
Herczeg János

A magyar egészségügy privatizációjának sajátosságai

Bevezetés

A magyar egészségügyi ellátó rendszer részleges privatizációja, a hazai privatizációs folyamat 1990-ben kezdődött, és azóta is tartó, történelmi léptékkal mérve is jelentős programjainak egy egészen speciális, sok konfliktust kiváltó területe.

Ez a történelmi folyamat struktúrát, társadalmi és gazdasági viszonyokat, emberi sorsokat is érintő, egy ország, egy nemzet történelmében nagyon ritkán előforduló, sorsfordító időszakot ölel fel. A gazdaság mélyreható átalakulása nem hagyta érintetlenül a nagy kiegyenlítő alrendszer, a társadalmi szociális ellátás működését sem. Személyes kutatási tapasztalataim, amelyeket elsősorban kórházi minőségbiztosítási rendszerek bevezetésével foglalkozó projectekben való közreműködéssel, valamint a gyógyszerellátás privatizációjának tanulmányozásával szereztem, szintén megerősítik azt, hogy nagyon összetett, a „fogyasztók” (betegek) magatartását igen érzékenyen befolyásoló területről van szó.

Az egészségügyi privatizáció vizsgálata során alkalmazott módszerek

Az egészségügyi szektorban zajló privatizációs folyamatok vizsgálata során jól lehetett alkalmazni az ipari cégek, kereskedelmi vállalatok átalakulásának és privatizációjának vizsgálata során szerzett tapasztalatokat.

Ez a szektor társadalmi, szociális, tehát az emberek életfunkciójával – életmódjával –, az egészség megőrzésével, helyreállításával kapcsolatos alapvető igényeket elégít ki, ami sok szempontból pénzben nem kifejezhető értéket jelent. Ma már közel 10 évre tekint vissza az egészségügyi szektor részleges piacositása.

A piacositott területek reálfolyamatai, gazdálkodási stratégiái, szervezeti, működési formái nemigen különböznek a termelő – szolgáltató – ke-

reszkedelmi tevékenységet folytató cégektől azzal, hogy a tapasztalatok alapján a piacositott egészségügyi területek szakmaspecifikus vonásai jelentős prioritást élveznek.

A vizsgálat során követett módszertan főbb elemei

1. Alapvetően empirikus kutatás végzése.
2. Külföldi egészségügyi intézményeknél szerzett tapasztalatok összehasonlítására volt lehetőség a szakmai működés – gazdálkodás – területén.
3. Médiainformációk mint szekunder információk feldolgozása.
4. Vonatkozó szakirodalom, esettanulmányok feldolgozása.
5. A gyógyszer-kereskedelem privatizációs tapasztalatainak feldolgozásában való közreműködés.
6. Az érintettekkel készített interjúk feldolgozása és értékelése.
7. Jogszabályi környezet tanulmányozásából levonható következtetések, várható változások figyelembevétele.
8. Privatizációs elemzések feldolgozása és értékelése.
9. Szakmai kongresszusokon, külföldi tanulmányutakon szerzett információk.

Nem szükséges bizonyítani, hogy bonyolult folyamatról van szó, amely még korántsem fejeződött be, ezért még mindig óriási, sokszor érzelmektől sem mentes viták kereszttüzeiben van. Így természetesen további kutatásokra van szükség, hiszen az eddig eltelt rövid időtartam csak részleges következtetésekre ad lehetőséget, amelyeket az adott társadalmi változások tükrében célszerű újraértékelni.

Az ellátó rendszer bonyolultságára utalnak azok a meglévő problémák, amelyek nehezítik a rendszer működését.

1. A mai egészségügyi ellátó rendszer néhány kivételtől eltekintve nem felel meg a követelményeknek. Itt sok mindenre lehetne hivatkozni, de csak néhányat említsünk:
 - elavult infrastruktúrával rendelkező kórházak;
 - alulfizetett orvosok és szakdolgozók;
 - múltban gyökerező konzervatív irányítási viszonyok;

-
- pazarlás és forráshiány a fekvőbeteg-ellátásban és finanszírozásban;
 - állami és önkormányzati érdekkonfliktus és összhang hiánya (Budapest);
 - jogszabályi dömping és jogbizonytalanság;
 - teljesítménykövetelmények és motivációs stratégia látszólagos működése;
 - a teljesítmények, az indokoltság és ráfordítások valós helyzetének megítéléséhez szükséges ellenőrzések és szakmai elbírálások kidolgozott rendszerének hiánya, illetve formális volta nem alkalmas ráfordítások indokoltságának megítélésére;
 - prevenció hiánya stb.
2. Az egészségügy költségvetésének hagyományos alultervezettsége és ezen felül is a ráfordítások aránytalanságai évről évre vesztes, megalázott pozícióba kényszerítik az ágazat jó szándékú szereplőit. Például lehetne hozni a gyógyszerkassza körüli évek óta folyó vitákat, vagy a kórház-finanszírozás problémáját.
3. Rendkívül károsan hatnak az ágazat működésére a beígért strukturális változtatási elképzelések, amelyek attól függően akarnak teljes vagy részleges privatizációt, hogy éppen milyen lobbis próbálja meg az érdekeket érvényesíteni.
- Az átgondolatlan, stratégiát nélkülöző, a nemzeti egészségügynek ártó, esetenként amatőr vagy egyéni érdekektől átítatott (külföldi befektetői háttérrel támogatott) megnyilvánulások nem a probléma megoldásának irányába mutatnak.
4. Az örökölt társadalombiztosítás több mindenre alkalmatlan.
- Mindenekelőtt alkalmatlan arra, hogy eredeti, majdnem 100 évvel ezelőtti funkciójának megfeleljen.
 - Alkalmatlan arra, hogy a befizetett járulékok értékmegőrzéséről gondoskodjon.
 - Alkalmatlan arra, hogy sok esetben a befizetett járulékok ellenértéként a rászorulóknak emberhez méltó egészségügyi ellátást és szolgáltatásokat kényszerítsen ki az általa megbízott intézménytől.

