

Szervezési közlemények

Gyógyszerészet 22. 178—183 1978

A gyógyszerellátás szervezetének „rendszer szemlélete” és irányítási gyakorlata

DR. HARANGI GYÖRGY

A lap hasábjain korábban megjelent közlemény szerzője úgy ítélte meg, hogy a gyógyszerellátás jelenlegi szervezeti rendszere és szervezési módszere túlhaladottá vált. Véleménye szerint különböző szinteken működő tárca-, és tárcaközi bizottságok létesítésével fejlettebb és hatékonyabb rendszer hozható létre. A bizottságok feladata lenne többek között a gyógyszerfelhasználás befolyásolása, prognosztizálása, de emellett operatív intézkedési jogkörrel is rendelkeznie. Jelen dolgozat szerzője nem ért egyet a javaslattal. Megítélése szerint a gyógyszerellátás területén végbement változások elsősorban mennyiségi jellegűek, így a szervezet megváltoztatása nem időszerű, és nem szükséges. A fokozódó feladatok ellátása biztosítható a jelenlegi igazgatási és vállalati rendszerben, s a javasolt megoldás inkább zavart, mint rendet idézne elő. A különböző tárcaérdekek létezése mellett is lehet olyan feltételeket teremteni, amelyek biztosítják a folyamatos gyógyszerellátást. A létező problémák felszámolása vagy csökkentése a szervezet módosításával önmagában nem oldható meg.

*

Az elmúlt negyedszázad során a gyógyszerellátással szemben támasztott követelmények jelentősen növekedtek. A lakossági igények és szükségletek sokkal szélesebb körben és magasabb fejlettségi fokon elégülnek ki jelenleg, mint az ötvenes vagy akár a hatvanas években. Ez a fejlődés azonban elsősorban mennyiségi jellegű, s kevésbé domináns a minőségi (feladatköri) változások jelenléte. Az állami irányítás alá vont gyógyszerellátásnak kezdettől fogva feladata, hogy a népgazdaság anyagi erejével összhangban, az adott korszak tudományos-technikai lehetőségeit szem előtt tartva, megfelelő választékban, mennyiségben és minőségben biztosítsa a gyógyszerigények kielégítését.

A cél az, hogy az orvos megválaszthassa a beteg számára legmegfelelőbb gyógyszeres terápiát, s a beteg az orvos választásának megfelelően jusson hozzá gyógyszeréhez. Elsődlegesen mennyiségi változásnak fogható fel az, hogy a belföldön előállított és az importból származó gyógyszerek választéka, s ezáltal az orvos választási lehetősége az alkalmazni kívánt terápia tekintetében szakadatlanul bővült és bővül, s kifejezetten mennyiségi jellegű a gyógykezelt betegek, illetve a megelőző ellátásban részesülők számának változása is.

Nem tekintem minőségi jellegű változásnak a gyógyszerellenőrzésnek, a gyártási, összeállítási technológiának módosulásait sem, mely részben az elmúlt 25 év alatt kiadott két új gyógyszerkönyvre, részben — ipari vonatkozásban — a nemzetközi egyezményekhez való csatlakozásra, nemzetközi ajánlások közzétételére, nem utolsósorban a külföldi piac követelményrendszerére vezethető vissza.

A gyógyszerészeti tudományok fejlődése meghatározója az egyetemi oktatásnak, s ez visszahat a gyógyszerellátás területén dolgozó valamennyi szakember szakmai tudatára, és tudására — ez is azonban minden tudományra és tudományágra vonatkozó általános jellemző. Árnyaltabb feladatok is előtérbe kerültek, mint például a gyógyszerismertetés stb. A nagy népgazdasági áramlatok és döntések hatására változott a gyógyszerellátás szervezeti egységeinek szerkezete. E téren elegendő nyomon követni azokat a változásokat, amelyek mind a költségvetési, mind a vállalati gazdálkodási forma tekintetében, elméleti, gyakorlati, nem utolsósorban jogszabályi vonatkozásban végbementek.

Mindemellett gyógyszerellátási rendszerünk feladatköre alapvetően változatlan maradt.

A feladatok mennyiségi növekedéséhez — természetesen — nagyobb technikai, anyagi, személyi és tudományos apparátus is kell. Ezek fejlesztésének mértékét és módszerét a mindenkorai népgazdasági tervek határozták meg. A fejlesztés mértéke az elmúlt időszakban különböző volt, az igények mennyiségi változását a lehetőségek nem tudták mindig arányosan követni. Ennek megfelelően léteztek és léteznek most is kielégítetlen igények a gyógyszerellátással szemben támasztott követelményrendszer bármelyik elemében.

A gyógyszerellátással kapcsolatos mennyiségi igénynövekedés folyamatosan következett be. A mezőgazdaság szocializálásának folyamata, az egészségügyről szóló 1972 évi II. törvény, az 1975. évi társadalombiztosítási törvény által deklarált jogok nem hoztak létre ugrásszerű változást a gyógyszerigények alakulásában. Ennek megfelelően a gyógyszerellátás szervezetében résztvevő anyagi, technikai, személyi — nem utolsósorban tudati elemek bővítése is folyamatosan vált szükségessé. Joggal vehető fel azonban, hogy a példaként felsorolt és fel sorolt elemek mennyiségi jellegű bővülése elhelyezhető-e az adott szervezeti rendszerben vagy túlnöve a szervezet által nyújtott lehetőségeket, reformokat, esetleg radikális változásokat követel.

