

Szervezési közlemények

Gyógyszerészet 22. 300—302. 1978.

A gyógyszerterítés új rendszerének néhány tapasztalata

DR. KEMPLER KURT

A szerző az 1977. január 1-én életbelépett új gyógyszerrendelési és -terítési rendszer első fél évi tapasztalatait elemzi. Megállapítja, hogy az új rendszer nemcsak a betegek és a vele élni kívánó orvosok, hanem a kis forgalmú gyógyszerárak munkája szempontjából is előnyös. Viszont a hazai gyógyszerforgalom nagyobb részét lebonyolító, viszonylag kevés nagy forgalmú gyógyszerárban szinte állandósult a sorban állás. Ez — amint az eltelt idő tapasztalata bebizonyította — nem gyakorlatlanságból, a feladatok újszerűségéből, hanem döntően a munkadíj igény fokozódásából származik. Ily módon nem várható, hogy a feszültség önmagától oldódjék; ehhez átgondolt intézkedések összehangolt sorozata szükséges.

*

Ma már általánosan elismert, hogy a gyógyszerellátás és -terítés 1977. január 1-én életbelépett új rendszere jelentős könnyebbséget biztosít a betegnek, valamint azoknak az orvosoknak, akik e könnyítéseket igénylik. Ugyanakkor az első fél év tapasztalatai arról is meggyőző bizonyítékot szolgáltatottak, hogy a gyógyszerárak munkájában előre nem látott, helyesebben az előrelátott nehézségeken túl további problémák merültek fel.

Az áttérés sok körülményt igénylő előkészítése során ugyanis a gyógyszerellátás különböző szintjein működő szakemberek elsősorban attól tartottak, hogy a készletek — az esetleg megnövekedő és kevésbé szabályozható gyógyszerigények következtében — nem nyújtanak majd kellő fedezetet a mennyiségi ellátás biztonságos lebonyolításához; ez pedig huzamos gyógyszerhiány kiinduló pontjává válhatott volna. Ez nem következett be; nem utolsósorban azért, mert induláskor és azt követően oly jelentős készletek álltak rendelkezésre, amelyekkel ellensúlyozni lehetett az itt-ott megmutatózó irreális igénynövekedést. Régi igazság ugyanis, hogy mindenféle korlátozó adminisztratív intézkedésnél többet ér az, ha az aktuálisan felfutott kereslet kielégül. Ilyenkor a lanyhulás hamarosan bekövetkezik, viszont korlátozásokkal a hiányérzet folyamatosan „újratermelődik”.

A gyógyszerellátásért felelős szervek a fő veszélyt ebben látták; ezért is sikerült azt leküzdeni. Emellett azonban be kell ismerni, hogy az átállással kapcsolatos egyéb nehézségeket *átmenetieknek* ítéltük — és ebben tévedtünk. Magyarán az az igazság, hogy a fő veszély — az

esetleges ellátatlanság — össze nem hasonlítható súlyos helyzetet hozott volna létre.

Fél év után már nem lehet az ország szinte valamennyi nagyobb forgalmú gyógyszerárában a nyitvatartási idő jelentős részében állandósult sorban állást azzal magyarázni, hogy az új árakat, a változott jogszabályokat még nem jól ismerik a gyógyszerári dolgozók. Ebből következnek: irreális az a remény, hogy a sorban állás — idővel — önmagától meg fog szűnni. Mithogy a legkülönbözőbb számítások szerint sem növekedett a forgalom — a tavalyihoz viszonyítva —, természetes mutatókban kifejezve néhány százalékkal jobban, így a sorban állásért nem a forgalomnövekedés a felelős, hanem az, hogy hosszabb ideig kell egy-egy beteggel foglalkozni, mint korábban. Szükséges tehát, hogy részleteiben megvizsgáljuk azokat a munkafolyamatokat, amelyek e megnövekedett időigényt maguk után vonták.

A gyógyszerári munka változásának tendenciája

A vényvel jelentkező beteg korábban a taxáló → pénztár → kiadó útvonal mindhárom állomásán minden kommunikáció nélkül is végighaladhatott. Ha akadt problémája, kérdése, az — szabályos vény esetében — többnyire az utolsó állomáson: a kiadónál merült fel. Mivel a vényt a gyógyszerár visszatartotta, ezzel nem volt probléma. Ettől eltérő — már a taxálónál jelentkező — nehézségek általában csak alakilag vagy szakmailag hibás, vagy félreérthető receptekkel adódtak.