- Alkalmatlan arra, hogy az egészségügyi ellátás során a betegellátásban felmerülő orvosi kezelések, gyógyszerellátás, igénybe vett szolgáltatások jogosságát szakmailag és üzletileg ellenőrizze és megítélje. A ma folytatott ellenőrzés ad hoc jellegű, formai, és sok esetben szakmai kompetenciákkal nem rendelkező emberek végzik.
5. A mai egészségügyi ellátás alapvetően orvoscentrikus. Az egészségügyi ellátó rendszernek több fontos funkciója van, amelyeknek egytől egyig a betegek igényeinek, a betegellátás követelményeinek kellene megfelelni. Ezek a funkciók:
- orvosszakmai,
 - gyógyszerellátás,
 - gotelszolgáltatás,
 - prevenció,
 - logisztika stb., ezek egyike sem lehet kisebb jelentőségű.

Nézzük meg röviden, hogy melyek az egészségügyi piac sajátosságai!

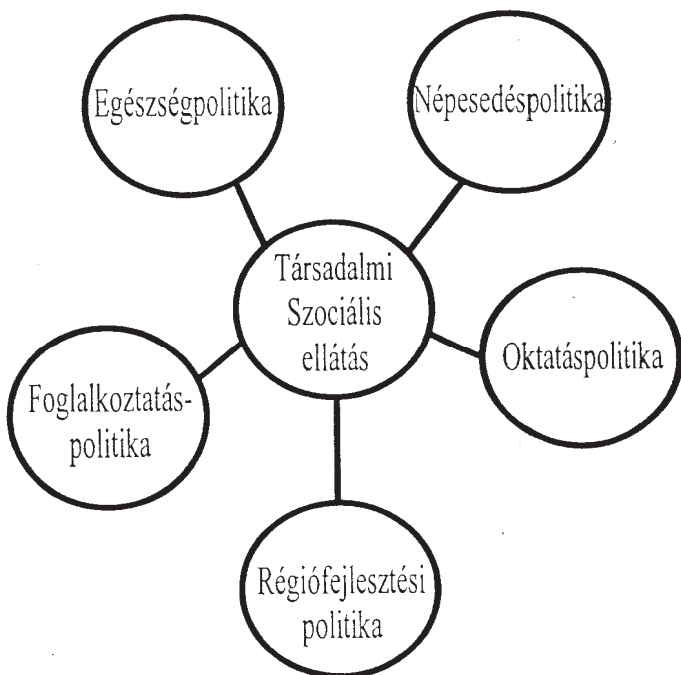
1. Az egészségügyi kereslet jellemzői:
 - rendszertelen, nem tervezhető;
 - a betegség nem más, mint a személyiség autonómiájának korlátozása;
 - alapvető rizikófaktor a halál kockázata;
 - meghatározó társadalmi funkciók tartós korlátozottságának kockázata.
2. Orvosi magatartás szerepe:
 - a bizalom szerepe a beteg–orvos kapcsolatban;
 - nincs lehetőség a szolgáltatás tesztelésére annak igénybevétele előtt;
 - etikai korlátok szerepe.
3. A termék/szolgáltatás bizonytalansága:
 - a megbetegedés valószínűsége;
 - a diagnózis felállításának kockázata;
 - a kezelés hatásossága;
 - az igénybevétel esetlegessége;
 - a szolgáltatás/ellátás minőségére és következményeire vonatkozó eltérő információk;

- természetgyógyászat, történelmi gyógymódok alkalmazása (Ázsiában egyre nagyobb szerepe van, hatékonysága, gazdaságossága megkérdőjelezhető).

Az egészségügyi szektor makrogazdasági összefüggései

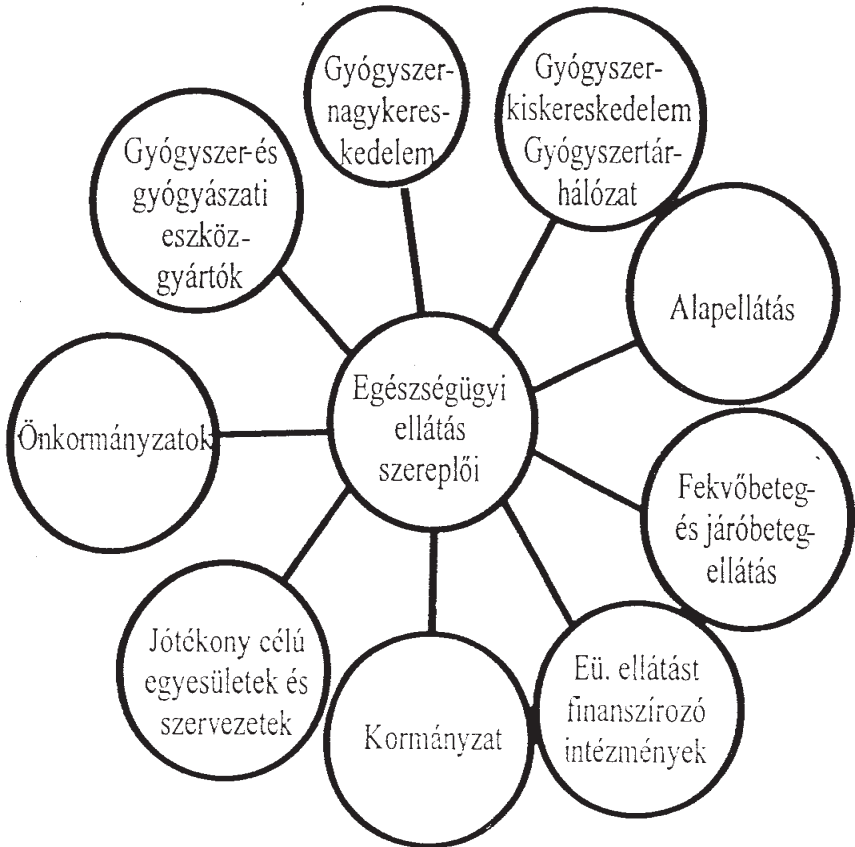
Az egészségügyi szektornak mint az állam szociális szerepvállalásának célja az emberhez méltó lét biztosítása valamennyi polgár számára. Társadalmi-szociális ellátó rendszer részeként alapvetően befolyásolja az életminőség alakulását, és ezzel hatást gyakorol a polgárok közérzetére.

