat alatt).

## 3. GYÓGYSZERTÁRAK MŰKÖDÉSI FELTÉTELEINEK (JÖVEDELMEZŐSÉGÉNEK) VÁLTOZÁSA

### 3.1. A patikai árrés alakulása

A gyógyszertári árrés-rendszer (a közfinanszírozott gyógyszerek esetében) degresszív, az 5000 Ft feletti beszerzési árú gyógyszerek esetében fix érték (850 Ft). 850 Ft-os fix árréssel forgalmazzák a támogatott gyógyszerfogalom 43%-át (értékben). A támogatott forgalom 12-13%-át (értékben) 1%-os vagy annál kisebb árréssel forgalmazzák (2009. I. félévi adat) (9. és 10. táblázat). A 11. táblázat adatai alapján a támogatott árréstömeg mind negyedéves, mind éves szinten csökkenő tendenciát mutat 2006 óta. Ez azért is jelentős, mivel 2004 óta nem volt az árrésmértéket érintő változás. A gyógyszertárankénti támogatott árrést negyedévenkénti bontásban a 12. táblázat mutatja. A 12. táblázat egyértelműen mutatja, hogy a gyógyszertárankénti árréstömeg az elmúlt években jelentősen csökkent, az alacsony sávhatárba (5 MFt/negyedév alatt) tartozó gyógyszertárak száma jelentősen nőtt. A 13. táblázat a gyógyszertárak arányának változását mutatja be árréstömeg szerinti bontásban. Míg 2006-ban az 5 MFt/negyedév alatti árréstömegű gyógyszertárak aránya alig haladta meg a gyógyszertárak harmadát (34,3%), addig 2010-ben ez az érték kb. 58%. A 10 MFt/negyedév feletti támogatott árréstömegű gyógyszertárak aránya 2006-ban 22% volt, ez ma kb. 8%-ot tesz ki. Az kimutatásokból látható, hogy a támogatott árréstömeg mind negyedéves, mind éves szinten csökkenő tendenciát mutat, az alacsonyabb támogatott árréstömegű gyógyszertárak aránya növekszik (2009. II.-III. negyedévben az 1 gyógyszertárra jutó havi árréstömeg 2,3 MFt). Mindezek alapján látható, hogy a csökkenő támogatott kiskereskedelmi árréstömeg mellett a Gyftv. hatályba lépését követően mintegy 22-23%-kal növekvő gyógyszertárszám a legerősebb oki tényező, mely a patikák jövedelmezőségét rontja. A több, mint 2400 gyógyszertárat jelenleg kb. 1900 vállalkozás működteti, közvetlen adatok a gyógyszertárak jövedelmezőségére vonatkozóan csak korlátozott mértékben nyerhetőek. A 2007 óta létrejött un. új gyógyszertárak – melynek tulajdonosi struktúráját a 4. fejezet mutatja be - az ágazat eladósodottságában jelentős arányban vesznek részt.

#### 9. táblázat: Patikai árrés-százalék alakulása a fogyasztói ár arányában

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

#### 10. táblázat: Patikai árrés-százalék alakulása a beszerzési nagykereskedelmi ár arányában (\*2010 prognózis)

Év	1994	2005	2006	2007	2008	2009.	2010.*
Árrés %	20,4	17,0	16,33	16,25	15,61	15,24	15,01



**11. 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

**12. 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
<b>Változás 2006. I. / 2010. II.</b>	<b>+ 96</b>	<b>+ 175</b>	<b>+ 502</b>	<b>- 21</b>	<b>- 138</b>	<b>- 82</b>	<b>- 10</b>	<b>- 10</b>	<b>+ 512</b>

**13. táblázat: Gyógyszertárak aránya támogatott árrés-tömeg 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
2006. I.	0,50%	2,84%	30,97%	43,64%	15,11%	5,44%	0,85%	0,65%
2006. II.	0,60%	2,35%	29,41%	44,28%	16,08%	5,64%	0,90%	0,75%
2006. III.	1,00%	3,43%	32,40%	42,66%	14,88%	4,63%	0,50%	0,50%
2006. IV.	0,70%	2,29%	28,95%	44,10%	16,39%	5,63%	1,20%	0,75%
2007. I.	1,29%	3,16%	31,35%	43,82%	14,91%	4,51%	0,43%	0,53%
2007. II.	2,22%	5,63%	36,14%	41,96%	10,64%	2,70%	0,38%	0,33%
2007. III.	2,68%	6,64%	39,66%	39,56%	9,41%	1,48%	0,38%	0,19%
2007. IV.	2,78%	6,12%	38,54%	39,98%	10,16%	1,76%	0,37%	0,28%
2008. I.	3,09%	7,60%	40,43%	38,40%	8,71%	1,28%	0,31%	0,18%
2008. II.	3,13%	7,58%	41,97%	37,48%	8,14%	1,26%	0,26%	0,17%
2008. III.	3,28%	8,73%	43,03%	36,56%	6,95%	1,07%	0,21%	0,17%
2008. IV.	3,25%	8,34%	41,16%	37,66%	7,76%	1,46%	0,21%	0,17%
2009. I.	3,03%	8,10%	41,84%	37,38%	7,85%	1,39%	0,33%	0,08%
2009. II.	2,73%	9,29%	45,35%	35,09%	6,23%	0,94%	0,24%	0,12%
2009. III.	4,13%	9,69%	45,12%	34,33%	5,47%	0,93%	0,20%	0,12%
2009. IV.	4,85%	8,21%	43,13%	35,12%	7,21%	1,04%	0,32%	0,12%
2010. I.	3,92%	9,57%	45,33%	34,00%	5,89%	0,92%	0,24%	0,12%
2010. II.	4,21%	9,22%	44,62%	33,93%	6,56%	1,07%	0,28%	0,12%

