Fórum

HOZZÁSZÓLÁS

Csak egyetérteni lehet azzal a javaslattal, hogy a közforgalmú gyógyszertárak forgalmi körének meghatározása két csoportban történjék. Célszerűbb lenne azonban, ha a két rész megjelölésében nem a kötelezettség, hanem az elhatároló szándék dominálna, például az alábbiak szerint:

— kizárólagos forgalmi kör
— nem kizárólagos forgalmi kör

Ez az elhatározás már előre vetíti annak szükségességét, hogy a kérdést komplex módon kell rendezni, szabályozni kell a gyógyszertárak forgalmi körébe tartozó egyes „gyógyáruk" kereskedelmi forgalmát, valamint meg kell határozni a kereskedelem forgalmi körébe tartozó egyes áruféleségek gyógyszertári forgalmazhatóságát. A kizárólagos forgalmi körrel (a nem „hivatalos" gyógyszerek kivételével) természetesen együtt jár a beszerzési kötelezettség.

A nem kizárólagos forgalmi kör további két csoportra osztható. Az elsőbe olyan gyógyszertári forgalmi körbe tartozó cikkek sorolhatók, amelyeket a hozzáférhetőség bővítése érdekében meghatározott kereskedelmi üzletek is forgalmazhatnak (egészségügyi cikkek, nem erős hatású gyógynövények illetve ezek engedélyezett keverékei). a második alcsoportot viszont olyan — a kereskedelem forgalmi körébe tartozó — cikkek képeznék, amelyeket egészségügyi vonatkozásaik, jellegük miatt gyógyszertárak is forgalmazhatnak.

Az újdonságot természetesen ez utóbbi csoport képezi, melyet — mint lehetőséget — magam is meglehetősen széles körűnek képzelek:

— egészségügyi- és betegápolási cikkek
— test- és babaápolási cikkek (fog-, száj-, lábápoló szerek, izzadás elleni szerek stb.)
— bőrápoló- és bőrvédő készítmények (gyógykozmetikumok, gyógyszappanok, rovarcsípés elleni szerek, stb.)

Mennyivel frappánsabb lehetne a munkaköri kötelességként végzett egészségnevelés, ha adott esetben kézbe is tudnánk adni azokat a — nem gyógyszerkategóriába tartozó — egészségügyi szereket, készítményeket, eszközöket, könyveket, amelyeket javaslatba hoztunk és amelyek az egészségi állapotot kedvezően befolyásolhatják.

Mint ismeretes a gyógyszertári központok — habár államigazgatási felügyelet alatt állnak — mely tény más vállalatokhoz képest korlátozottabb működési feltételeket jelent — szem előtt tartva a gyógyszerellátás érdekeit — meghatározott, de egyre bővülő körben rendelkeznek önálló döntési hatáskörrel.

Általános gazdaságpolitikai cél, hogy a gazdálkodó szervezetek gazdasági lehetőségeiket kihasználják. A gyógyszertári központok bár elsődlegesen egészségügyi szervek, egyúttal gazdálkodó szervezetek is és nem mindegy, hogy a gyógyszerellátást milyen hatékonysággal biztosítják. Hány kisforgalmú, — kapacitásban bővelkedő — gyógyszertárat tartanak fenn a központok, különösen egyes elszigetelt területeken, a lakosság gyógyszerellátása érdekében, miközben olyan jellegű kielégítetlen szükségletek vannak, amelyek nemcsak hogy nem idegenek a gyógyszerellátástól, de kielégítésük előbbre vinné a lakosság egészségügyi kulturáltságát is.

Ami a gyógynövény kérdést illeti magam inkább abban látok problémát, hogy a kereskedelemben fogyasztói áron szerezhetők be egyes gyógynövények, amelyek térítési díjért a gyógyszertárakban nem férhetők hozzá.