Ezzel szemben ma, ha árazatlan vényvel érkezik a beteg, a taxálónak nemcsak a vényre, hanem egy külön blokkra is rá kell írnia a terítési díj összegét. A külön blokkon a tételeket össze is kell adnia. (Régen az összeadást éppen a legnagyobb forgalmú gyógyszerárakban tételösszeadás pénztárgép végezte.) Ezenkívül, ha rövidítve is, sok gyógyszerárban feltüntetik a blokkon a gyógyszer nevét. Bár lehetséges, hogy ez — vényeknél! — fölösleges óvatosság, de erről majd csak évek tapasztalatai győzhetnek meg bárkit; hiszen e nélkül a visszakeresés lehetősége is hiányzik. Ugyanakkor a *vény nélküli* ún. kézieladás lebonyolításában ez a munkafolyamat később sem lesz elhagyható, mert a taxáló által így megtakarított időt a kiadó többszörösen elveszti azzal, hogy meg kell kérdeznie, mit kért — és fizetett — a beteg. Ez különben az időigénytől függetlenül szakmailag sem volna helyes.

I. táblázat

A Pest megyei gyógyszertárak forgalmának megoszlása az 1976. évi hálózati adatok alapján

| A fogalom alapján kialakult gyógyszer-tári sorrend | A lebonyolított forgalom az össz. forgalom százalékában | A gyógyszertárak részaránya az összes gyártó százalékában |
|--|---|---|
| 1—6 | 21,3 | 5 |
| 7—12 | 12,1 | 5 |
| 13—18 | 9,3 | 5 |
| 19—24 | 7,9 | 5 |
| 1—24 | 50,6 | 20 |
| 25—120 | 49,4 | 80 |

Az eddigiekből is nyilvánvaló, hogy a felsorolt gyógyszerexpedíciós munkafolyamatok — időben és terhelésben — többszörösét teszik ki a korábbiaknak. Ezzel azonban még nem teljes a kép. A beteggel ugyanis közölni kell, hogy

- vényét visszakapja, azt bármikor újra beválthatja;
- vényét visszakapja, de az csak 1—2—3 alkalommal ismételtető, három hónapon belül;
- vényét visszakapja, de az a továbbiakban érvénytelen;
- vényét nem kapja vissza stb.

E téren a betegek többsége még évek múltán sem fogja magát kiismerni; így ez a későbbiekben is újabb kérdések forrása lesz. Ugyancsak többletidő a vények többszöri lebélyegzése is, bár ezen egyes újítások talán segíthetnek. E helyzetek bonyolultabbá és időigényesebbé válnak, ha régi vénnel jelentkezik a beteg; sokszor a taxáló kénytelen egy halom — régebbi — vény közül kiválogatni azt, amelyre a beteg gondol.

Az eddigiekben csak a lebonyolítás mechanikus folyamatát vázoltam, kimutatva a többletidő-igény ráfordításának fő okát. Az új jogszabályok azonban lényegesen kiterjesztették a gyógyszerész hatáskörét, és ezzel együtt felelősségét is. E miatt különösen ismétlés esetén sokkal körültekintőbb, felelősebb szakmai ítélőképességre van szükség pl. a tekintetben, hogy nem léphet-e fel valamilyen, a betegre nézve hátrányos körülmény, akár polipragmázia, akár interakció, akár túladagolás stb. szempontjából. Az, hogy ez mennyiben etikai és adott esetben mennyiben jogi kérdés, ma még nem látható tisztán.

Az eddigiek összegezésével világosan kirajzolódott a sorban állást kiváltó legfontosabb okok: a lelassult és kibővült munkafolyamatok. Ehhez járul az a körülmény, hogy korábban a *gyógyszertár által megválasztott* — gyenge forgalmú — *időszakban* volt lehetőség a vények ellenőrzésére, alaki-szakmai felülvizsgálatára; számlázásra való előkészítésére és — központi számlázórészleg hiányában — leszámolására

Ezzel szemben ma a térítéses vények utólagos felülvizsgálata helyett a *taxáláskor és a kiadás alkalmával kell* a vényt felülvizsgálni azzal a tudattal, hogy az esetleges tévedés korrigálása később már aligha lehetséges. Emiatt éppen akkor kell a *legnagyobb szakmai munkaintenzitást* kifejteni e téren is, amikor a legtöbb a beteg a gyógyszertárban. Az ezzel szemben felszabaduló, régebben erre fordított idő pedig általában rosszul hasznosítható, mert a túlfokozott munka az energiatartalékokat oly gazdaságtalanul fogyasztja el, hogy e miatt néhány órai munka után a dolgozók többsége a szó szoros értelmében pihenésre szorul. Más szóval: a réginél lényegesen nagyobb munkacsúcokat sem szellemileg, sem fizikailag nem kompenzálja az, hogy a gyenge forgalmú időben elmarad a korábbi vényekkel való foglalkozás kötelezettsége.