A 14. táblázat az OEP készítményenkénti részletességű adatközléseinek feldolgozása alapján a gyári gyógyszerek 2009. évi lakossági forgalmát mutatja be, fogyasztóiár-sávok szerinti bontásban. A kórházi gyógyszertárak vényforgalmi részlegeinek árréstömege 1,6-1,8 Mrd Ft, ennél fogva a közforgalmú gyógyszertárak közfinanszírozott forgalomból származó 2009. évi gyógyszer árrés-tömege kerekítve 49 Mrd Ft. A lakosság által térítési díjként ténylegesen kifizetett összeg: 112.047 millió Ft, a központi költségvetés (közgyógyellátás) összege 17.606 millió Ft. A mennyiségi és az érték szerinti összetételben nagy a különbség: pl. a 15.750 Ft/doboz fölötti ársávban lévő gyógyszerek forgalma a dobozszám 0,9%-a (ami DOT-ban mérve csak 0,7%) az érték szerinti forgalom 24,9%-át teszi ki és ezekre a gyógyszerekre fizették ki a TB támogatás éves összértékének 34%-át. A 2.200-4.400 Ft/doboz fogyasztói ár sávban a térítési díj összevont értéke 1.300 Ft/doboz fölött van (ide tartozik a teljes forgalom 1/6 része), miközben a 15.750 és 31.500 Ft/doboz fogyasztói ár sávban a dobozonkénti térítési díj alig haladja meg az 1.300 Ft-ot. A közfinanszírozott forgalom értékének 13,4%-a esetében a gyógyszertári árrés a fogyasztói ár 0,3%-a.

**14. táblázat: A közfinanszírozott gyógyszerforgalom összetétele a fogyasztói ár és az árréstömeg szerint (2009. pénzforgalmi szemléletben)**

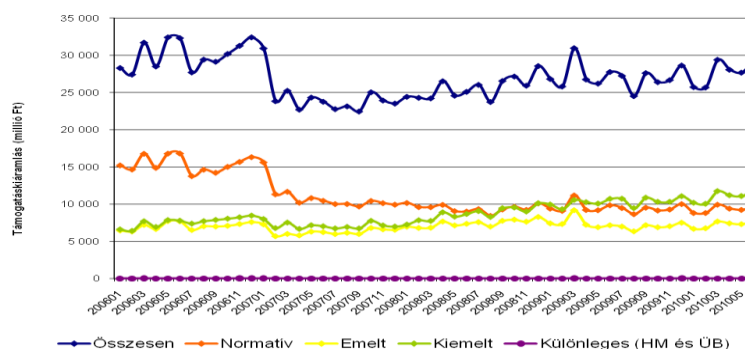
Fogyasztói ár (Ft/doboz)	Doboz (ezer db)	Forgalom (bruttó fogy. ár, millió Ft)	TB támogatás (millió Ft)	Nettó gyógyszertári árrés	
				millió Ft	megoszlás (%)
-662	39 813	18 612	9 961	3 658	7,2
663 – 756	18 162	12 892	7 138	2 361	4,7
757 - 1 922	73 227	87 454	44 664	15 020	29,6
1 923 - 2 170	5 803	11 830	6 356	1 915	3,8
2 171 - 4 373	26 643	76 829	42 025	11 683	23,1
4 374 - 4 805	3 392	15 319	11 379	2 256	4,4

4 806 - 6 143	5 139	27 391	18 735	3 790	7,5
6 144 - 10 500	6 603	50 968	39 579	5 613	11,1
10 501 - 15 750	3 413	43 122	37 119	2 901	5,7
15 751- 31 500	916	21 538	20 255	779	1,5
31 501-105 000	579	31 104	30 279	492	0,9
105 000 -	244	61 366	61 281	207	0,4
<b>Összesen:</b>	<b>183 934</b>	<b>458 425</b>	<b>328 771</b>	<b>50 675</b>	<b>100,0</b>

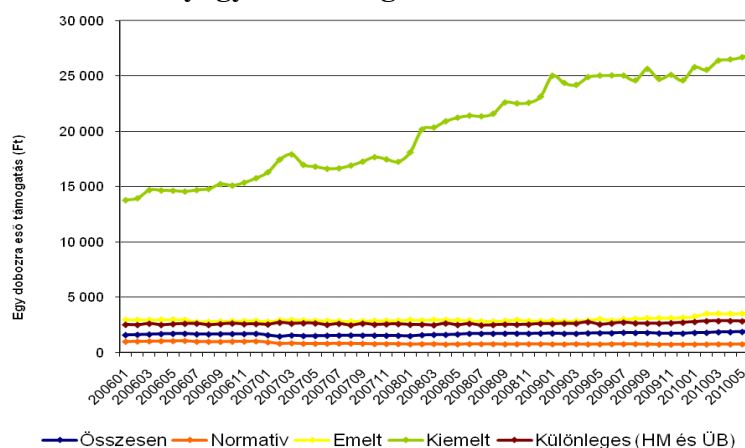
A támogatott magisztrális vények darabszáma 2009-ben mintegy 7-8 millió db. A magisztrális díj 2,7-3,0 Mrd Ft közötti értékre tehető 2009-ben.