Valamely rendszer működésében a tökéletesség hiánya könnyen kelti a tökéletlenség képzetét. A rendszer működésének meghatározott célja van, s e cél tökéletes teljesülése, és a má-

sik végletben: annak teljes kudarca között valamennyi átmenet jogot biztosít a rendszerrel kapcsolatos értékítélésre. A szervezeten kívül állók, tehát mindazok, akik a rendszer működését valamely okból kívülről figyelik, szükségképpen a cél teljesülése szempontjából ítélnék. Más kérdés azonban a rendszer működési eredményének általános megítélése, s megint más annak elbírálása, hogy az eredmény helyesbítéséhez milyen intézkedések szükségesek. Más szóval, az ok-okozat összefüggés feltárása részletes elemzést igényel, míg maga az okozat viszonylag egyszerű megfigyeléssel, személyes tapasztalattal érzékelhető. Az érzékelés és az összefüggések elemzése azonban megint csak különböző — egymástól részben független — kategória.

A meglevő elemek mennyiségi bővítése általában elősegíti a rendszer hatékony működését. Konkretizálva: nagyobb gyógyszerkészletekkel, szélesebb körű választékkal, a gyógyszerellenőrzés fokozásával, több gyógyszerházzal és gyógyszerházi szakdolgozóval, jobb gyógyszerismertető tevékenységgel stb. a betegek könnyebben, gyorsabban jutnak hozzá a számukra leghatékonyabb gyógyszeres terápiához. Ez az összefüggés egyértelmű. A szervezet módosításának következménye már nem határozható meg ilyen egyértelműen. Az új vagy módosított szervezeti modell — amennyiben annak kidolgozása tudatos — szükségképpen teoretikus úton születik; nincs mód a hipotézisnek laboratóriumi körülmények közötti verifikálására. Az elmélet elfogadhatóságát a gyakorlat dönti el, a lakosság és az intézmények gyógyszerellátása viszont kevésbé alkalmas terület a kísérletezésekre.

Távol áll természetesen tőlem a gyógyszerellátás szervezete vonatkozásában a változtathatlanság elvének hirdetése. Csupán arra kívánok utalni, hogy a rendszer megváltoztatása az ok-okozati összefüggések mély elemzését, az összefüggések feltárását, ezek alapján a változtatást igénylő elemek felismerését, a szükséges változtatások lehetőségeinek következetes logikájú kidolgozását igényli, analitikus és szintetikus szemlélettel egyszerre áttekintve az egészet és az egyes eseményeket, valamint ezek kölcsönös egymásrahatását.

Gyógyszerellátási rendszerünk — eredményességét, végcélját tekintve — nem tökéletes. Ennek legszembetűnőbb megjelenési formája a gyógyszerkészítmények szűkebb vagy tágabb körének visszatérő hiánya. Ez tény, s így mind az érintettek, mind a szemlélődők számára közvetlenül érzékelhető.

Simon Kis Gábor dr. nyilvánvalóan ezt a tényt érzékelte, s ez lehetett kiinduló pontja „A gyógyszerellátás szervezetének rendszeres szemléletű közelítése” című dolgozatának (Gyógyszerészet 21, 420—424, 1977). *Simon Kis* azonban mellőzve az okok elemzését, csupán megállapít: „... az eddigi szervezeti rendszer szervezési módszerek túlhaladottá váltak... az új, magasabb színvonalú... gyógyszerellátó szervezet kialakítása napjaink egyik sürgető feladatává vált”. A változtatást igénylő érvei,

am a gyógyszerfogyasztás növekedése, az egészségügyiól szóló törvény hatályba lépése, számomra — önmagukban — az előbbieken kifejtettek alapján kevésbé meggyőzőek.

A szervezeti rendszer túlhaladottságát a jelenlegi helyzet vázolásával igyekszik bizonyítani. Bemutatja, hogy szervezeti rendszerünk több olyan szervezeti egységre (gyógyszergyárak, nagykereskedelem, gyógyszer-tári központok, gyógyszerházzal) tagolódik, melyek közötti kapcsolatot kizárólag a közgazdasági és egyéb szabályozók biztosítják. Nem részletezi, hogy mit kell érteni a „közgazdasági és egyéb” szabályozón, a jelenlegi gyakorlat szerint ez a szállítási szerződéseket, megrendeléseket, vállalati ügyrendeket, a raktári dolgozók prémiumfeltételeit, a Minisztertanács rendeletét a termékgalmazás rendjéről, ezen belül a szerződéskötési kötelezettséget, a jövedelemszabályozás rendszerét stb. jelenti. A dolgozat szerint mindez nyilvánvalóan elégtelen. *Simon Kis* ugyanis ezek mellett egy olyan, az egységek között működő rendező elvet hiányol, amely a gyógyszerellátás kérdéseit egyformán súlyozza. Eszerint hiányzik a rendszerből a „gyógyszerügyi politika”, ami konkrétan a gyógyszerfelhasználás befolyásolása, a szervezeti egységek érdekeinek, céljainak, feladatainak összehangolása, összesítése.