A gyógyszertárak polarizálódása

Természetesen nem állítható, hogy az ország valamennyi gyógyszertárában ez a helyzet; hangsúlyoztam, hogy a nagy forgalmú gyógyszertárak problémáját tárgyalom. A kérdés jelentőségét azonban a számszerű adatok bizonyítják; Pest megyei viszonylatban is — ahol pedig az országos átlagnál lényegesen kisebb az egy gyógyszertárra eső forintforgalom — igen aránytalanul oszlik el a megyei gyógyszerforgalom az egyes gyógyszertárak között (I. táblázat), hiszen a (gyógyszertárszobákkal együtt) 120, Pest megyei gyógyszertár 10%-a — tehát 12 gyógyszertár — az 1976. évi teljes megyei forgalom kb. egyharmadát, 20%-a (24 gyógyszertár) pedig kb. felét bonyolította le, ugyanakkor a gyógyszertárak többi 80%-ára (96 gyógyszertár) esett a forgalom másik fele. Ebből világosan kitűnik, hogy egy nagyobb gyógyszertárra átlagosan négyszeres értékű forgalom esett, mint a kisebbre. Mindez azt jelenti, hogy a kis- és nagy forgalmú gyógyszertárak közötti — eddig is meglevő — ellentmondás fokozódott, az *eltérő jelleg polarizálódott*. A nagy gyógyszertárakban a fokozódó igénybevétel még jobban kidomborítja az elszemélytelenedést; azt a tapasztalatot, hogy pl. a taxáló nem is a beteget, csak a vényt látja, mert nincs másra ideje. Ugyanakkor a kis gyógyszertárakban a gyógyszerész és a beteg közti kapcsolat hagyományos régi külsőségei és belső tartalma mindmáig sokkal inkább fennmaradt. Itt a személyes kommunikáció a régi árrendszerben is általában lényegesen nagyobb teret kapott, emiatt az új árrendszerrel, a változással együttjáró ilyen többletidőigény alig okoz munkatöbbletet.

Ez egyben meghatározza a feladatot is: első sorban a legnagyobb forgalmú gyógyszertárak munkakörülményeit, létszámhelyzetét kell kiemelten vizsgálni és javítani, mert e kevés számú gyógyszertárban bonyolódik le a teljes megyei forgalom fele. A jobban urbanizálódott gyógyszertári központok területén e különbség valószínűleg még élesebb.

A vázolt ellentmondásnak van azonban még egy másik — beteg feőli — oldala is. A kis gyógyszertárakban, ahol jobban ráérnek arra, hogy a beteggel foglalkozzanak, nincs meg a gyógyszereknek az a széles választéka, amely éppen a nagyobb forgalmú gyógyszertárakban áll rendelkezésre. Mivel a betegek jó része nem tud — és nem is tudhat — disztingválni abban, hogy mikor mit és miért nem kapott meg, könnyen kialakulhat benne egy olyan nézőpont, hogy a nagy gyógyszertárban — bár sorban állással — inkább hozzájut gyógyszereszküségletéhez. Emiatt esetleg már meg sem kíséri a gyógyszerbeszerzést a kis gyógyszertárban, még olyan esetekben sem, amikor indokolatlanul hiszi azt, hogy e kísérlete hiábavaló lenne

Következtetések

Megállapítható, hogy a pénzügyi elszámolás jellegű alaki kellékek, amelyek a vény utalvány jellegénél fogva domináltak, túlnyomórészt elvesztették elsődleges szerepüket, hiszen a térítésmentes vények a korábbi összes vény számnak csak töredékét képviselik. E helyett előtérbe lépett a kizárólag szakmai szempontok szerinti elbírálás, ami ugyan sokkal időigényesebb és nagyobb felkészültséget tételez fel, de szakmailag pozitív jelenség. Ez azáltal is lehetőségessé vált, hogy a korábbi, az utalványjelleggel kapcsolatosan az ár oldaláról fennállt korlátozó tényező is elvesztette jelentőségét. Mindez növelni képes az ellátás rugalmasságát — de egyúttal időigényét is.

Ily módon nincs más lehetőség az ellentmondások feloldására, mint mielőbbi létszám- és munkor-átcsoportosítással oly mértékben megerősíteni a nagy gyógyszertárakat, hogy a fokozott igénybevételnek meg tudjanak felelni. Ez azonban a munkaügyi helyzet, a jogszabályok — és a jogos egyéni érdekek — következtében csak lassan, fokozatosan lebonyolítható feladat.