Az állam szociális szerepvállalásának főbb területeit az *1. ábra* foglalja össze.



1. ábra: Az állam szociális szerepvállalásának főbb területei

Az egészségpolitika szereplőinek felsorolását a 2. ábra mutatja.



2. ábra: Az egészségpolitika szereplői

Az egészségügyben ez idáig lezajlott privatizáció közgazdasági jellemzői az alábbiak szerint foglalhatók össze

1. Az egészségügyi ellátás privatizációja mint közgazdasági kategória vegyes jellegű:
 - állami tőkekivonás (gyártók, nagykereskedelem);
 - képviseleti rendszer (háziiorvosi szolgálat, gyógyszertárak, kórházi funkciók);
 - váltóstratégiák (magánklinikák);
 - dereguláció (a verseny részleges feloldása).
2. Az egészségügyi szektor részlegesen privatizálható. Korlát:
 - szociális kiegyenlítő szerep;
 - lakosság egészségi állapota;
 - tőkehiány.
3. Hazai forráshiány – a biztos piac következtében vonzó terület a külföldi befektetők számára.
4. A külföldi jelenlétet a stratégiai befektetői szándék jellemzi. A cégstratégiát a tulajdonos anyacég határozza meg.
5. A kialakult tulajdonosi és szervezeti struktúra nem végleges:
 - átrendezés várható;
 - tőkekoncentráció;
 - monopóliumok – stratégiai szövetségek – kialakulásának lehetősége áll fenn.
6. Éleződő verseny (a fogyasztóért, betegekért, vevőkért):
 - háziiorvosi ellátás;
 - gyógyszer-nagykereskedelem;
 - gyógyszer-kiskereskedelem területei.
7. Az átmeneti érdekkellentétek a működőképességet nem veszélyeztetik.
8. Összességében javult az ellátás
 - színvonala,
 - teljesítménye,
 - költséghatékonysága.

A gyógyszer-nagy- és -kiskereskedelem területén európai szintű ellátás valósul meg viszonylag rövid időn belül a magántőkének és a kormányzati szándékoknak köszönhetően.

9. Az egészségügyi struktúra átalakítása több jogi szervezeti forma kialakulását és kipróbálását vonta maga után:
 - gazdasági társaságok (kft., bt.),
 - közhasznú társaságok,
 - alapítványok,
 - csoportos praxis jellegű privatizáció.
10. Az egészségügyi szektor részleges, korlátozott privatizációjának fő haszonélvezője a magasabb ellátási színvonalat élvező beteg.
11. Új életmódtendenciák megjelenése világszerte új követelményeket támasztott az ellátó rendszerekkel szemben, mégpedig:
 - egészségtudatosság,
 - minőségtudatosság,
 - ártudatosság,
 - környezettudatosság,
 - új fogyasztói csoportok kialakulása,
 - ezen új elvárásoknak – igényszinteknek – várhatóan egy új ve-
gyes tulajdonú struktúra felel meg.

Ezen tendenciák megjelenésére és erősödésére hazánkban is számíthatunk, amelyek új stratégiai célok kijelölését teszik szükségessé.

Sajátosságok és tapasztalatok az egészségügyi szektor privatizációs folyamatával kapcsolatban

A vizsgálatok alapján amíg az egészségügyi termékeket előállító és elosztó szervezetekre néhány kivételtől eltekintve a gazdaság más termelő, elosztó szervezeteire érvényes teljes és befejezett privatizáció a jellemző, addig az egészségügyi alapellátás, fekvő- és járóbeteg-ellátásra a részleges – korlátozott – privatizáció a jellemző.

Az egészségügyi finanszírozásban az állami monopólium látszólagos állami feloldását jelentő Egészségbiztosítási Önkormányzat megszünteté-

sével megtörtént a tb pénzalapok kezelésének ún. „visszaállamosítása”. Feltehetően ezt a lépést a politikai és gazdasági motívumokon kívül a pénzalapok évről évre történő alultervezése, az alapok kezelésének „puha” korlátozásai, esetenkénti nem racionális felhasználása is indukálta.

Ez idáig nem sikerült megoldást találni a járulékbefizetés, az alapkezelés, az alapok értékállóságának megőrzése, valamint a finanszírozás közötti összhang megteremtésére, vagy akár a hiányok mérséklésére.

A magyar privatizáció tanulmányozásából levont következtetések is megerősítik azt, hogy az egészségügyi szektor ún. részleges – korlátozott – privatizációs stratégiái különböznek a magyar gazdaság magánosításának stratégiájától.

Ezzel hasonlóságot, illetve azonosságot csak az egészségügyi termékeket előállító, gyártó és nagy elosztó cégek esete mutat.

Lehetséges privatizációs stratégiai célok az egészségügyi ellátás és szolgáltatások területén

1. Az ellátás minőségi színvonalának emelése.
2. Az esélyegyenlőség fokozására irányuló törekvések:
 - esély az életben maradásra;
 - szakszerű ellátás esélye;
 - emberhez méltó feltételek a megelőzésben és gyógyításban.
3. A szolgáltatások részleges piacosításával a hatékonyság jelentős növekedése.
4. Teljesítménykritériumok érvényesítése.
5. Tervezhetőség és tisztánlátás a finanszírozásban.
6. Eurokonform egészségügyi struktúra.