### 3.2. A támogatott gyógyszerforgalom alakulása

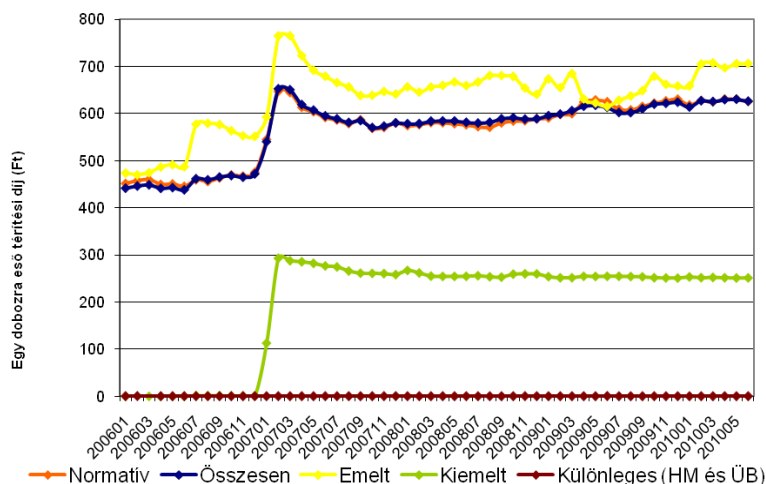
Az 1. ábra a támogatáskiáramlás változását mutatja 2006 és 2010 között. Jól látható, hogy a támogatás összértéke nem éri el a 2006-os szintet. A 2. ábra az egy dobozra eső támogatás alakulását mutatja. A kiemelt támogatás esetében 2006-hoz képest közel kétszeres a dobozonkénti támogatás értéke. A 3. ábra az egy dobozra eső térítési díj alakulását mutatja. A térítési díjakban 2007 elején bekövetkezett drasztikus növekedést követő enyhe csökkenés főként a generikus verseny következménye, amelynek jótékony hatása mára lényegében eltűnt. A 4. ábra a gyógyszerkassza pénzforgalmi előirányzatát és teljesülését mutatja 1994-től.



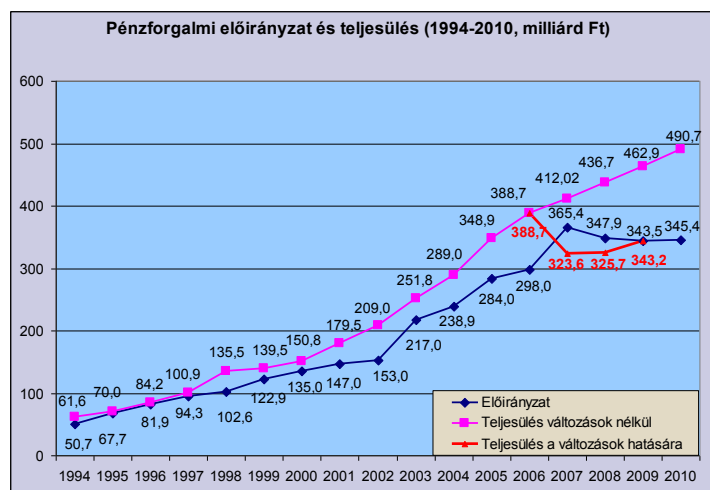
1. ábra: Gyógyszer támogatáskiáramlás alakulása



2. ábra: Egy dobozra eső támogatás alakulása



3. ábra: Egy dobozra eső térítési díj



4. ábra: A gyógyszerkassa alakulása

### 3.3. Veszteséges gyógyszerertári vállalkozások 2006-2008 közötti összehasonlító adatai

A 16. táblázat a veszteséges gyógyszerertári vállalkozások főbb adatait mutatja be 2006-2008. évi KSH adatok (mérleg- és adóstatistika) alapján. A veszteséges gyógyszerertári vállalkozások száma (2.171 vállalkozás közül) 557 (25,7%), ebből 337 bt. és 48 egyéni vállalkozás. A veszteség összértéke 6,019 Mrd Ft, ebből 1,991 Mrd Ft a bt.-k része. A veszteséges cégek bérköltsége 184 eFt/hó/fő. Ez a szakágazati adatokat közelíti (de a szakágazat elmarad a hasonló végzettség szerinti összetételnek megfelelő nemzetgazdasági átlagtól és a humán egészségügyi ellátás ágazati átlagától is). A mérleg- és adóstatistika alapján a bt.-k átlagos adózott eredménye 2007-ben 7,0, 2008-ban 5,4 M Ft/cég, az egyéni vállalkozások átlagos adózott eredménye 2007-ben 4,2, 2008-ban 2,9 M Ft/vállalkozás. 2006-ban gyógyszerertárat kft. még nem működtetett. 2007-2008-ban döntően kft. formában létesültek az új gyógyszerertárok, ezt a veszteséges kft.-k magas arányának értékelése során figyelembe kell venni (hiszen a nem teljes üzleti év, illetve az első évi működés általában jelentősen torzít).

**16. táblázat: Veszteséges gyógyszerertári vállalkozások**

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

### 3.4. Beszállítói tartozások

A gyógyszerertárok átlagosan 40 napot meghaladóan egyenlítik ki nagykereskedelmi számláikat (ez az érték 2006-ben átlagosan 30-33 nap volt). A határidőn túli (lejárt) tartozások jelenleg ágazati szinten meghaladják a 13-15 Mrd Ft-ot. A határidőn túli tartozás 2008 elején (nagykereskedői adatközlés szerint) 5,6-7,2 Mrd Ft között volt. A beszállítói tartozások gyors ütemű növekedése a nagykereskedők és a gyógyszerertárok közötti kapcsolatrendszer módosulásával jár: a gyógyszerertárok egyre nagyobb aránya kerül nagykereskedői érdekkörbe, illetve a nagykereskedők kiszállítási gyakorlata változik és a szerződési feltételeket módosítják.