Bizonyos szervezési intézkedések azonban gyorsan is javíthatnak a helyzeten. Ilyen pl a vények ismételtőségére vonatkozó feladatok racionalizálása. Központunknál e célra bélyegző használatát vezettük be (1 ábra), mely mind a gyógyszerár, mind a beteg számára megkönnyíti, ill. áttekinthetővé teszi az ismételt expedíálás, ill. „kiváltás” lehetőségét. A bé-

| | | |
|-------------------|---|--|
| Ismételt kiváltás | 1 | |
| | 2 | |
| | 3 | |
| | 4 | |

1 ábra

lyegző mérete lehetővé teszi, hogy azt a vény hátlapjára egymás alatt kétszer ráüssék. Nem szorul bővebb bizonyításra, hogy célszerűbb volna az új vényúrlapokat nyomdailag már eleve ellátni e rovatokkal.

A gyógyszerellátás dolgozói áldozatos munkával, felsőfokú elismerést kiérdemelt helytállással biztosították az 1977. január 1-i áttérés zökkenőmentes lebonyolítását. Az azóta kialakult helyzet, a nagy forgalmú gyógyszertárakban mutatkozó, immár állandósultnak tekinthető feszültségek feloldása azonban túlnő a gyógyszerellátás közvetlen vezetőinek lehetőségein; ehhez magasabb szintű intézkedések összehangolt sorozata szükséges. A létszámmal kapcsolatos problémák megoldásában jelentős segítséget jelent az időközben — 1977 október 1-ével — életbelépett bérrendezés.

Dr. K. Kempler: *O некоторых наблюдениях в связи с новой системой назначения и оплаты лекарственных препаратов*

Автор анализирует наблюдения первого полугодия новой системы назначения и оплаты лекарственных препаратов которая вступила в силу 1-го января 1977 года. Устанавливает, что новая система является выгодной не только с точки зрения больных и желающих пользоваться ею врачей, а также с точки зрения работы аптек небольшого оборота. С другой стороны в сравнительно немногочисленных аптеках большого оборота выполняющих большую часть оборота лекарственных препаратов в Венгрии очереди стали почти постоянными. Это — как доказал опыт прошедшего времени — связано не с отсутствием практики, новой задачей, а главным образом с возрастанием потребностей в работе. Таким образом нельзя ожидать, чтобы напряженность смягчалась сама по себе, для этого необходимо принять серию согласованных между собой хорошо продуманных мероприятий.

Dr. K. Kempler: *Some experiences with the new system of prescribing, dispensing and compensation of drugs*

Analysing the experiences of the first half year of the new order of drug prescription, dispensing and refund, valid since the 1st January 1977, the author draws the conclusion, that in relation to small pharmacies, the new system has more advantages than disadvantages, as for the physicians who wish make use of the opportunities, as for the pharmacists, but primarily for the patients. However in the large urban pharmacies, which are not numerous, but which effectuate the greater part of drug supply, the queuing became as good as continuous. It has been proved by the experiences of the period of study that this is not due to the lack of training, to the novelty of the system, but markedly to the increase of labour requirement as a consequence of the new order. It can't be thus expected that the tension will be solved automatically, but a well balanced series of organizatory measures is necessary.

Dr. K. Kempler: *Einige Erfahrungen über das neue System des Arzneimittel-Verschreibens, der Abgabe und der Gebührzahlung*

Die neue Lage, die nach dem Inkrafttreten der neuen Ordnung des Verschreibens, der Abgabe von Medikamenten und der Gebührzahlung, wird auf Grund der Erfahrungen des ersten halben Jahres analysiert. Es wird bestätigt, dass die Vorteile sowohl aus dem Gesichtspunkt des Arztes und des Apothekers, wie auch für die Patienten, überwiegend sind. Gleichzeitig ist aber die Lage in der grossen Stadtapotheken anders. Diese zahlenmässig wenige Apotheken wickeln die

Szervezési közlemények

Gyógyszerészet 22. 331—333 1978.

A gyógyszergyártó középüzemek fejlesztésének jelentősége gyógyszerellátásunkban¹

DR. KÜTTTEL DEZSŐ

Az 1977. január 1-én bevezetett, ún. térítési rendszerrel lényegében megszűnt az eddigi jelentős különbség a közforgalmú és intézeti gyógyszerárak árai között. A szerző úgy látja, hogy ez az alkalmas időpont a közforgalmú és intézeti gyógyszertárak gyógyszerellátásának egységesítésére és a megyei és fővárosi gyógyszerraktárhoz való decentralizálásra. Ez a szervezés lehetőséget adna arra, hogy a megyei, ill. területi galenusi és infúziós laboratóriumok — kellő egységes fejlesztéssel — az intézetek gyógyszerellátását is célszerűen szolgálják. A középüzemek alkalmasak továbbá kis tételekben gyártott, törzskönyvezett gyógyszerek ellátásában mutatók, ún. hiánycikknek előállításával a zavartalan gyógyszerellátást biztosítani

*

Szocialista gyógyszerellátásunk az elmúlt 27 év alatt jól vizsgázott. A megnövekedett gyógyszerigények kielégítésének nehézségeit, a gyógyszerérszi kar és az összes gyógyszerári dolgozó önfeláldozó munkáját a kérdés ismerői — de gondolom egész társadalmunk — elismeri. Most mégis arról szeretnék beszélni a nehézségek egyes okainak ismeretében, hogy a gyógyszerellátás további fejlődése — a várható igényeknek megfelelően — csak egyes szervezési változtatásokkal és a belső tartalékok maradéktalan feltárással biztosítható.