Simon Kis elméleti alapjaként a „szervezet rendszerszemléletű közelítését” jelöli meg. Ez esetben viszont igen fontos az adott rendszer fogalmának helyes definiálása. Ennek végpontjaiként a gyógyszer gyártó ipart és a gyógyszer a betegnek kiadó gyógyszerházzal jelöli meg. Ez a rendszerfogalom azonban a tudományos igényű elemzésekhez elfogadhatatlan. A rendszer körülhatárolásának van bizonyos szabadságfoka, de a döntés determinálja az elemzésbe vont kört, s ezáltal a lehetséges következtetéseket is. Tekinthesem rendszernek a gyógyszerelosztás szervezetét — ezen kívül esik a gyógyszeripar E körben végezve a vizsgálódást, a gyógyszeripari szállítások alakulása a rendszeren kívüleső objektív tényezőnek tekintendő. E felfogásban az vizsgálható, hogy a szállítási gyakorlattal az elosztás rendszere összhangban van-e. A végeredmény, a megfelelő gyógyszerellátás, részben az elosztás rendszerétől, részben egy, a rendszeren kívül álló tényezőtől függ.

Bonyolultabb — a végeredményt tekintve azonban reálisabb — elemzési mód: a termelés és az elosztás együttes figyelembevétele. Ez esetben azonban tudomásul és figyelembe kell venni, hogy gyógyszerházzaink termelése túlnyomó részt exportcélokat szolgál, s ez szükségképpen visszahat a kutatásra és a termelési folyamatokra is. Másrészt a gyógyszergyártás nagymértékben importanyag-igényes, s így semmiképpen sem függetleníthető a nemzetközi piactól, népgazdaságunk külkereskedelmi politikájától. Bonyolult és szövevényes a gyógyszeripar kapcsolata más, különböző minisztériumok felügyelete alá tartozó, belföldi előállítókkal, szállítókkal is.

A rendszerszemlélet nem engedi meg azt az egyszerűsítést, hogy a belföldi gyógyszeripart kapcsolatai nélkül szemléljük. Ugyancsak tévedés a magyar gyógyszerházzal úgy tekinteni, mint a „gyógyszerkereskedelem” kizáróla-

gos szállítóját. A gyógyszerimport — a nemzetközi munkamegosztás — egyre nagyobb szerepet tölt be ellátásunkban.

Vizsgáljuk meg azonban a „túlhaladott”-nak vélt rendszer helyébe javasolt új szervezetet.

Az új rendszerben a gyógyszerellátás szervezeti egységei közötti együttműködést elsősorban az Egészségügyi Minisztérium által kidolgozott — a társfőhatóságokkal egyeztetett — *gyógyszerpolitikai koncepció* biztosítja. Ez venne át — nyilvánvalóan — a jelenlegi „közgazdasági és egyéb szabályozók” elsődleges szerepét. Mindez nehezen illeszthető a magyar államigazgatási és polgári jog rendszerébe!

A fentebb említett „gyógyszerpolitikai koncepció” kidolgozásához az „Országos (tárcaközi) Gyógyszerbizottság” nyújtana segítséget, amely az idézett közlemény 3. számú ábrája szerint feltételezhetően a Minisztertanács felügyelete és irányítása alatt működne. A „bizottság” az egyes tárcáktól kapott adatok, koncepciók alapján meghatározná a „gyógyszerügyi politikát” s ez képezné — mint alapelvek, ajánlások, szabályok és adatok — a tárcák által kidolgozott „gyógyszerpolitikai koncepció” elvi (gyakorlati?) alapját. Megint más kérdés, hogy vajon mi lenne a tartalma ennek a koncepciónak?

A rendszer működéséhez szükséges lenne még egy „hatékony számítógépes technikai bázis kiépítése”, mely a periféria-hálózat mellett nagy kapacitású számítóközpont üzembe állítását is igényli. Ennek segítségével feldolgozhatók lennének a gyógyszerfelhasználást befolyásoló adatok, többek között az ország gyógyszerkészletének egzakt *naprakész* nyilvántartása.

Az „Országos (tárcaközi) Gyógyszerbizottság” azonban nemcsak elméleti, elvi kérdésekkel foglalkozna, hanem operatív intézkedéseket is hozhatna az „országos gyógyszerellátás zökkenőmentes biztosítására”. Tisztázatlan ezen intézkedések iránya; vajon a minisztériumokat utasítaná meghatározott tevékenységre, vagy az egyes vállalatokat? Mindez megint csak feszültségeket teremtené jogrendszerünkben (Lásd: az állami vállalatokról szóló törvényt, vagy például az Állami Tervbizottságról szóló minisztertanácsi határozatot stb.)

Léteznének továbbá ún. „megyei gyógyszerbizottságok”, amelyek átvonnák az egészségügyi szakigazgatási szervek gyógyszerellátással kapcsolatos feladatainak egy részét, valamint „helyi gyógyszerbizottságok”, amelyek a leírás szerint ugyancsak egy meglévő szervezet, a gyógyszerismertető aktívahálózat munkakörét venné át. Mindkét bizottság feladatkörében dominánsá válik a fogyasztás — azaz az alkalmazott gyógyszeres terápia — befolyásolása, az igényeknek a készletekhez, a termelési, beszerzési lehetőségekhez való igazítása.