### 3.5. Kisforgalmú gyógyszerertárok támogatása

#### ***Működési célú támogatás***

Működési célú támogatást az adott települést egyedül ellátó gyógyszerertár meghatározott árréstömeg alatt igényelhet a 134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet szerint. Korábban működési célú támogatásban részesülhetett még a fiókgyógyszerertár működtetője, illetve az árréstömeg alapján juttatott támogatási összegben felül további összeget igényelhetett a fiókgyógyszerertár működtetésért, valamint ha egy gyógyszerésszel, az adott településen egyedül biztosította a gyógyszerellátást. Működési célú támogatásra 2009-ben 750 gyógyszerertár volt jogosult 494 millió Ft költségvetési kerettel és a befolyt szolidaritási díjjal (108 millió Ft).

**17. táblázat: Kisforgalmú gyógyszerertárok működési célú támogatása**

<b>Dátum</b>	<b>Vállalkozások száma</b>	<b>Kifizetett összeg (Ft)</b>
2007. május	327	76 359 000
2007. június	352	43 903 953
2007. július	385	45 453 665
2007. augusztus	428	46 958 000
2007. szeptember	407	41 460 132
2007. október	405	38 499 783
2007. november	440	42 699 383
2007. december	436	41 120 000
<b>2007 összesen:</b>		<b>376 453 916</b>
2008. január	433	39 903 513
2008. február	341	29 628 804
2008. március	17	1 582 890
2008. április	535	57 007 976
2008. május	573	64 570 850
2008. június	530	52 673 771
2008. július	569	66 455 029
2008. augusztus	570	65 600 423
2008. szeptember	598	68 428 433
2008. október	597	63 611 901
2008. november	585	60 268 539
2008. december	619	68 302 501
<b>2008 összesen:</b>		<b>638 034 630</b>
2009. január	603	62 273 916
2009. február	595	64 661 276
2009. március	513	57 002 000
2009. április	619	77 415 884
2009. május	580	69 801 942
2009. június	275	32 558 519
2009. július	651	115 625 465
2009. augusztus	517	58 009 498
2009. szeptember	594	75 189 009
2009. október	624	83 966 667
2009. november	614	68 107 966
2009. december	610	70 300 196
<b>2009 összesen:</b>		<b>834 912 338</b>

2010-től tovább romlik a helyzet, hiszen ebben az évben csak a nagyobb gyógyszertárak által befizetett szolidaritási díj (tervezett összege 160 millió Ft) osztható szét a szigorított feltételeknek megfelelő, nehéz helyzetben lévő gyógyszertárak között. Az új rendszerben az egy gyógyszertárnak nyújtható támogatás összege előre nem határozható meg, a gyógyszertárak a befolyt szolidaritási díjból egyenlő arányban részesülnek. A támogatás igénylésére, illetve a támogatás összegének megállapítására vonatkozó részletszabályok a működési célú támogatás biztosíthatósága érdekében a járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdőellátások árához nyújtott támogatások elszámolásáról és folyósításáról szóló 134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet 2010. június 29.

napjától hatályos módosításával kerültek részben meghatározásra. Bizonyos rendelkezések azonban törvényi szintű szabályozást igényelnek, melyek az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2010. évi LXXXIX. törvény keretében kerültek kihirdetésre. Eszerint a feltételeknek való megfelelés igazolását az ÁNTSZ-nél jogvesztő határidő mellett kezdeményezhetik a támogatásra jogosultak. Annak érdekében, hogy senki ne kerüljön hátrányba, szükséges volt az első negyedévre vonatkozó kérelem benyújtásának határidejét szeptember 1. napjában meghatározni, ezért az első kifizetésekre előreláthatóan szeptember közepétől kerülhet sor.

**18. táblázat: Működési célú támogatáshoz kiadott igazolások száma**

<b>Régiók és megyék</b>	<b>Igazolások száma</b>
<b>Közép-magyarországi</b>	<b>59</b>
Főváros	0
Pest	59
<b>Közép-dunántúli</b>	<b>41</b>
Fejér	18
Komárom-Esztergom	8
Veszprém	15
<b>Nyugat-dunántúli</b>	<b>24</b>
Győr-Moson-Sopron	13
Vas	1
Zala	10
<b>Dél-dunántúli</b>	<b>33</b>
Baranya	6
Somogy	18
Tolna	9
<b>Észak-alföldi</b>	<b>46</b>
Hajdú-Bihar	10
Jász-Nagykun-Szolnok	8
Szabolcs-Szatmár-Bereg	28
<b>Észak-magyarországi</b>	<b>40</b>
Borsod-Abaúj-Zemplén	22
Heves	13
Nógrád	5
<b>Dél-alföldi</b>	<b>51</b>
Bács-Kiskun	28
Békés	11
Csongrád	12
<b>Összes régió:</b>	<b>294</b>

***Kamatmentes finanszírozási előleg***

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 35. §-ának (5) bekezdése szerint azon gyógyszertár számára, amely járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek árához támogatással igénybe vehető szolgáltatást nyújt, a lakosság biztonságos ellátása érdekében az OEP – az Egészségbiztosítási Alap éves költségvetésében e célra megjelölt előirányzat terhére – kamatmentes finanszírozási előleget nyújthat. 2002. január 1-jétől a járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdőellátások árához nyújtott támogatások elszámolásáról és folyósításáról szóló

134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet rendelkezései között megjelent a finanszírozási előlegre, annak igénylésére, folyósítására, visszafizetésére vonatkozó szabályrendszer.