A közforgalmú és intézeti gyógyszertárak, a gyógyszergyártó középüzemek (galenusi és infúziós laboratóriumok) fejlesztése nem összehangolt a jelenlegi szervezésben. Külön probléma, hogy a gyógyszergyártók és a kiszolgáló iparágak más minisztériumok irányítása alá tartoznak. Az Egészségügyi és a Nehézipari Minisztérium munkája a gyógyszergyártás területén eddig is elég összehangolt volt, de a kiszolgáló iparágakkal az együttműködés lazább. Ennek eredményeképpen a csomagolóanyagok, az edényzet utánpótlása nem egyenletes; nem beszélve az egyre növekvő minőségi követelmények okozta gyártási nehézségekről és árproblémákról. Ilyen széles körű témát részletesen tárgyalni lehetetlen, ezért egyes részletkérdésekre szeretnék csupán kitérni.

Az 1977. január 1-én bevezetett új térítési rendszer nagyrészt megszüntette a közforgalmú és intézeti gyógyszertárak gyógyszerárai közti különbséget, így az egész gyógyszerellátás egységesítésére adott a lehetőség [1, 2].

Feleslegesnek látszik — túlzott és indokolttalan igények kielégítése érdekében — kisebb kórházak-

ban külön intézeti gyógyszertárakat létesíteni. Járási és városi kórházak gyógyszerellátást 5—600 betegágyszám alatt a megfelelően felszerelt és a közelben telepített közforgalmú gyógyszertárak vehetik át. Ugyanakkor az intézeti gyógyszertárak gyógyszerigényét is a megyei gyógyszerraktárak láthatják el. Ez a gyógyszerári központoknak, ill. a megyei gyógyszerraktáraknak nem okozna jelentős többletmunkát, viszont az intézeti gyógyszertárakat mentesítené a nagyobb készletezéstől, jelentős adminisztrációtól, és a gyógyszerutánpótlás a decentralizálás folytán lényegesen könnyebb lenne.

Az intézeti gyógyszerellátásnak az a megítélése, hogy drágábban kapják meg gyógyszereiket, közte infúziós oldataikat is, ha azt a gyógyszerári központok útján szerzik be, nagymértékben téves. Ugyanis az intézeti gyógyszertárak tevékenységének egyes jelentős költségei — itt különösen az infúziós oldatokra és galenusi készítményekre gondolok — a kórház költségvetésében más rovaton jelentkeznek, így a munkabér, víz, gáz, villany, fűtőenergia stb. Ha ezt tételesen kimunkálnák, kiderülne, hogy a kórházi gyógyszertárak által előállított bármilyen gyógyszerforma ára semmivel sem olcsóbb, mint a gyógyszerári központok által szállítotté.

Ez a téves szemlélet eredményezte azt, hogy az országban igen sok kis intézeti infúziós laboratórium működik korszerűtlen műszaki adottságok mellett, amelyek fejlesztésre alig érdemesek. Tévedések elkerülése végett nem arra gondolok, hogy az infúziós oldatok vagy egyéb galenikumok gyártását vegyük ki a nagyobb és e célra jól felszerelt intézeti gyógyszertárak profiljából [3, 4], de a fejlesztésre nem érdemes laboratóriumok megszüntethetők lennének megfelelő, területi ellátást biztosító infúziós és galenusi laboratóriumok létesítésével, ill. fejlesztésével. Ennek feltétele azonban a területi galenusi és infúziós laboratóriumok hálózatának átgondolt megszervezése, ahol a szükséges gyógyszerformák kifogástalan minőségben és kellő mennyiségben előállíthatók [5].

Ily módon felesleges lesz kisebb intézeti gyógyszertárakat középüzemű gépekkel ellátni, ugyanakkor a meglévő galenusi és infúziós laboratóriumokban jelentős gépi, ill. műszaki fejlesztésre lesz szükség. Jelenleg sajnos a galenusi laboratóriumok nagy részében még kisüzemi módszerekkel és elhasználdott régi gépekkel folyik a gyógyszergyártás, s ez nemcsak munkaigényes, hanem a kellő minőséget sem biztosítja minden esetben [6].