Egészségügyi termékeket előállító szervezetek privatizációs sajátosságai

1. Nagyon röviden a következők:
 - a gyógyszergyártó cégek a magyar ipar húzóágazatai voltak;
 - hazai tőke hiánya miatt a cégek többsége külföldi tulajdonba került.

2. Így is mérsékelt K+F tevékenység zajlik. Külföldi tapasztalatok alapján 25 év kell egy új természetes molekula kifejlesztéséhez, természetesen a véletlenek is szerepet játszhatnak (Viagra).
Ebből következően a külföldi tulajdonú hazai gyártókra második vonalbeli utángyártás vár.
3. Tapasztalatok is alátámasztják, hogy a tulajdonosok néhány kivételtől eltekintve lecserélik a menedzsmentet általuk megbízhatónak ítélt külföldi és részben hazai menedzserekre. A cégeket saját bevált vezetési módszerekkel és stílusban vezetik. Ebből számos konfliktushelyzet kialakulása várható.
4. Vizsgálatok alapján is érzékelhető, hogy a cégek tárgyalási pozíciója, piaci magatartása megváltozott:
 - nem ösztönzik a Magyarországon előállított termékek értékesítését;
 - főként a külföldön előállított, drága készítmények bevezetéséért lobbiznak.
5. Ennek érdekében óriási, jól fizetett orvoslátogató hálózatot tartanak fenn. Nem mindig etikus eszközökkel próbálják meg a kulcsemberek, tehát az orvosok magatartását befolyásolni. (Kongresszusok Mexikóban, workshopok Bali szigetén stb.)

Fekvő- és járóbeteg-ellátás részlegesen korlátozott privatizációjának sajátosságai

1. Ma még reprezentatív jellegű privatizációról van szó.
2. A fekvőbeteg-ellátás állami, önkormányzati feladat. Az önkormányzatok finansziális problémáinak növekedésével kényszermagánosítások is bekövetkezhetnek.
3. Reprezentatív értékű privatizációk a tapasztalatok alapján részleges, korlátozott magánosításként zajlottak le. Ez egy-egy betegellátási vagy kiszolgáló terület funkcionális privatizációját jelentette.
4. A szakmai területek közül már több diagnosztikai részleg, laboratórium funkcionális privatizációja zajlott le. Ezek formája általában a bér-

beadás. A fekvőbeteg-intézmény működését alapjaiban rendítheti meg a jól fizető (tb által magasan finanszírozott) területek kiemelése.

5. Az intézmények teljesítményfinanszírozásában meglévő anomáliák kifejtése most messze vezetne. Ezért további privatizációs előrehaladásra addig nincs lehetőség, amíg
 - a kórházak infrastrukturális, technikai színvonala elavult állapotú;
 - amíg az ellátásban a polgárok közel esélyegyenlősége nem valósul meg;
 - amíg finanszírozás mértéke nem tükrözi a tényleges teljesítményt és minőséget;
 - amíg az állam és az önkormányzatok között az ellátás felelőssége és a finanszírozás összhangja nem biztosítható.
6. Lényegesen egyszerűbb feladat volt a kórházi ellátó szervezetek privatizációja:
 - hotel szolgáltatások,
 - szállítók,
 - étkeztetés stb.

A vizsgálatok alapján az esetek többségében egy átmeneti költséghatékonyság-javulás később jelentős költségnövekedéssel járt. Következésképpen adódik, hogy a fekvőbeteg-, illetve járóbeteg-ellátáshoz a jövőben olyan vegyes tulajdonú ellátó rendszer kiépítésére van szükség, amelyben feltétlenül meg kell őrizni az önkormányzatok, illetve az állam domináns szerepét. Ez egyrészt a tulajdonlás által, másrészt a feladat finanszírozásán keresztül érvényesíthető. A rendszernek meg kell őriznie társadalmi-szociális kiegyenlítő jellegét.

Mindezek alapján tehát az ajánlatos privatizációs stratégia:

1. az állami közösségi dominancia megőrzése;
2. a teljesítmény- és költséghatékonyság növelése;
3. a minőség javítása;
4. az esélyegyenlőség biztosítása.

Hibás az a privatizációs stratégia, amely kizárólag a teljesítmény növelését, valamint a ráfordítások csökkentését helyezi előtérbe.

A vizsgálatok alapján a fenti kívánatos privatizációs stratégiából kiindulva megállapítható, hogy sem fekvő- és járóbeteg-intézmények, sem pedig a finanszírozási rendszer a jelen állapotban nem alkalmasak egy tömeges méretekben végrehajtható részleges funkcionális privatizációra.

Csak néhány a kizáró feltételek közül:

1. az intézmények hagyományos gazdálkodási rendje;
2. az áfa érvényesítésének lehetősége;
3. az értékcsökkenési leírás elszámolhatósága;
4. a teljesítményméréses elszámolás körüli anomáliák;
5. az intézmények műszaki, technikai állapota;
6. az ellátásban meglévő kirívó minőségbeli különbségek stb.

Végül az elemzések egyértelműen igazolják, hogy a jól jövedelmező szakmai területek kiterjedt privatizációja az intézmények amúgy is kétséges gazdálkodási egyensúlyának megbomlásához, hosszabb távon a „kimazsolázó” jellegű privatizáció az intézmény csődjéhez vezethet.

Eddigi vizsgálataim alapján a részleges funkcionális privatizáció megkezdése azon szakmai területeken javasolható, ahol a szakterület teljesítménye, költséghatékonysága gyenge, és más eszközökkel nem javítható.

Megjegyzendő, hogy vannak jól működő külföldi modellek, amelyeket az illetékesek bizonyára jól ismernek. Mindenképpen ajánlható egy-egy példa részleges adaptációjának alapos tanulmányozása.

A gyógyszer-nagykereskedelem privatizációja

Hazánkban a gyógyszer-nagykereskedelem nemzetközi összehasonlításban is sajátos helyzetben van.