A közforgalmú gyógyszertárak 2002. január 1-jétől – a lakosság biztonságos gyógyszerellátása érdekében – évente egyszer kamatmentes (a tárgyévben) visszatérítendő finanszírozási előleget igényeltek, melynek bevezetése összefüggött az előfinanszírozásról utófinanszírozásra történő átállással. 2002-2008. között az éves költségvetési törvények minden évben az Egészségbiztosítási Alap „Gyógyszertámogatás kiadásai” előirányzata terhére biztosították ezen előleg fedezetére szolgáló összeget (2002-ben 3 Mrd Ft, 2003-2007. évben 8 Mrd Ft, 2008-ban 2 Mrd Ft). 2007-ben 383, 2008-ban 235 gyógyszertár igénylését fogadta be az OEP. 2008 decemberében a Magyar Köztársaság 2009. évi költségvetéséről szóló 2008. évi CII. törvényből kikerült az a rendelkezés, mely megjelöli, hogy melyik költségvetési sor tartalmazza a finanszírozási előleg fedezetét, így 2009-ben ez a forrás nem állt a gyógyszertárak rendelkezésére. A 2010. évi költségvetésben 1,2 Mrd Ft került e célra betervezésre. A május 31-ei határidőig 93 gyógyszertár igényelte a 3 millió forint összegű előleget.

**19. táblázat: Finanszírozási előleggel kapcsolatos adatok**

<b>Időszak</b>	<b>Elutasított kérelmek száma</b>	<b>OEP által jóváhagyott kérelmek száma</b>	<b>Kiutalt hitelösszeg</b>
2007	83	383	1 724 274 466 Ft
2008	182	235	913 667 351 Ft
2009	54	-	-
2010	29	93	279 000 000 Ft

#### ***A gyógyszertárak elszámolásának változása (elszámolási gyakoriságának változása)***

A gyógyszertárak a közfinanszírozott gyógyszerek után járó támogatást számla ellenében, vényadat-szintű feldolgozást követően igényelhetik vissza. Az elszámolás benyújtásának módjáról, a benyújtandó adatokról, az elszámolás benyújtásának és a kifizetések időbeli ütemezéséről rendeleti szabályozás van hatályban. A gyógyszertárak elszámolásaikat idén júliusig hetente, kéthetente és havi ütemezésben nyújthatták be. A gyógyszertárak a hetenkénti elszámolással juthatnak legkorábban a pénzükhöz. Mivel 2010 elején a gyógyszertárak kb. 80%-a már heti ütemezésben számolt el, ezt egy rendelet-módosítás júliustól általánossá tette. Az on-line elszámolás-benyújtás technikai feltételeinek kialakítása jelenleg is folyik. Ez a jelenleginél gyorsabb feldolgozást tesz lehetővé, ezért – elvileg – a gyógyszertárak a jelenleginél 2-3 nappal rövidebb idő alatt juthatnak a pénzükhöz.

### **3.6. A gyógyszertár-működtetés egyéb jellemzői**

#### ***Árrés-szabályozás***

A közfinanszírozott gyógyszerek árrését miniszteri rendelet határozza meg. A közfinanszírozott gyógyszer kiszolgáltatása során 2010. január 1-jétől a térítési díjtól és a támogatási összegtől eltérni nem lehet. A nem közfinanszírozott gyógyszerek ár- és árrés-képzése nem szabályozott, a gyárak a maximált fogyasztói ár képzésének jogával 2010. január 1-jéig rendelkeztek. A gyógyszer-kiskereskedelmi árrés 5.000 Ft nagykereskedelmi beszerzési árig degresszív, e fölött fix összeg (850 Ft). Ennek az a következménye, hogy az (értékben) növekvő gyógyszerforgalom ellenére a patikai árrés-tömeg stagnál vagy csökken. Ez a drágább gyógyszerek gyógyszertári forgalmazását és a hozzá kapcsolódó gyógyszerészi szolgáltatásokat ellehetetleníti. Az ágazat árrés-bevétele a jelenlegi gyógyszertár-szám mellett



nem elegendő a gyógyszertárak megbízható és szakmai, munkaügyi szempontból megfelelő működéséhez.

### ***A gyógyszertári készletezés problémái***

Az árrés-bevételek elégtelensége és az árrés-rendszer belső feszültségei a készletezési gyakorlatra negatívan hatnak: a gyógyszertáraknak nincs elég forrásuk a megfelelő készletezésre. A KSH adatai szerint a szakágazati összegzett készletérték nominálisan stagnál, de 20-25%-kal több gyógyszertár között oszlik meg. A 20. táblázat adatai alapján a szolgáltatás készlet-feltételeinek romlása 2008/2006 viszonyában átlagosan kb. 18-20%. A forgalmazott készítmények – pl. az új generikus gyógyszerek – számának jelentős bővülését (2008/2006 között kb. + 6-8%) is figyelembe véve egy-egy gyógyszertár készlete a cikkek szerint és dobozszámában is csökkent. Mindezek következtében egyre általánosabbá válik, hogy az expedíálendő gyógyszer nincs készleten, hanem be kell hozatni. Emiatt a beteg később jut a gyógyszeréhez. A Spatium Kft. felmérése szerint a betegek emiatt részben sikertelen gyógyszer-vásárlásainak aránya átlagosan eléri a 20-30%-ot. Mindezek következtében etikailag vitatható expedíálási gyakorlat is terjedőben van, pl. egyes helyeken előre elkérik a pénzt, illetve a beteg beleegyezését nem kérve tartják vissza a vényt. A forgalmazott gyógyszerek számának növekedése, az elaprózódó tételszám és a kialakult készletezési gyakorlat a készlet-utánpótlási költségek jelentős növekedését okozza a gyógyszertáraknál és a nagykereskedelemben egyaránt.