Lényegében *Simon Kis* elméletének két alapvető, meghatározó jelentőségű eleme készlet vitára, illetve áll szemben a „gyógyszerügyi politiká”-ról kialakított véleményemmel.

1 A gyógyszerellátásunkban fellelhető hiányosságok szervezési módszerekkel — konkrétan:

meglévő szervezetünk kibővítésével, kapcsolati rendszerünk átrendezésével — nem számolhatók fel.

Határozottan hibásnak tartom a termelés, import, forgalmazás stb. problémáinak elemzése, s ezt követő felszámolása helyett olyan átszervezéseket végrehajtani az irányító rendszerben, melynek eredményeként a Minisztertanács és az országgyűlés által megfelelő jogokkal felruházott minisztériumok, szakigazgatási szervek közé, jogilag szabályozatlan bizottságok ékelődnek.

2. A gyógyszerellátás területén elfogadhatatlannak tartom az igények befolyásolását, *mint ellátási politikát*. Az igények befolyásolása — a gyógyszerellátás területén — esetenként lehet szükségintézkedés, de sohasem válhat politikává. Az egyetlen lehetséges gyógyszerügyi politika: a kor technikai-tudományos színvonalának (választék, mennyiség, minőség) megfelelő gyógyszerellátás biztosítása. Az alapállás különbözősége — termeléshez igazított igények vagy az igényekkel befolyásolt termelés — két, egymástól teljesen eltérő szemléletmódot determinál.

Az igények befolyásolása a terápia szakszerűsége érdekében a fentiekől eltérő jellegű. Egyes gyógyszerek rendelkezésének korlátozása például az 1977. január 1-vel életbe lépett új gyógyszerellátási rendszerünknek is része. A szemléletbeli különbség lényege viszont az, hogy e korlátozó szabályozás a gyógyszerrendelés szakszerűségét szolgálja, nem pedig változó, napi termelési, forgalmazási érdekeket fejez ki. Az importgyógyszerekkel kapcsolatos korlátozások átmeneti — jóllehet még hosszabb ideig fennmaradó — szükségintézkedések, s ilyen vonatkozásban nincsenek összhangban, hanem éppen ellentétesek gyógyszerellátási politikáinkkal.

Az egészségügyről szóló törvény és a végrehajtásáról szóló rendeletek tartalmazzák a követendő politikát és annak gyakorlatát. A definíciók világosak: „A gyógyszerügy feladata, hogy a korszerű egészségügyi ellátás követelményeinek mennyiségben és minőségben egyaránt megfelelő gyógyszerellátást biztosítsa. A gyógyszerellátás állami feladat” [1972. évi II. tv. 55. §. (1) bek.] „A lakosság gyógyszerellátásának biztosítása érdekében az egészségügyi miniszter megállapítja a lakosság gyógyszer-szükségletét.” „A gyógyszer-szükséglet biztosításáért a belföldön előállított gyógyszerek tekintetében az ágazati miniszter és az egészségügyi miniszter, a külföldi gyógyszerek tekintetében a külkereskedelmi miniszter és az egészségügyi miniszter együttesen felelős. A gyógyszerek előállításához és csomagolásához szükséges anyagot (üveg, papír stb.) biztosításáért az anyagot előállító felett felügyeletet gyakorló miniszter felelős.” „A gyógyszerárak és a gyógyszerraktárak kötelező készleteinek mértékét a pénzügyminiszterrel egyetértésben az egészségügyi miniszter határozza meg” [16/1972. (IV. 29.) MT sz. rendelet 24. § (1), (2) és 26. § (3) bekezdései].

Egyértelműek a kötelezettségek, a jogok és a felelősség meghatározása is. Nem világos, hogy vajon hogyan illeszkedne ebbe a kötelezettség-

jog-felelősség rendszerbe egy tárcaközi bizottság, s vajon honnan biztosíthatna saját részére rendkívüli hatékonyságot.

Az érdekek egyeztetése kétségtelenül nagy erőt jelentene, de az érdekazonosság maradéktalan megteremtése csalóka illúzió. Az érdekek ellentmondásokkal terhelték a lakosság jó gyógyszerellátása — mint alapvető érdek — minden szerv számára vitathatatlanul egyértelmű, azonban túl általános megfogalmazású ahhoz, hogy a gyakorlatban az összhangot biztosítsa, s mint általános rendező elv működjék. Mások a termelés érdekei (gazdaságos előállítás, nagy sorozatok, olyan termék előállítása, mely minden piacon értékesíthető, a jelenleginél szűkebb választék stb.), a külkereskedelem érdekei (a tőkés devizaméreg egyenlegének biztosítása, a szocialista országokkal kapcsolatban a központilag jóváhagyott kontingensek kérdése, a KGST Vegyipari Állandó Bizottságának gyógyszeripari munkacsoportja által kidolgozott szakosítási szerződések érvényrejtetése, exportorientált árpolitika stb.), s folytatható a sor a népgazdasági célkitűzések és a gyógyszerellátás speciális sajátosságainak további létező ellentmondásaival (készletpolitika, beruházási politika, szervezeti eltérések stb.).