A nagykereskedelem privatizációja szinte egyidejű a gyógyszerártári hálózat privatizációjával. A 19 megyei gyógyszerártári központ, valamint a fővárosi gyógyszerártári központ nagykereskedelmi részlegeinek privatizációjával, továbbá az időközben bejegyzett nagykereskedelmi cégekkel

együtt Magyarországon mintegy 62 cég foglalkozott a közelmúltban gyógyszer- és gyógyászatieszköz-nagykereskedelemmel.

Összehasonlításként a Németországban működő nagykereskedelmi cégek száma 18.

A legnagyobb cég, a HUNGAROPHARMA privatizációja éppen most van folyamatban. Ez utóbbi a politikai mozgások keresztüztébe került a maga 70-80 milliárdos nagykereskedelmi forgalmával együtt. Remélhető, hogy a folyamat befejezésével magyar kézben maradhat.

Magyarország összes gyógyszerforgalma termelői áron számolva mintegy 200 milliárd Ft (2000-es adat).

A gyógyszerek nagykereskedelmi forgalmának változását mennyiségben és értékben mutatja az *1. táblázat*.

A táblázatból egyértelműen látszik a külföldi, ill. hazai gyártású gyógyszerforgalom közötti mennyiségi és értékbeni eltérés. Ebből az is kiderül, hogy milyen készítmények terhelik nagyobb mértékben a gyógyszerkasszát.

A *2. táblázat* mutatja a nagykereskedelmi árrés alakulását. Ebből látható, hogy a jelenleg működő nagykereskedelmi cégek nincsenek könnyű helyzetben.

A *3. táblázat* összehasonlításként mutatja be a nagykereskedelmi, illetve gyógyszerári adatokat lakosságra vetítve. Az 1997-es összehasonlításban szereplő magyar nagykereskedők száma ma már 10 körüli, amely 2-3 éven belül várhatóan 4-5-re csökken.

1. táblázat:

A gyógyszer-nagykereskedelmi forgalom alakulása

Év	Hazai gyógyszerek						Külföldi gyógyszerek						Összesen				
	Millió doboz	%	Millió Ft	%	Átlagár	Árrés %	Millió doboz	%	Millió Ft	%	Átlagár	Árrés %	Millió doboz	Millió Ft	Átlagár	Árrés %	Árrés súlyozás sal
1990	300,4	83	16066	74	53,48	15,00	62,40	17	5728	26	91079	15,00	362,80	21794	60,07	15,00	15,00
1991	287,2	82	22060	71	76,81	15,00	63,70	18	9156	29	143,74	15,00	350,90	31216	88,96	15,00	15,00
1992	252,2	78	22356	32	88,64	12,70	71,30	22	13719	38	192,41	12,70	323,50	36075	111,51	12,70	12,70
1993*	258,7	79	26974	53	104,27	14,00	69,20	21	23963	47	346,29	11,00	327,90	50937	155,34	13,52	12,59
1994	258,7	80	31087	47	120,17	14,00	65,70	20	35662	53	542,80	10,13	324,40	66749	205,76	12,00	11,93
1995	238,4	78	38291	45	160,62	13,07	68,10	22	47187	55	692,91	10,00	306,50	85478	278,88	12,00	11,38
1996	220,3	75	46968	44	213,20	12,00	75,40	25	60217	56	798,63	10,00	295,70	107185	362,48	11,00	10,88
1997	224,5	72	57720	43	257,10	12,00	87,10	28	77406	57	888,70	10,00	311,60	135126	433,65	11,00	10,85
1998	211,2	69	63446	39	300,41	11,98	96,80	31	99399	61	1026,8	9,74	308,00	162845	528,72	10,40	10,61
1999**	203,3	65	67425	35	331,65	10,02	108,70	35	124218	65	1142,7	7,66	312,00	191643	614,24	8,75	8,49
2000	189,0	63	71479	33	378,20	9,00	113,30	37	142883	67	1261,1	6,50	302,30	214362	709,10	7,50	7,33

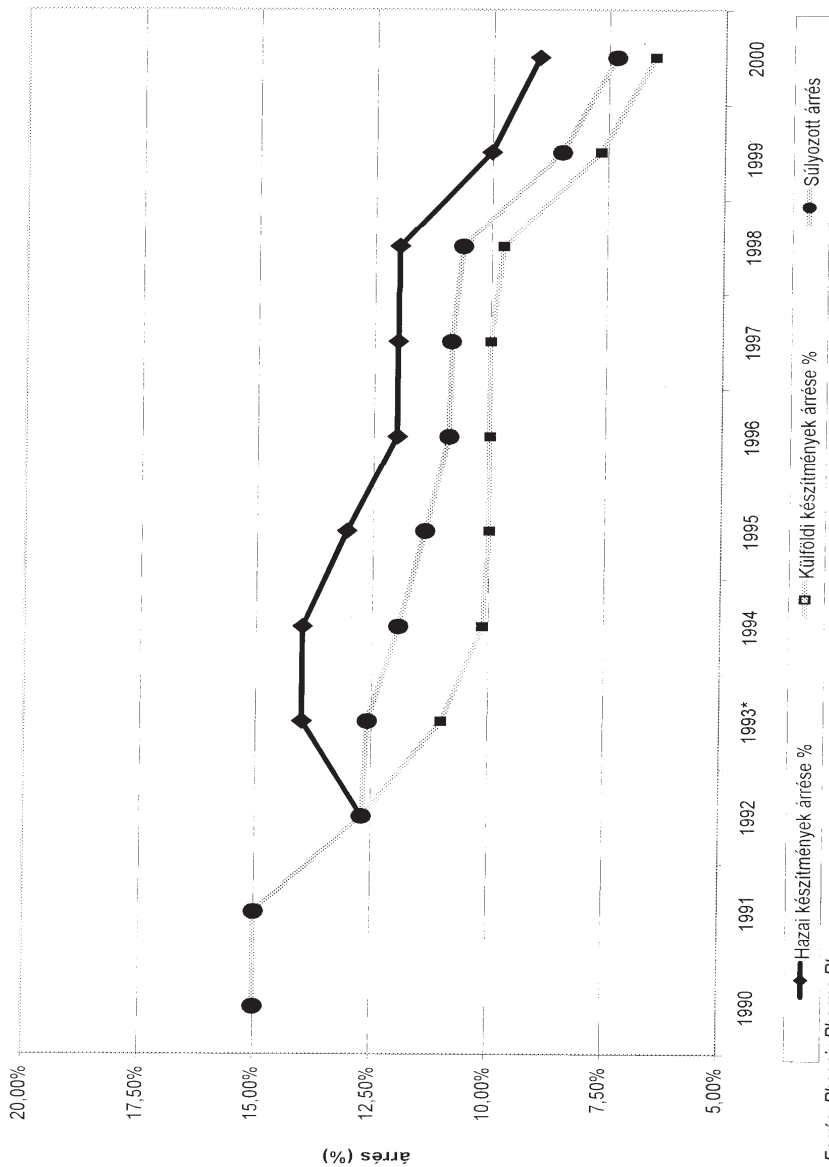
* Degresszívítás bevezetése 1993.01.01-től