### **20. táblázat: Gyógyszertárak készletezési adatai**

	<b>2006</b>	<b>2008</b>	<b>Változás (%)</b>
Készletérték fordulónapi mérlegadatok alapján (Mrd Ft)	29,2	30,6	+ 4,8%
Készletérték egy gyógyszertárra 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 /gyógyszertár)	9906	8730	- 12,0

### ***Generikus program***

A negyedévenkénti fixesítés a gyógyszertárakban készletezési nehézségeket okoz. A változások rövid határidővel lépnek hatályba, ez készletértékelési veszteséggel és az elfekvő készletek növekedésével jár. A jogszabály szerinti helyettesítés a gyógyszertárnak árréstömeg-veszteséggel jár. A helyettesítés felajánlásának elmulasztása elvileg szankcionálható, azonban a szankcionálás nem jellemző. A Gyftv. 2008. február 19-étől hatályos szabályozása szerint a gyógyszertárak a hatóanyag alapú fix csoportba tartozó gyógyszerek közül minden egyes referenciatermék vagy a referenciatermék napi terápiás költségénél alacsonyabb napi terápiás költségű termék kiszolgáltatása esetén juttatásban részesülhetnek, azonban a végrehajtási rendelet és megfelelő költségvetési forrás hiányában ez üres rendelkezés maradt. A gyógyszertárak a generikus program miatti veszteségek mérséklésére törekednek. A Spatium Kft. felmérése szerint a helyettesítés felajánlásának elmaradása átlagosan elérheti a 30-40%-ot is. A helyettesítés felajánlásának elmaradása jól érzékelhető többletköltséget jelent a betegnek és – a generikus árverseny fékezésével – a biztosítónak.

### ***Promóciós szabályozás és gyakorlat***

A gyógyszertári marketing gyakorlat jelentős változáson ment/megy keresztül. A korábbi időszakra jellemző kevésbé marketing-orientált officinai gyakorlatot az általános kereskedelemről átvett marketing elemek alkalmazása váltja fel, egyre dominánsabb a

kereslet-ösztönző promóciós technikák használata. A nagyobb településeken általánossá vált a gyógyszertárak reklámozása. A figyelemfelkeltő táblák mellett gyakori a helyi média (írott és elektronikus) alkalmazása, a szórólapok utcai terjesztése, plakátemberek alkalmazása. A nagyobb (országos lefedettségű) láncok tv- és rádióreklámokat, óriásplakátokat alkalmaznak, magazinokban hirdetik szolgáltatásaikat és akcióikat. Terjed az ajándékozás, nyereménysorsolások, bónuszok adása mind a közfinanszírozott, mind a nem támogatott gyógyszerek esetén. Egyre inkább gyakorlattá válik az orvosok és a betegek konkrét gyógyszertárhoz kötése és megkezdődött egymás piacról való kiszorítása. A közfinanszírozott gyógyszereknél az árkedvezményt 2010. január 1-jétől jogszabály tiltja, azonban az ajándékozást nem tiltja jogszabály. A kedvezmények adásának és az ajándékozásnak új technikái pl. a vényenkénti visszatérítés, a meghatározott összeg feletti vásárlás esetén jutalom-sorsoláson való részvétel, a támogatott gyógyszerért felszámított kedvezmény levásárlása nem támogatott gyógyszer, gyógytermék esetén, az üzletközpont más kereskedelmi egységeiben levásárolható a vényhez kötött kedvezmény stb. Ezzel a gyakorlattal a kistelepülések kisforgalmú gyógyszertárai nem tudnak lépést tartani, ezek forgalma átterelődik a városokba, bevásárlóközpontokba. A promóciós gyakorlat indokolatlan gyógyszerfogyasztásra is ösztönözhet. Gyakori a nem támogatott gyógyszerek és egyéb termékek vásárlását gerjesztő promóciós és expediálási gyakorlat is. A Szinapszis Kft. 2009. augusztusi felmérése szerint részben a patikai promóciós gyakorlat változásának tudható be, hogy a gyógyszertárban beszerezhető vény nélküli gyógyszerek, gyógytermékek, étrend-kiegészítők és biotermékek hatásossága között – reprezentatív felmérés tanúsága szerint – a lakosság semmilyen különbséget nem tud tenni. Egyre több a korrupcióra utaló jelenség: így például az orvosok adott gyógyszertárba irányítják a beteget, több település orvosi rendelőjéhez kapcsolódóan folytat gyógyszertári vállalkozás vénygyűjtést, az orvos eleve a vállalkozáshoz juttatja el a rendelőben megjelenő beteg receptjét (hogy az majd a gyógyszert az adott címre kiszállítsa). Az ún. egészségház konstrukció feltétele, hogy az önkormányzat az egészségházba „terelje” a házi- és gyermekorvosokat, ahol egyúttal gyógyszertár is helyet kap. A gyógyszertár az egészségházat létrehozó vállalkozás érdekkörében működik, ami melegágya az irányított receptírásnak és betegellátásnak.

#### ***Kiegészítő gyógyszer-forgalmazási lehetőségek***

A gyógyszertáron kívüli gyógyszerforgalmazással a jelentés korábbi részében foglalkoztunk. Lehetőség van a gyógyszer-automaták gyógyszertári (officinában történő) használatára. Az erre vonatkozó szabályok felülvizsgálata indokolt, mert a szakmai-műszaki paraméterekre nincs előírás, a szakember segítségét a gyógyszerválasztásban az automata nem biztosítja. Az eddig megismert konstrukciók egyikében gyógyszergyártói tulajdonban lévő nagykereskedő térítési kötelezettség nélkül ajánlja ki a saját tulajdonában lévő automatát, melyet azonban saját gyári készítményeivel töltet fel.