Az érdekek azonosítása helyett tehát ésszerű kompromisszumok létrehozása lehet reális célkitűzés. Az érdekeken kívül azonban léteznek adottságok is.

Nem kétséges, hogy a gyógyszeripar célja és szándéka a belföldi gyógyszerigények kielégítése — fentebb példákkal vázolt sajátos érdekeinek figyelembevételével —, azonban e célja és szándéka nem mindig valósul meg tökéletesen, mivel — mint ahogy utaltam rá — önmagában nem egy rendszer független kiinduló pontja, hanem maga is része egy számos összefüggéssel rendelkező rendszernek.

Annak érdekében, hogy a lakosság gyógyszerellátását a gyártás sajátos érdekeitől és adottságaitól lehetőség szerint függetlenné tegyük, az előbbieket figyelembe vevő, illetve az előbbiekkal számoló készletezési politikára van szükség. Jelenlegi készletezési rendszerünk mintegy féléves gyártási — ipari szállítási — intervallum áthidalására képes. Ez megfelel az érvényben levő közgazdasági szabályozóknak — például a szállítási szerződési rendszernek —, sőt bizonyos tartalékokat is jelent a szerződési rendszerbe nem illeszthető — azon kívül álló — váratlan gyártási, szállítási késedelmekre. E féléves biztonsági tényező mellett is előfordulnak gyógyszerhiányok nyilvánvalóan azért, mert a gyártás, s így a szállítás szünetelése ennél hosszabb ideig tartott. (Tekintsünk el, az olyan — nem a rendszerből következő — szubjektív tényezőktől, mint a hibás tervezés, téves rendelés, rossz elosztás vagy a forgalom extrém növekedése, amelyek bár előfordulhatnak, de egyáltalában nem jellemzőek) Az ellátás biztonsága elvileg fokozható, 9 vagy 12 hónapos biztonsági készlettel további gyógyszerhiányokat lehetne elhárítani. Egy-egy gyógyszerhiány megakadályozása azonban ezen a szinten már — a teljes gyógyszerkészlet növelése miatt — olyan anyagi hatásokkal járna, amelyek az ésszerűség határait meghaladnák. Egy-egy készítmény hiányának megszüntetése több százmillió forintot beszerzési többletkiadással járna, s emellett még hasonló nagyságrendben beruházási összegeket (raktározás!) is igényelne. Nyilvánvaló tehát, hogy a biztonság nem növelhető a százsázalékos ellátásig, ha viszont ezt a mértéket nem éri el, a bizonytalanság mértékének függvényében gyógyszerhiányok is előfordulnak. Mindez lényegében nem szervezési, hanem döntési, és ezt követően finanszírozási kérdés — a megoldás sem kereshető tehát a gyógyszerellátás szervezetének módosításában.

Elvileg az országos gyógyszerkészletek naprakész nyilvántartása is az ellátás biztonságát szolgálja, hiszen így könnyebb lenne a készletek aránytalanságainak korrigálása. Simon Kis szükségesnek tartja ehhez megfelelő perifériahálózattal rendelkező nagy kapacitású számítógéprendszer kiépítését.

A megyei gyógyszerraktárak és a GYÓGYÉRT készleteiről, valamint előző havi értékesítéséről jelenleg havonta egy alkalommal érkezik jelentés. A gyógyszerárak készlet- és értékesítési adatairól tételesen nincs információnk. Készletnyilvántartásunk tehát nem naprakész és az országos készleteknek is csak mintegy 80%-át jelzi. Ezeket a készleteket nem gépi úton tartják nyilván, hanem havonkénti készletfelvétel, kézi adatszolgáltatás és felvezetés alapján. Ez a nyilvántartási és adatfeldolgozási rendszer — bár korántsem korszerű — elegendő információt nyújt kiegyensúlyozott ellátási helyzetben, s kétségtelen előnye rendkívüli olcsósága. Hátránya viszont akkor jelentkezik, ha egy adott készítmény készlete a GYÓGYÉRT-nél és a megyei raktárakban a nullára csökken vagy azt megközelíti. Ilyenkor az egyébként csak 20%-ot kitevő gyógyszerári készlet az adott időpontban rendelkezésre álló mennyiség közel 100%-át jelenti, s ennek pontos alakulásáról, területi elhelyezkedéséről semmiféle információnk sincs. Nyilvántartásához már valóban nélkülözhetetlen lenne a számítógép-rendszer, melynek perifériája lenyúl a ország 1400 gyógyszerárába, s ezen felül a kórházi gyógyszerárakba, gyógyszerraktárakba is.

Ismét egy döntési feladat, amelynek egyik oldala a megfelelő perifériával rendelkező számítógéprendszer létesítésének beruházási igénye, folyamatos üzemeltetésének költségei — a másik oldal az a nyereség (nyilvánvalóan nem forintban mért!) amely a gyógyszerellátás javulásában megmutatkozhat. A beruházás és üzemeltetés költségeit mind ez ideig nem mérték fel. Pontos költségvetés készítése nélkül is azonban összegében igen jelentősnek becsülhető. A remélhető eredmény az ellátás javulásában viszont megkérdőjelezhető. A gyógyszerárak időnorma szerinti készletezési gyakorolata, s ennek rendszeres és folyamatos ellenőrzése a súlyos aránytalanságok lehetőségét kizárja. Nehezen képzelhető el, hogy az országosan megszervezett nyilvántartási rendszer segítségével szükség esetén olyan elfekvő készleteket lehetne mozgósítani a gyógyszerárakból, amelyek alkalmasak lennének a más gyógyszerárakban jelentkező hiányok elhárítására, vagy bekövetkezésének érdemleges kielégítésére.