** 1999.07.15-től árrés csökkentés

Forrás: Phoenix-Pharma Rt.

2. táblázat:

Gyógyszerárres-trendek



Forrás: Phoenix-Pharma Rt.

3. táblázat:

Gyógyszerkereskedelmi adatok

Ország	Nagykereskedők száma	Patikák száma	Lakosság (millió)	1 millió lakosra jutó nagykereskedők száma	1 nagykereskedőre jutó patikák száma	1 patikára jutó lakosok száma
Németország	18	21000	82	0,2	1167	3905
Egyesült Királyság	27	12000	59	0,5	444	4917
Olaszország	215	16000	57	3,8	74	3563
Lengyelország	450	7500	39	11,5	17	5200
Csehország	45	1600	10	4,5	36	6250
Magyarország	62	2050	10	6,2	33	4878

Forrás: Phoenix-Pharma Rt.

A gyógyszernagykereskedelem területének főbb problémái

1. Az árpolitikai lehetőségek korlátozottak: gyógyszerek maximált fogyasztói ára – fix ártámogatás.
2. Élesedő piaci verseny a piaci részesedés növeléséért a kisebb cégek kiszorításával.
3. 6-8% körüli árrés elérésére van lehetőség (a termelői ár nyereségtartalma 20-25%, a kiskereskedelmi árrés ún. degresszív árrésszámítási módszerrel 14-15%). Ennek ellenére óriási az árkedvezmény-verseny a cégek között.
4. A külföldi tulajdonú cégek a forgalommövekedést hitelből finanszírozzák. 7-8% árrés mellett a verseny által kikényszerített 2-3%-os engedmények jó néhány céget csőd közeli helyzetbe sodornak.
5. Az 1. táblázat rámutat az import és a magyar készítmények mennyiségi forgalmi aránytalanságára, amely az importtermékek hegemoniáját szemlélteti. A külföldi és magyar gyártók aránya 16-szoros a külföldiek javára.

A vizsgálatok alapján levont következtetések

1. A gyógyszerek előállítása, nagykereskedelmek és kiskereskedelmek területén szükség van az árrés arányos átrendezésére. Az import gyógyszerek termelői árának nyereségtartalma nem ellenőrizhető, feltehetőleg lényegesen, adott esetben 50-100%-kal is meghaladja a hazai gyártású gyógyszerek előállításával elérhető nyereséget.
2. Amennyiben a külföldi gyártók nem ismerik fel a gyógyszer-nagykereskedelemben elérhető alacsony árrésben rejlő veszélyeket, ez hosszabb távon a nagykereskedelmi cégek stabilitását, az egész gyógyszerelosztási logisztikai rendszer kialakult jó működőképességét veszélyezteti.
3. A gyógyszer-nagykereskedelem rövid távon veszteséges, ezért folyamatosan tőkeinjekcióra van szükség a működés fenntartásához. Profit visszaforgatása nélkül az életképesség megtartására nincs lehetőség.
4. Közép- és hosszabb távon számolni kell azzal, hogy a talpon maradó gyógyszer-nagykereskedelmi cégek száma e mostani számnak mintegy fele. Ez utóbbi irányba hat a készülő gyógyszer-nagykereskedelemre vonatkozó törvény, amely teljes termékkörűséget ír elő. (1. 4. táblázat)

4. táblázat:

Külföldi és magyar gyártók a piacon

Magyar	11
Külföldi	177

Forrás: Phoenix-Pharma Rt.

5. Ezért már rövid és középtávon is szükség van olyan szabályozásra, amely kizárja a gyógyszer-nagykereskedelem területén a piaci ármonopóliumok kialakulását. Ez utóbbira utaló előjelek már nyomon követhetők.
6. A nagykereskedelmi monopóliumok kialakulásának irányába mehet a gyógyszer-nagykereskedelem területén lezajló óriási tőkekoncentráció, amely kisebb cégek kivásárlásával területi monopóliumok kialakulására irányul.

7. Kivételnek számít, ha a külföldi tulajdonosok a megszerzett cégeknél nem hajtották végre a meghatározó menedzserréteg cseréjét.
8. Egy ilyen kivétel a Phoenix-Pharma Rt., ahol a német tulajdonos teljes egészében meghagyta a korábbi cégvezetést.

Jelzésértékű, hogy a Phoenix-Pharma esetében az anyacég tőzsdén kívül működő tiszta családi vállalkozás.

Vizsgálataim szerint a lecserélt menedzsmenttel működő cégek esetében gyakoriak a megváltozott vezetési stílusból – módszerekből és kulturális különbözőségekből – adódó konfliktusok. Ez utóbbit támasztja alá az alacsonyabb vezetési szinteken cserélődő menedzserek növekvő száma.