¹A „Gyógyszerügyi Szervezési Konferencián” Veszprémben (1977) elhangzott előadás.

Nem szeretnék hivatkozni az MGYT Gyógyszer-technológiai Szakosztálya által javasolt galenusi és infúziós gépnormatíva-javaslat részleteire; abból csak néhány példával kísérlem meg igazolni, hogy mennyire kihasználható lenne korszerű gépeket beállítani azzal a megkötöttséggel, hogy az összes középüzemű laboratóriumban az alkatrész-utánpótlás és szerviz érdekében lehetőleg azonos gyártmányú, ill. típusú gépeket (elsősorban egységes tablettázógépeket, kenőcskészítő és homogenizáló, félautomata kúpöntő, folyadékletöltő gépeket stb.) kellene alkalmazni.

Gondolom ily módon kellene a meglévő laboratóriumokat egységes műszaki szintre fejleszteni, és akkor az intézeti gyógyszertárak igénye is kielégíthető lenne.

Részletesebben szeretnék foglalkozni az infúziós oldat gyártásaival, annál is inkább, mert a mostani tervidőszakban több területi ellátást szolgáló infúziós laboratórium létesítése van folyamatban vagy készült el, s ezek közül megyénkben egy már működik is. Itt volna az alkalom ezek gépesítésének és technológiai folyamatainak egységesítésére és jövőbeli feladatuk, ill. körzetük meghatározására. Köztudomású ugyanis, hogy a Human gödöllői infúziós oldatot készítő gyáregysége a szükségletnek felét sem tudja kielégíteni, a több mint 60 intézeti infúziós laboratórium közül pedig alig 25 tekinthető mai szemmel korszerű középüzemnek. Amennyiben az infúziós oldattal való ellátás zöme a jövőben is a középüzemi infúziós laboratóriumok feladata lesz, úgy a közel korszerű körülmények közt működő intézeti infúziós laboratóriumokat fejleszteni, a nem korszerű adottságok közt működőket pedig megszüntetni javaslom.

A területi infúziós laboratóriumokban szerzett, valamint egyéb hazai és külföldi tapasztalataim szerint az infúziós oldatok készítésének leglényesebb munkafolyamatai: a lehetőleg zárt rendszerű oldatkészítés, a membránszűrőn való szűrés, a biztonságos gépi kupakolás és az autoklavozás. Infúziós laboratóriumunkban *Sartorius*-f. oldatkészítő, szűrő- és töltőberendezéssel dolgozunk, amely a membránszűrő elé iktatott szénmentesítő előszűrővel is el van látva. A pirogénmentesítést szolgáló szenes kezelés ugyanis gyakran (pl. a glukózoldatok gyártásakor) elkerülhetetlen.

Igen fontos kérdés a glukóz tartós hőhatás okozta sárgulásának megakadályozása olyan programozott autoklavok beállításával, amelyek hűtése oly módon gyorsítható meg, hogy a munkatérbe vizet bepermeteznek. Az esztergomi Labor MIM textilsterilizációs programozott ST 164/11 típusú autoklavját ennek megfelelően átalakította, továbbá az elővákuumokat csökkentette a palacktörés elkerülése érdekében. Ilyen megoldással egy 6 darabból álló „nullszériát” készített, amelyből 2 db infúziós laboratóriumunkban üzemel; ezek textil- és oldatsterilizációra egyaránt programozhatók. A programozott, írószerkezettel ellátott autoklavok szalagjairól a sterilizációs hőfoka és időtartama utólag is ellenőrizhető. A laboratórium üzembe helyezésekor sok problémánk volt a kupakolással. A kézzel zárható csavaros kupakok alkal-

mazásától el kellett tekintenünk, mert a légmentes zárás nem biztosítható teljes mértékben, és bár mikor felnyithatók anélkül, hogy annak a palackon látható nyoma lenne [7].

A gépi kupakolás nehézségeit a BM Laboratórium segítségével [8] és az Országos Gyógyszerészeti Intézet pozitív hozzáállásával sikerült áthidalni. Ugyanis a Chinoin által készített Pilferproof ChG-2 kupakológéppel a régi típusú OMKER-kupakokat nem tudjuk használni, mert azok pereme alacsony. A kérdés megoldása folyamatban van; addig a kb. 60 °-ra lehűlt infúziós palackok pontos zárását metilénkék fürdőben ellenőrizhetjük.

Nem megoldott probléma azonban tudomásom szerint egy hazai infúziós laboratóriumban sem az aszeptikus helyiségsoport légkondicionálása és szűrt levegővel való ellátása.