Úgy vélem, a felsorolt példák alapján is, érzékelhető, hogy a gyógyszerellátás lényeges problémáinak megoldása nem különböző szintű bizottságok létezésén vagy hiányán múlik. Az egyes tárcák álláspontjainak és lehetőségeinek egyeztetése terén kétséges, hogy egy közbeiktatott bizottság előmozdítaná a nyitott kérdések megoldását. Ugyanakkor tény, hogy rendszerünkben léteznek hiányzó gyógyszerek. Az illetékes tárcák feladata, hogy a hiányt felszámolják, s nem az, hogy a hiányt a gyógyszerrel rendelő orvosokkal, s a betegekkel elfogadtassák.

Az utóbbi hónapok példáiból kiindulva, tudomásul kellett venni, hogy a nitroglicerín-gyártás hazánkban átmenetileg szünetel, s így a Nitromint tabletták szállítására az előállító képtelen. Az orvosok (és betegek?) tájékoztatása helyett nyilvánvalóan hatékonyabb intézkedés volt — nem csekély tárcaközi erőfeszítés árán — az azonos összetételű készítmény soron kívüli importjának biztosítása. A Stobetin tabletták pótlása elvileg más béta-receptor-blokkolókkal elképzelhető. (A gyakorlat ezt nem igazolja teljesen.) Hatékonyabb intézkedés viszont — megint csak tárcaközi együttműködéssel — az analóg készítménynek más szállítótól való biztosítása.

A bizottságok szaktanácsadó szerepe szintén vitatható. Az Országos Gyógyszerészeti Intézet létrehozásáról szóló 2/1962 (II 22.) Eü M sz. rendelet megfogalmazása szerint az Intézet a Minisztérium véleményező és javaslattevő szerve. Jóllehet a gyógyszerfelhasználás alakulásának vizsgálata korábban nem képezte az Intézet feladatát, de már a 12/1978. (Eü K. 4.) Eü M sz. utasítás ebbe az irányba is kiterjesztette működési körét. Amellett, hogy vitathatatlanul szükséges gyógyszerfelhasználásunk alakulásának tudományos szintű elemzése, a módszer tekintetében még sok a nyitott kérdés.

Az egészségügygel kapcsolatos makroszintű tényezők (morbiditás, demográfia stb.) szerepe a gyógyszerfelhasználás alakulásában nyilvánvaló. Erősen kétséges — sőt kizártnak tekinthető — jelentőségük viszont a gyógyszerforgalmazás gyakorlatában.

A gyógyszerigény felmérését — rendelés formájában — s ezáltal a gyógyszerkészlet biztosítását negyedévenként végzik, s ilyen rövid időszakban a makroszintű tényezők hatása nem jelentkezik. Egyébként is ezek hatása — néhány kivételtől eltekintve — annyira általános jellegű, hogy a gyógyszerfelhasználás „kereskedelmi” jellegű tervezése során nem használható. Kétségtelenül léteznek közvetlen összefüggések (pl. terhések száma — allilösztrénol-igény; 0—3 hónapos csecsemők száma — tápszerfelhasználás stb.) azonban e vonatkozásban sem jellemzők a „robbanásszerű” változások, a kisebb ingadozások viszont előre nehezen prognosztizálhatók.

Fentiekől függetlenül, ismételten hangsúlyozom az ide vonatkozó elméleti kutatások, elemzések szükségességét, ezt azonban szintén nem „bizottsági” keretek között látom megoldhatónak. Alkalmasabb az olyan intézet e feladatra, ahol ennek szervezeti feltételei is biztosítottak. Feltétlenül szükséges lenne e téren a nemzetközi tapasztalatokat tanulmányozni és felhasználni is — a hazai környezetre való adaptálás céljából — mind a szocialista, mind a fejlett tőkésállamokban.

Gyógyszerellátó szervezetünk felépítése és működése, működésének jogi szabályozottsága beleilleszkedik a népgazdaság és az egészségügy rendszerébe. Létező intézményrendszerünk a gyógyszerellátás valamennyi elméleti és gyakorlati feladatának megoldására elvileg alkalmas, s munkájuk hatékonysága, szervezetük, módszereik, anyagi és személyi felkészültségük bővítése útján továbbfejleszthető. Irányító és

információs rendszerünk képes újabb szervezeti elemek beiktatása nélkül is hatékonyan működni, s a különböző érdekek ellentétei között megtalálható az a kölcsönösen elfogadható megoldási lehetőség, amely végül is előbbre viszi, javítja az egyes betegek állapota és személyisége által pontosan meghatározott igények kielégését.