A gyógyszer-kiskereskedelem privatizációjának sajátosságai

A gyógyszer-kiskereskedelem mint egészségügyi szakellátó feladat magánosítása a magyar privatizációs folyamat egyik sajátos vonása.

Sajátos, mert:

- speciális, az egészségügyi alapellátáshoz tartozó feladatról van szó;
- a funkció magánosítása már a 9/1990. (III.28.) sz. SZEM rendelet alapján lehetővé vált, jogelőd nélküli magángyógyszertárak létesítését téve lehetővé. E rendelet, valamint az 54/1994., gyógyszertárak létesítésére vonatkozó törvény alapján 500 engedélyt adtak ki;
- a tulajdonlás kérdésénél domináns szerepe volt a szabályozott szakmai szempontoknak;
- ugyanezen törvény által nyitva hagyott kiskapuk alapján vált lehetővé a tulajdonlások összekapcsolásával közös érdekeltségű patikaláncok létrehozása (5. táblázat);
- hosszas huzavona után a meglévő patikahálózat az önkormányzatok tulajdonaként és nem az ÁVÜ irányításával került privatizálásra, és ezáltal a jogszabályok által egyértelműen nem deklarált tulajdonlási és működési szabályokat illetően is sajátos privatizációs konstrukciók születtek.

Jó néhány megyében a jogszabályi előírásokat semmibe véve szabályosan elszabotálták a patikaprivatizáció végrehajtását.

Ez az átmeneti állapot 1995-ig tartott, ezt a hálózat tömeges magánosítása követte, amely 1997 végéig be is fejeződött. Az 1990-ben kiadott rendelet, valamint az 1994-es, a gyógyszertárak létesítésére vonatkozó törvény alapján összességében 500 jogelőd nélküli gyógyszertár létesítésére vonatkozó engedélyt adtak ki. Ezzel egyidejűleg egymás mellett létezett az állami/önkormányzati tulajdon, valamint a magánszektor. Ez az állapot időlegesen érdeellentétek kialakulásához, valamint a szakma megosztottságához vezetett.

A tömeges privatizáció végrehajtására szolgáló törvényi keret ellenére a helyi önkormányzatok nem mindig egyértelmű törvényi értelmezése alapján sajátos privatizációs konstrukciók születtek. Amíg az egyik megyében a helyi önkormányzatok megkapták a településen lévő gyógyszertári vagyontulajdonjogát, és azt értékesíthették, a másik megyében a gyógyszertári központtól a teljes vagyontulajdonát átmentésével alakult részvénytársaság részvénytársaság részvénycsomagjából kapják meg a települési gyógyszertári vagyontulajdonjogát. Ez utóbbi megoldás volt elsősorban a startra kész pénzügyi befektetők célpontja. Ugyanis a részvények felvásárlásával áron alul óriási jól működő vagyontulajdon került a kezükbe. Volt olyan megye, ahol a megyei gyógyszertári központ korszerű raktárbázisát és irodaépületeit, valamint a hozzá tartozó 60 gyógyszertárat 500 millió Ft-ért szerezte meg a pénzügyi befektető csoport. A tömeges privatizáció végrehajtására vonatkozó törvényi keret „puhának”, kijátszhatónak bizonyult. A részvénytársaságok vagyontulajdonát áron alul megszerző pénzügyi csoportok szabályosan elszabotálták a törvény által előírt határidőt, és továbbra is a régi szervezeti keretek megtartásával üzemeltették a gyógyszertárakat.

Később a szakma, valamint a kamara nyomásának hatására sajátos konstrukcióban történt meg a magánosítás, miszerint ugyanez a pénzügyi befektető csoport hegemoniáját a gyógyszertárak működtetésében a törvényi előírásoknak megfelelő betéti társaság többségi kültag tulajdonosként örizte meg, s a társaság a patika vagyontulajdonosként működhetett tovább.

Ez utóbbi sok vitát kiváltó privatizációs módszer a gyógyszertári hálózat vagyontulajdonának mintegy egyharmadát érintette.

Az így kialakult, főként a nyugat-dunántúli megyéket érintő struktúra az azonos kültag többségi tulajdonos által kapcsolódó patikahálózatnak tekinthető.

A tömeges privatizáció másik formája alapján a tulajdonos vagy eladta, vagy bérbe adta a gyógyszerertári vagyont. Ez utóbbira tipikus példa Győr városának esete.

A törvényi kiskapuk, valamint puha korlátok következtében megkezdődött, főleg Budapesten, a patikaláncok kialakulása.

A vonatkozó jogszabályok alapján a gyógyszerertár tulajdon- vagy bérleti jogát ún. személyi jogos, szakgyógyyszerész képesítéssel rendelkező természetes személy szerezhette meg, kötelezően minimálisan 25%-os üzletrészaránnyal a betéti társaság beltagjaként. Így kimondható, hogy a végrehajtott tömeges privatizáció kifejezetten szakmaspecifikusnak tekinthető.

A gyógyszer-kiskereskedelem privatizációja során patikaláncok is kialakultak (5. táblázat). A táblázat nem tartalmazza a West Pharma érdektségébe tartozott mintegy 200 patikát.

5. táblázat:

Legnagyobb láncok Magyarországon

Lánc	Havi forgalom	Patikák száma	Fő szállító
Dr. Varius	2,8 MDM	35	Hungaropharma
Pharma-Cor	2,6 MDM	18	Phoenix
Piros Pont	1,7 MDM	22	Phoenix
Capricornus	0,8 MDM	13	Phoenix

Forrás: Phoenix-Pharma Rt.