A vázolt kérdések egységes megoldása, köztük a csavaros kupakok helyett megfelelő zárórendszer alkalmazása, kifogástalan minőségű és a nagyüzemivel hasonló ideig eltartható infúziós oldatok készítését teszi lehetővé [7, 9].

A gyógyszertári központok gyógyszervizsgáló laboratóriumaiban a fizikai, kémiai és bizonyos fejlesztéssel a sterilítási vizsgálatok sarzsonként megoldhatók [10]. Pirogénvizsgálatra nézetem szerint elegendő havonta néhány sarzsot a GYEL-hez küldeni.

Amikor az infúziós oldat gyártásának átszervezését említettem, tulajdonképpen egy sajátos gyógyszerforma, az infúziós oldat hiányos ellátásának megszüntetésére próbáltam megoldást javasolni. Szeretnék most áttérni az időszakonként ugyan tételesen változó, de lényegében mindig fennálló hiányosságokra a törzskönyvezett készítmények ellátása körében, amelyeket tulajdonképpen a hazai gyógyszeriparnak kellene felszámolnia.

Az ilyen úgynevezett „hiánycikkek” keletkezésének egyik oka, hogy az egyre jobban gépesített és automatizált gyárparunk nagyteljesítményű gépeivel kis volumenű gyógyszereket nem képes gyártani. Példaként említem, hogy egy 200 000 tabl./óra teljesítményű tablettázógéppel nem gazdaságos 1—2 millió darabon aluli tételeket gyártani, holott nem egy esetben az egész évi belföldi szükséglet elig haladja meg a néhány milliót. A korszerű gépek átállítása más tablettára, tisztítása nagyon sok munkát igényel, ezért kis sarzsok készítése ilyenekkel nem célszerű és nem gazdaságos. Nem hiszem, hogy ezen igények kielégítésére a szocialista vagy kapitalista importból való beszerzés nyújtja a legjobb megoldást, amellet megtekinthető devizakiadással jár. Nézetem szerint galenusi középüzemeink javasolt fejlesztésével és ilyen feladatok átvételével a hiányos ellátásnak ez a típusa csökkenthető, sőt teljesen kiküszöbölhető lenne [11].

A vázolt javaslat ellen kevés reális ellenérvet lehet felhozni. Kétségtelenül probléma azonban, hogy ha egyes törzskönyvezett készítmények a gyógyszertári központok laboratóriumaiban készülnének, úgy a laboratóriumok ilyen termelése ipari tevékenységnek minősülne, ami egyes adózási

konzekvenciákat eredményezne. Ennek megoldására javaslatot tenni nem tudok, de ha a gyógyszerellátás valóban kiemelt jelentőségű szolgáltatás és zavartalansága politikai kérdés is, úgy biztos vagyok benne, hogy ennek áthidalására a Pénzügyminisztérium megtalálhatja a lehetőséget. Ez a hézagpótló tevékenység fokozná a középüzemi galenusi laboratóriumok fejlesztésének rentabilitását is, és érv lenne ahhoz, hogy ehhez Nép-gazdaságunk megfelelő pénzeszközöket bocsásson rendelkezésre. Mindezen fejlesztésnek és átszervezési elgondolásnak — az anyagiakon kívül — alapvető feltétele a középüzemi méretű gyógyszer-gyártó gépek, a csomagoló-, címkézőanyagok, valamint edényezet beszerzésének egységes szakmai irányítása és folyamatos biztosítása. Erre a célra olyan országos operatív szerv létrehozását javaslom, amely az igények szakmai és mennyiségi felmérése mellett egy kézben intézi a beszerzéseket. Ezt a szervet feltétlenül létre kellene hozni, mert a gépek gyártása, ill. importálása, a csomagolóanyagok beszerzése nem oldható meg laboratóriumként; ui devizával gazdálkodó bankokkal és csomagolóanyagokat gyártó, egyéb minisztériumok főfelügyelete alá tartozó vállalatokkal kell tárgyalni, ami országos igény ismeretében gazdaságosabb volna. Külön nehézséget jelent az, hogy a gyógyszerárak kötöttek, a csomagolóanyagok gyártása viszont a gyártóműveknek gyakran nem gazdaságos.

Megoldást csak az jelentene, ha egy nem nagy adminisztrációval működő, jó szakmai irányításra képes országos beszerző szerv alakulna, mely a szükséges gépek, a megfelelő minőségű csomagolóanyagok legyártását és határidőn belüli szállítását is elfogadható áron tudná intézni.

Biztos vagyok abban, hogy a fent vázolt szervezési megoldásokkal gyógyszerellátásunk a jövő igényeit minőségileg és mennyiségileg biztosítani tudja, és az ún hiánycikkek számát is csökkentheti.