#### **4. GYÓGYSZERTÁRAK TULAJDONOSI SZERKEZETE**

A rendelkezésre álló információk szerint 2006 után létesült gyógyszertárak kb. 50%-a gyógyszertárlánchoz tartozik, az összes gyógyszertárat tekintve a gyógyszertár-lánc részeként működő gyógyszertárak aránya eléri a 15-20%-ot. Egyes tulajdonosi körök gyógyszertárai önálló gazdasági társaság formájában működnek, így az összefonódás a cégszövetkezetekből nem deríthető ki, a láncok pontos aránya ezért csak becsülhető. Egyre meghatározóbb a gyógyszertárak nagykereskedői érdekkörbe kerülése. A nyilvános cégszövetkezetek alapján a valódi tulajdonosok nem mindig fedhetők fel. A hálózatokhoz tartozó gyógyszertárak földrajzilag

szórtan helyezkednek el és változatlanul magas a független vagy kisebb hálózatokhoz tartozó gyógyszertárak aránya.

A GVH-nak 2007-ben nem volt gyógyszertárat érintő eljárása. A Gyftv. 75. §-a alapján az összefonódást 2008-ban a GVH két esetben vizsgálta és engedélyezte. A 2009-ben végzett három eljárás közül egy a Gyftv. 75. §-a alapján volt engedély köteles, kettő pedig a versenyjogi szabályok alapján. Ebben az évben három engedélyköteles eljárás zárult a Gyftv. 75. §-a szerinti engedéllyel. Jelenleg folyamatban van hat, gyógyszertárat érintő fúzió vizsgálata.

A GVH 2007-2010. között összesen egy további versenyfelügyeleti eljárást folytatott gyógyszertárakat illetően. Az eljárás során a Versenytanács megállapította, hogy az egyik forgalmazó Zrt. és az egyik gyógyszertári szövetség között létrehozott együttműködési keret-megállapodás egyes részletei alkalmasak a verseny korlátozására.

A rendelkezésünkre álló információkból megállapítható, hogy

- a legnagyobb magyarországi tulajdonosi alapon szerveződő gyógyszertári lánc hazai irányítója (150 gyógyszertár), külföldi tulajdonban van,
- egy másik nemzetközi érdekkörbe tartozó gyógyszertári stratégiai tömörülés (300-400 gyógyszertár),
- egy harmadik kft. várhatóan diszkont jellegű gyógyszertári hálózattá fog alakulni (90 gyógyszertár), ez is külföldi tulajdonban van,
- magyar tulajdonú Zrt. irányítása alá legalább 60 patika tartozik, és szervezi az említett stratégiai szövetséget (600 patika).

A fentiekben túl számos panasz és bejelentés vizsgálatára került sor, melyek azonban a GVH versenyfelügyeleti eljárását nem vonták maguk után. A bejelentések során elsősorban a gyógyszertárak piaci magatartását, illetve a fogyasztók megtévesztését kifogásolták. Sok esetben volt a bejelentések tárgya, hogy a versenytárs különféle előnyöket nyújtott a fogyasztóknak (ráadás, árengedmény, visszatérítés, ajándék, hűségkedvezmény). Ezekből versenyfelügyeleti eljárás szintén nem született.

Az elmúlt 1,5-2 évtized liberális dominanciájának következtében több uniós tagállamban megindult a gyógyszertárlánckok létrejötte, sok esetben gyógyszerpiaci szereplőkkel vertikális integrációban. Ennek a folyamatnak a korlátozása miatt hozott határozatot az Európai Unió Bírósága előzetes döntéshozatali eljárásban Németország ellen, amely országnak a gyógyszertár létesítésre és működtetésre vonatkozó joggyakorlatában megtalálható a többségi gyógyszerészi tulajdon követelménye. Németországban a gyógyszerpiaci szereplők nem lehetnek többségi tulajdonosai gyógyszertáraknak. Két másik ország, Olaszország és Spanyolország is érintve volt az Európai Unió Bíróságának előzetes döntéshozatali eljárásban a gyógyszertárak létesítése során alkalmazott területi és demográfiai korlátok miatt. Az említett eljárásokkal összefüggésben az Európai Unió Bírósága azt a határozatot hozta, hogy a gyógyszerellátás szervezetének és szabályozásának kialakításában az uniós tagállamoknak joguk van a nemzeti szabályozás kialakítására és fenntartására.

Mindezeket figyelembe véve a gyógyszertárlánckok működésére az egyes tagállamok között eltérő szabályok léteznek. Gyógyszertárlánckok működése engedélyezett többek között Csehország, Szlovákia, Lengyelország, vagy az angolszász államok körében. Megjegyzés: számos esetben a tulajdonjogot nagykereskedők birtokolják, és így alakulnak ki az országokon átívelő hálózatok. Ilyen például a Celesio, amely cég mindamelllett, hogy 12 országban működtet nagykereskedést, 7 országban összesen közel 2500 gyógyszertárat

tulajdonol is. Hasonló rendszerben működik az Alliance-Boots és a Phoenix is. Míg az előző cég 16 országban folytat nagykereskedést, gyógyszertárainak száma 5 országban eléri a 2800-at. A Phoenix cégcsoport 23 országban elérhető nagykereskedő, és 6 országban közel 1100 gyógyszertár vezetése tartozik hozzá. Egyes államokban, mint Észtország vagy Norvégia (nem teljesjogú Eu tagállam) a gyógyszertárak 80%-a gyógyszertárláncok tulajdonában van. Ugyanakkor számos tagállam esetében, így Ausztria, Németország, Dánia, Finnország, Franciaország, Málta, Olaszország, Spanyolország stb. a gyógyszertárláncok működése nem engedélyezett. Itt kell kiemelni a Lettországból bekövetkező szabályozás változást, ahol 2011. január 1-ig szükséges a 2003. évet követő gyógyszerpiac liberalizációt követően a gyógyszerészi többségi tulajdon visszaállítása.