Ezek a patikaláncok ma már egyetlen német befektető kezében vannak, amely patikalánchoz közel 300 egység tartozik. Néhány 8-10 egységből álló lánc található még, a többség azonban szakmai befektető által működtetett önálló egység. A patikaprivatizáció legnagyobb eredménye a lakosság – nyugodtan kijelenthetjük – európai színvonalú gyógyszerellá-

tása. Ezt veszélyezteti – remélhetőleg átmenetileg – a gyógyszer-kiskereskedelmi árrés változtatására irányuló drasztikus kormányzati beavatkozás. Csak reménykedni lehet a szakmai kamara és a miniszter aláírásával is szentesített szándéknyilatkozatban rögzített hosszú távú program megvalósításában (összehasonlításként a 6. táblázat mutatja a kiskereskedelmi árrés nagyságát Cseh- és Lengyelországban).

6. táblázat:

Nagykereskedelmi és patikai haszonkulcsok

Ország	Nagykereskedő (%)	Patika (%)
Csehország	9-12	24-26
Lengyelország	14	25-45
Magyarország	9-10	16-18, degresszív árrés

Forrás: Phoenix-Pharma Rt.

A gyógyszer-kiskereskedelem magánosításából levonható következtetések

1. A magyar privatizáció folyamatában egy speciális törvényi háttérrel is támogatott tömeges magánosításról van szó.
2. A végrehajtás elhúzódása miatt a szakmán belül érdeellentétek keletkeztek, amelyek feloldódása csak hosszabb távon várható.
3. A folyamat erőteljes szakspecifikus vonásai mellett a törvényi szabályozás puhasága, ellentmondásossága miatt erőteljesen érvényesülhetett a pénzügyi lobbik befolyása, amely az eredeti stratégiai célkitűzéseket eltorzította.
4. Vizsgálataim alapján a gyógyszertár – mint szakfeladatot ellátó egység – működése szempontjából egyértelműen előnyösebb a szakmai befektetők jelenléte.
5. Mint ahogy minden magánosításnak, a gyógyszer-kiskereskedelemnek is vannak nyertesei és vesztesei. Nyertes az a szakember, aki bármely formában is, de döntő befolyásra tett szert az általa működtetett

tulajdon és szervezet vonatkozásában. Vesztes az a gyógyszerész, aki nem akart vagy nem volt képes versenyezni a tulajdonlás megszerzéséért.

6. Vizsgálataim alapján mindenképpen nyertes a szakellátást igénybe vevő beteg/fogyasztó, aki magasabb minőségi színvonalon, kultúrált feltételek között, magas színvonalú szakmai támogatással juthat hozzá a számára szükséges gyógyszerekhez és gyógyászati eszközökhöz. Megállapítható, hogy a gyógyszer-kiskereskedelem privatizációja számos hibája ellenére eredményesen fejeződött be. Ma már nem kérdés, hogy az új struktúra magasabb színvonalú ellátásra képes.
7. Mindezekhez azonban szükség van arra, hogy
 - a kidolgozás alatt álló nemzeti népegészségügyi programban a lakosság helytelen életmódjának, életvitelének megváltoztatására irányuló stratégiai célok és programok kerüljenek megfogalmazásra;
 - ezen stratégia megvalósításához fontos eszköz az egészségügyi ellátó rendszer, amelynek jó működése nélkül elképzelhetetlen a program megvalósítása.

Megítélésem szerint a gyógyszertárak tulajdonosi struktúrájának vizsgálatát tovább kell folytatni. Számos jel arra mutat, hogy további átalakulás fog bekövetkezni. A kezdeti tulajdonlást elsősorban pénzügyi és életkor problémák miatt tömeges tulajdonosváltás fogja követni. Az idegen és többes tulajdonlás hosszabb távú fennmaradásával, sőt növekedésével kell majd számolni. Ezért olyan szakmai és szakmapolitikai irányelveket és programokat kell kidolgozni, amelyek garantálják valamennyi gyógyszertár egészségügyi szolgáltató feladatainak ellátását.

Összefoglalás és következtetések

1. Az egészségügyi szektor társadalmi-szociális szerepénél fogva részlegesen és korlátozottan privatizálható. A magyar lakosság egészségi állapota, különösen a fekvő- és járóbeteg-szakellátás területén végrehajtott, illetve tervezett funkcionális korlátozott magánosítás vonatkozásában int óvatosságra.

2. Mind a magyar, mind pedig a külföldi befektetők szempontjából vonzó területet jelent az egészségügyi ellátás.
3. A külföldi érdekeltségű cégek stratégiáját alapvetően a többségi tulajdonos anyacég határozza meg. Jelenlétük a magyar piacon hosszabb távra tervezett, ezért stratégiai befektetőknek minősülnek.
4. Az egészségügyi ellátás területén kialakult tulajdonosi struktúra korántsem tekinthető véglegesnek. Az elkövetkezendő években jelentős átalakulások következhetnek be. A működéshez szükséges fejlesztések igen jelentős tőkeigénye miatt várhatóan növekedni fog egyes területeken a pénzügyi befektetők súlya. Ez nem zárja ki például a gyógyszer-kiskereskedelem területén a szakmai befektetők megerősödését.
5. Az egészségügyi szektorban lezajlott privatizációs folyamat egyik fő pozitívuma, hogy a folyamat során nem keletkeztek jelentős konfliktusok, amelyek a működőképességet veszélyeztették volna. A részleges piacositás és versenyhelyzet kialakulása jelentősen emelte az ellátás színvonalát, teljesítményét, és összességében javította a költséghatékonyságot.
6. Minden remény megvan arra, hogy az egészségügyi szektor privatizációs folyamatának átgondolt folytatásával középtávon megközelíthetjük az egészségügyi ellátás európai színvonalát.
7. Mindezekhez azonban szükség van arra, hogy
 - a kidolgozás alatt álló nemzeti népegészségügyi programban a lakosság helytelen életmódjának, életvitelének megváltoztatására irányuló stratégiai célok és programok kerüljenek megfogalmazásra;
 - ezen stratégia megvalósításához fontos eszköz az egészségügyi ellátó rendszer, amelynek jó működése nélkül elképzelhetetlen a program megvalósítása.