Д. Харанги: „Системное воззрение“ и практика управления организации обеспечения населения медикаментами

Автор работы, ранее опубликованной в настоящем журнале, считает, что современная система обеспечения населения медикаментами и метод его организации устарели. По его мнению, созданием различных ведомственных и межведомственных комиссий можно создать более совершенную и эффективную систему. Задачей этих комиссий должно быть по его мнению, воздействие на погребление медикаментов, его прогнозирование и принятие оперативных мер. Автор настоящей работы не согласен с этим предложением. По его мнению, изменение произошедшее в области снабжения населения медикаментами в первую очередь носит количественный характер и таким образом не требует изменения организационной структуры. Выполнение возрастающих задач можно обеспечить и при современной структуре и предложенное решение оказалось бы скорее отрицательное действие. При существовании различных ведомственных интересов и здесь можно создать такие предпосылки, которые обеспечили бы непрерывное снабжение населения медикаментами. Изменением организации само по себе не может быть достигнуто искоренение или уменьшение существующих проблем.

Dr. Gy. Harangi: „System-theory“ and control practice of the organization of drug supply

In a paper having been published earlier in the present journal, it had been noted that the present system and method of the drug supply became outdated. According to the author of that paper a more effective system could be established by forming committees working at different, departmental and inter-departmental levels. The tasks of the committees would include influencing of drug utilization and prognostication, but in addition they would be empowered to take operative measures. The author of the present study does not agree with those proposals. According to his judgement, the changes on the field of drug supply have been primarily of quantitative character, thus the changing of the organization would be at present not opportune and less necessary. The increasing tasks can be satisfied in the present management and company system and the suggested organization would cause rather confusion than order. With existing different departmental interests it is still possible to establish the proper conditions to provide for continuous drug supply. The existing problems can not be solved by mere modification of the existing organization.

Dr. Gy. Harangi: „Systemtheorie“ und Steuerungs-Praxis der Organisation der Arzneimittelversorgung

In einem früheren Artikel äusserte ein Autor seine Meinung, nach welcher das jetzige organisatorische System der Arzneimittelversorgung überwunden wäre. Seiner Meinung nach konnte durch Zustandebringen ministerielle und interministerielle Ausschüsse, die auf verschiedenen Niveaus funktionieren würden, ein besser entwickeltes und leistungsfähigeres System geschaffen werden. Die Aufgaben der Ausschüsse sollten sich — unter anderen — auf die Beeinflussung und Prognostizierung des Arzneimittelverbrauchs, erstrecken, doch sollten sie auch berechtigt werden operative Massnahmen zu unternehmen. Der Verfasser dieses Studiums ist nicht einverstanden mit dem Vorschlag Seiner Mei-

nung nach wahr die Entwicklung in der Arzneiversorgung in erster Reihe vom quantitativen Charakter, so währe eine Veränderung der Organisation weder zeitgemäss, noch nötig. Die Versorgung der immer mehr wachsenden Aufgaben können im bereits existierenden System der Steuerung und der Gesellschaften (Unternehmen) gelöst werden, und das vorgeschlagene System würde mehr Verwirrung als Ordnung verursachen. Trotz der existierenden interministeriellen Interessenunterschiede können für die Kontinuität der Arzneimittelversorgung günstige Verhältnisse geschaffen werden. Für die Beseitigung oder Milderung der existierenden Probleme wäre eine Unorganisation in sich gar nicht genügend

(Egészségügyi Minisztérium Gyógyszerészeti Főosztálya 1361 Budapest, Pf. 1.)

Érkezett: 1978. II. 22.

ÚJ TÍPUSÚ PENICILLIN-REZISZIENCIÁT MUTATTAK KI EGY STAPHYLOCOCCUS AUREUS-TÖRZSNÉL

SCRIP 1977. március 12, 20.

Egy angol klinikán végzett vizsgálatok szerint egyes Staphylococcus aureus-törzsek elpusztítására a hagyományos penicillindózis kevésnek bizonyult: csak fejlődésüket gátolta; teljes elpusztításukhoz a szokásos adag százszorosára volt szükség. Ezek a penicillint ilyen mértékben tolerálni képes törzsek a tartós penicillinterápia után is életben maradtak, elpusztításukra szokásos dózisban a vancomycin és a cephalotin is alkalmatlannak bizonyult. A Cycloserinnel, gentamycinnel, illetve rifampicinnel viszont igen gyors és látványos hatást értek el. A rezisztenciával kapcsolatban különös fontosságú, hogy a hagyományos vizsgálatok során ezen törzsek ellen a penicillin hatásosnak bizonyult, valójában azonban csak fejlődésüket lassította. A tolerancia valószínűleg azon alapszik, hogy ezen törzseknel az autolysin genetikai hiánya mutatható ki, amely bizonyos mértékben késlelteti a kórokozók elpusztulását, miután a penicillin meggátolta sejtfaluk szintézisét. (5).

Kiss Imre

A HIALURONIDÁZ GÁTOLJA AZ INFARKTUS OKOZTA KÁROSODÁS SÚLYOSBODÁSÁT

SCRIP 1977. május 14, 21.