## 5. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELÜGYELET ELLENŐRZÉSI TAPASZTALATAI

A Gyftv. rendelkezései értelmében az EBF a gyógyszertárak működtetése ügyében kapott jogkörében az alábbi típusú ügyekben járt el:

- *Mértékadó befolyással kapcsolatos bejelentések fogadása:* A Gyftv. 74. § (3) bekezdésében foglaltak alapján 2010-ben hat alkalommal érkezett bejelentés a Felügyelethez, amelyek az érintetteket illetően a GVH által vizsgált esetekkel is közel egybe esik.
- *Nem kívánatos magatartás-összehangolás vizsgálata:* A Gyftv. 74. § (4) bekezdése alapján indított eljárások közül kettő zárult le 2009-ben, ezt megelőzően a Felügyelet nem folytatott ilyen eljárásokat. A Felügyelet vizsgálta egy gyártó és a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Kari Gyógyszertárának, valamint a helyi patikák és a környéken dolgozó orvosok esetleges összefonódását. Mindkét ügyben eljárást megszüntető végzés született.
- A 2010-ben folyamatban levő hasonló eljárások száma összesen 3.

Az EBF-hez érkezett lakossági megkeresések (600) zömében tájékoztatás kérésre és néhány esetben panaszbejelentésre irányultak, amelyekben egy kivételével nem indult eljárás (erre irányuló kérelem vagy hatáskör hiánya) miatt. A bejelentések

- a folyamatosan változó gyógyszerfelírási szabályok miatt sérelmezték, hogy sok esetben szükséges a szakorvosi javaslat a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendeléshez,
- kifogásolták, hogy az olcsóbb gyógyszert írta fel nekik az orvosuk, holott nekik a drágább gyógyszer használt,
- nagy számban tudakozódtak azzal kapcsolatban is, hogy a beteg kórházi benntartózkodása során az egészségügyi szolgáltatóknak kell-e biztosítani a beteg számára egyéb betegségéből adódóan szükséges gyógyszereket, illetve gyógyászati segédeszközöket,
- a gyógyszertárak expediálási gyakorlatával összefüggésben a gyógyszerek térítési díja, lejárat ideje, a visszacserelési lehetőség hiánya.

## 6. A JELENLEGI HELYZET ÖSSZEGZŐ ÉRTÉKELÉSE

A Gyftv. hatályba lépését követő, a gyógyszertárak létesítésének és működtetésének engedélyezésére vonatkozó szabályozásban érintett kormányzati szervek és állami hivatalok gyakorlatában összegyűlt tapasztalatok alapján elmondható, hogy a közvetlen lakossági gyógyszerellátás helyzete a gyógyszerpiaci liberalizáció és a konvergencia-programhoz kapcsolódó forráskivonás következtében folyamatosan romlik.

Tény, hogy a nagyvárosokban a lakosság gyógyszerekhez jutásának lehetőségei bővültek mind a gyógyszertárak számát, nyitvatartási idejének hosszát, mind a gyógyszerválasztékot tekintve, azonban a piaci verseny a lakossági gyógyszerellátás minőségét illetően nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A minőségi szolgáltatások országos szintű egyenletes elterjedése helyett a hozzáférési esélyegyenlőtlenség irányába torzul a rendszer és a kistelepülések gyógyszerellátását biztosító gyógyszertárak esetében a működtetést veszélyeztető terhek növekedése figyelhető meg. A jelenlegi szabályozás hátráltatja az államot a minden polgár számára egyenlő feltételekkel nyújtandó gyógyszerellátási kötelezettségének biztosításában, tekintve, hogy:

- az új gyógyszertárak nem a vidéki kistelepüléseken létesültek, a vidék gyógyszerellátása nem javult,
- a városokban egyfajta „kapacitás-többlet” jött létre, aminek következményei pl. a kedvezőtlenebb fajlagos működési költségadatok, a kistelepülési gyógyszertáraktól forgalomelszívás, a gyógyszertárak közötti verseny fokozódása, ami azonban egészségügyi céloktól eltérő és a gyógyszer- és betegbiztonságot veszélyeztető gyakorlatot generál,
- a méretgazdaságossági határ nő (mert az ágazati árrés-tömeg és az egy gyógyszertárra jutó árrés is csökkent, továbbá a forgalom átstrukturálódása miatt),
- a szakágazat csökkenő jövedelemtömegének koncentrációja egyre nagyobb mértékű (2008-ban a veszteségek beszámítása fölötti, összevont adózott eredmény felét a vállalkozások alig egyhatoda realizálta),
- a gyógyszertárak növekvő számban válnak veszteségessé,
- a gyógyszertárak a forráshiány és a rossz árrés-struktúra miatt készletezési gondokkal küzdenek,
- a nagymértékben veszteséges magisztrális gyógyszerkészítést egyre kevesebben vállalják,
- folyamatos az eladósodás, ami miatt a gyógyszertárak növekvő hányada kerül nagykereskedői érdekkörbe. Ez a gyártókat is magába foglaló vertikális integrációt jelent;
- a gyógyszertárak növekvő hányada bezárásra kényszerül, ez az ellátás stabilitását és biztonságát veszélyezteti,
- a (személyi jogos) gyógyszerészek szakmai önállósága a nem gyógyszerészi tulajdonú gyógyszertárakban nem biztosított,
- szabálytalan működtetés esetén a tulajdonosokkal szemben valódi szankciók nem alkalmazhatók,
- a vertikális integráció terjedése miatt növekszik a gyárok és nagykereskedők befolyása a gyógyszerellátási tevékenységre,
- adatok vannak a magatartás-összehangolás terjedésére,
- romlik az ellátás minősége,
- a szakmai színvonal romlik,
- a szakember-ellátottság nem megfelelő,
- a szakhatósági kontroll nem elégséges,
- a hivatásetikai rendszer nem működik.