IRODALOM

1. Simon Kiss G.—Tóth B.—Vatzinger A.: Egészségügyi Gazdasági Szemle 13, 340—346 (1975).—
2. Simon Kiss G.: Egészségügyi Gazdasági Szemle 14, 407—412 (1976).—
3. Intézeti gyógyszer-tárak technológiai követelményei. Eü. M. Szervezési, Tervezési és Információs Központja (1970).—
4. Útmutató az intézeti gyógyszer-tárak berendezéséhez és felszereléséhez. OGYI (1977).—
5. Az ellenőrzött gyógyszer-gyártás irányelvei. OGYI (1975).—
6. Küttel D.—Szigetváry F.: Gyógyszerészet 15, 23—25 (1971).—
7. Simon Fiala J.—Csejtei M.—Zalányi S.: Gyógyszerészet 20, 266—269 (1976).—
8. Tereczky K.: Szóbeli közlés.—
9. Bánhalmi Z.: OGYI-nak beadott, eltartási kísérletről szóló feljegyzés (1977).—
10. Küttel D.—Szigetváry F.: Gyógyszerészet 15, 228—230 (1971).—
11. Simon Kiss G.: A gyógyszer-előállítás szervezeti és szervezési kérdései Egészségügyi Gazdasági Szemle (közlés alatt).

Д-р Д. К ю т т е л: *Значение развития заводов производящих лекарственные препараты среднего масштаба в снабжении лекарственными препаратами*

Введением 1-го января 1977 г. н. новой системы оплаты лекарственных препаратов практически прекратилось раньше имевшееся значительное расхождение между ценами аптек общего оборота и стационаров. По мнению автора настал момент для унифицирования обслуживания лекарственными препаратами аптеками общего оборота и стационаров и также для децентрализации к областным и столичным складам лекарственных препаратов. Такая организация открывает возможность для того, чтобы областные и территориальные галеновые и инфузионные лаборатории — при соответствующем едином развитии — целесообразно служили и обслуживанию институтов. Далее заводы среднего масштаба способны обеспечивать бесперебойное снабжение лекарственными препаратами производством выпускаемых в небольших сериях т. н. дефицитных продуктов.

Dr. D. Küttel: *Importance of the development of medium-size pharmaceutical works in the Hungarian drug supply system*

Since the issue of the regulation of the new system of partial payment of drug prices, on the 1/1/1977 there is no more any significant difference between the fees paid by the public in the community pharmacies and the price paid by the clinics and hospitals. According to the author's view, this is a very opportune period for unifying the drug supply of the public and hospital pharmacies through decentralization this service to the drug stores of the pharmacy centres of the Capital and of the County Councils. This type of organization would render possible — after adequate, uniform development of the galenic and infusion laboratories of the pharmacy centres — to simplify and unite the drug supply system of the hospitalized and out-of-hospital patients. In addition, the medium-size production plants thus developed would be in position to overtake the production of some registered trademark products, the production of which is not economic for the large pharmaceutical factories because the relatively low request. That would be also a means of securing the continuity of the supply of the public with these minor preparations.

Dr. D. Küttel: *Die Bedeutung der Entwicklung pharmazeutischer Mittelbetriebe in der Arzneimittelversorgung in Ungarn*

Der frühere bedeutende Unterschied zwischen der Preise der Medikamenten in der öffentlichen Apotheken und in der Krankenhäusern sind mit dem am 1. Januar 1977 neu eingeführten, sogenannten Gebührleistungs-System, im Wesentlichen abgemacht worden. Der Meinung des Verfassers nach ist dieser Zeitpunkt für die Vereinheitlichung der Arzneimittelversorgung der öffentlichen und der Krankenhaus-Apotheken durch Dezentralisierung dieser Leistung zu den Lagern der Apothekenzentren der Hauptstadt und der Komitaten, die zur Zeit nur die öffentlichen Apotheken versorgen, sehr geeignet. Diese Organisation könnte nach der einheitlichen Entwicklung der galenischen und Infusions-Laboratorien der Apothekenzentren die ökonomische Versorgung mit ihren Produkten auch der Krankenhäuser und der sonstigen Gesundheitsinstituten gewährleisten. Die zweckmässig entwickelten Mittelbetriebe der Apothekenzentren könnten auch die Herstellung einiger registrierten Arzneispezialitäten, deren Herstellung für die pharmazeutische Grossbetriebe wegen des geringen Bedarfs nicht lohnend ist, übernehmen und dadurch eine störungsfreie und preiswerte, einheitliche Arzneimittelversorgung der Bevölkerung eine wertvolle Dienst leisten.

(Vas megyei Tanács Gyógyszertári Központja, 9700 Szombathely, Savaria u. 24.)

Érkezett: 1977. XI. 23.