Bár az elsődlegesen a szívizominfarktusnak betudhatóan fellépő ritmuszavarai miatti halálozások száma az alapos és rendszeres vizsgálatok végzése, valamint a megfelelő aritmias gyógyszerek alkalmazása révén csökkent, a szív összehúzódó képességének csökkenése miatt nő a halálozások gyakorisága. Legújabbban ezen károsodás súlyosbodását a hialuronidáz (Alidase, Searle) segítségével kívánják megakadályozni. A 6 óránként 500 NE/kg mennyiségben adott hialuronidáz a kevesebb mint nyolc órával az első dózis beadása előtt infarktust szenvedett 46 beteg esetében jelentős mértékben csökkentette az infarktus terjedésének mértékét, ami az R-hullám csökkenéséből és a Q-hullám növekedéséből egyértelműen megállapítható volt. A 46 hialuronidázzal kezelt beteg közül 8 halt meg, a 45 fős kontrollesorportból viszont 11. A vizsgált betegek száma kevés volt ahhoz, hogy abból helytálló mortalitási-morbiditási következtetés levonható lenne. A szerzők épp ezért nagyobb számú beteg vizsgálatát helyezték kilátásba és ennek alapján kívánják az infarktust el szenvedett betegek esetében alkalmazott hialuronidáz-terápia előnyeit lemérni. (7).

Kiss Imre

MÁSFAJTA GUTAÜTÉST OKOZNAK AZ ORÁLIS FOGAMZÁSGÁTLO SZEREK?

SCRIP 1977. május 21., 21.

Az orális fogamzásgátló szereket szedő nők gutaütésének tanulmányozása várhatóan fényt derít a betegség kóroktanának eddig kevésbé ismert részleteire is. Ha sikerülne teljes részletességgel megismerni a gutaütés etiológiáját, valószínűleg kiküszöbölhető lenne a fogamzásgátló tabletták gutaütést kiváltó mellékhatása is. Elképzelhető az is, hogy a hormontabletták másfajta gutaütést váltanak ki, mint az egyéb okokra visszavezethető gutaütés. 46 (40 évesnél fiatalabb) nő angiográfiás vizsgálata során ugyanis jelentős eltéréseket észleltek a fogamzásgátló tablettát szedő 19 nő és a tablettát nem szedő többi nő agyerei között. (A vizsgált

betegek nem emboliás eredetű cerebrális infarktussal feküdtek egy amerikai kórházban.) A fogamzásgátló tablettát szedő 11 nő esetében kifejezett érrendellenességeket, többek között érszűkületet, illetve a vékony agyi artériák elzáródását, valamint a tiposus kiserek jelenlétét igazolták. A fogamzásgátló tablettát nem szedő nők esetében az észlelt elváltozások egyéb érbetegségek hatására alakultak ki.

A vizsgálatokat végző *Myoung C. Lee* szerint az orális fogamzásgátló szerek egyes esetekben akut érgyulladás kialakulásához vezethetnek a kisebb agyerekekben, ami később trombózt és agyvérzést eredményezhet (8).

Kiss Imre

A NAGY DÓZISÚ C-VITAMIN-TERÁPIA VESEKŐKÉPZŐDÉST OKOZHAT

SCRIP 1977. No 248. 23.

Amerikai orvosok szerint a nagy dózisban szedett C-vitamin elősegítheti az oxalát-vesekővek képződését. Egy fiatal felnőtt napi 1 g dózisban szedett C-vitamint a nátha megelőzése céljából. A vizsgálatok során azt tapasztalták, hogy a páciens vizeletében az oxalátszint 126, 127, illetve 76 mg volt a 24 órás vizeletmintában (A normális érték 40 mg/24 óra). Ezt követően a beteg abbahagyta a vitamin szedését és vizeletének oxalátszintje 56—63 mg/24 óraértékre csökkent (9).

Kiss Imre

A DOHÁNYZÁS ÉS AZ ORÁLIS FOGAMZÁSGÁTÁS EGYÜTTES HATÁSÁRA NŐ A VÉGZETES SZÍVROHAMOK GYAKORISÁGA

SCRIP 1977. április 9, 23.

A new yorki Population Council szakértői szerint a dohányzás és a hormontartalmú orális fogamzásgátlók együttes hatására jelentősen fokozódik a nők végzetes kimenetelű szívrohamainak gyakorisága. A különböző korú nők vizsgálata során nyert értékeket az alábbi táblázat szemlélteti:

Az orális fogamzásgátlót szedő nők mortalitása (halálessel/100 ezer nő)

Kor, év	Dohányzók	Nem dohányzók
30—34	16	2
35—39	23	4
40—	83	7

(Dohányzó nőnek azt minősítették, aki naponta leg-
alább 15 cigarettát szívott el.)

A fenti adatok azt igazolják, hogy ha a 40 évnél idősebb nem dohányzó nőknél egyéb rizikófaktorok nem mutathatók ki; az orális antikonceptíveket továbbra is viszonylagos biztonsággal szedheti.

Ismeretes, hogy az USA-ban az FDA felhívást tett közzé, miszerint a 40 évnél idősebb nőknek nem tanácsolja az orális fogamzásgátlást. A Population Council vizsgálatai szerint viszont ezt a megkötést csak a dohányzó nőkre kellene korlátozni, a jövőben pedig a biztonságossági vizsgálatokat a dohányzó és nem dohányzó nőknél külön-külön is el kellene végezni (10).

Kiss Imre