Nem szállnék síkra az „indikációs elnevezésű" teakeverékek *kizárólagos* gyógyszertári forgalmazásáért. Nem azért, mert központunk szorgalmazza a Fitotéka üzlethálózat kiépítését, hanem, mert ezek az erős hatású drogot nem tartalmazó keverékek, — mint azt e terület szaktekintélyei is megállapították — elsősorban pszichoterápiát kiegészítő „gyógyszerfélék". A gyógyszertárak kizárólagos forgalmi körébe pedig csak a szoros értelemben vett „gyógyszereket" javasolom szerepeltetni. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy nem értek egyet a gyógynövények gyógyszertári forgalmazásának elősegítésével.

Zárójelben jegyzem meg, hogy újabban szakmai körökben egyre gyakrabban használják a gyógyszerfélékkel kapcsolatosan a „paramedicinális" jelzőt, amit magam is kifejezőnek találok. Az 1983. évben kiadott „Új orvosi szótár"-ban azonban e címszó alatt az alábbi meghatározás olvasható: „az orvostudomány álláspontjával nem egyező gyógykezelés". Jó lenne, ha a Szakmapolitikai Bizottság oda tudna hatni, hogy ez a szó a mi értelmezésünkben kapjon létjogosultságot.

Mint ahogyan hozzászólásomban már említettem a gyógyszertárak, a gyógynövényszaküzletek és drogériák forgalmi körének rendezése komplex megítélést igényel. A gyógynövényszaküzletek és drogériák „üzletkörét" meghatározó jogszabályok ugyancsak meglehetősen régiek. 1959-ben jelentek meg.

A gyógynövényszaküzletek a vonatkozó rendelet mellékletében felsorolt nem erős hatású drogokat, valamint az Egészségügyi Minisztérium által engedélyezett gyógyteakeverékeket kizárólag kiszerelt, zárt csomagolásban árusíthatják, keveréket tehát nem készíthetnek, gyógynövényt nem szerelhetnek ki.

Igen sajátságos, hogy a forgalmazható gyógynövényeket, gyógyteakeverékeket „gyógyászati cél-

ra nem ajánlhatják". A forgalmazható egyéb áruk köre — melyekre itt most nem kívánok kitérni — meglehetősen szűk.,

Annál tágabb és heterogénebb a drogéria szaküzletek üzletköre, amelyek a vonatkozó rendelet mellékletében felsorolt vegyszereket — nem gyógyászati célra — előirat alapján keverhetik, hideg úton előállíthatják. Forgalmazhatnak olyan egészségügyi cikkeket, gyógyászati segédeszközöket mint például a ragtapasz, a sebbenzin, a bórvazelin, a gyógyvíz, a Sterogenol oldat, a mentőláda, a gyógyszappan, a rugalmas pólya. Árusíthatnak nem steril vattákat és kötözőszereket, fertőtlenítőszereket, engedélyezet rovar- és rágcsálóirtószereket. Forgalmazhatják a gyógynövény-szaküzletek üzletkörébe tartozó gyógynövényeket és engedélyezett gyógyteakeverékeket! Végül — de a felsorolást közel sem kimerítve — árusíthatnak minden cikket, mely az illatszerboltok üzletkörébe tartozik.

Úgy gondolom e szemelvények minden kommentár nélkül bizonyítják a javasolt komplex rendezés időszerűségét.

Vitkóczy Margit
gyógyszerész — főmunkatárs
a Fővárosi Tanács Gyógyszertári Központja

TECHNIKAI FORRADALOM A VÉNYEK ÁRAZÁSÁBAN

Pharm. J. *232* (6270), 354—355 (1984).

Az elmúlt évben több, mint 334 millió vényt áraztak kézzel. A számítógépes vényárazás azonban terjedőben van; már Anglia több városában működik egy-egy kirendeltsége. Minden hónapban egyszer a közforgalmú gyógyszertárak átadják leszámlázandó vényeiket bizonyos előírt csoportosításban. Átvételkor egyeztetik a vények tényleges számát a feltüntetettel. Ezután történik a hatóságilag megadott árak szerinti kiárazás. Egyidejűleg ellenőrzik az ún. alaki kellékeket (pl. orvos aláírása, gyógyszertár bélyegzője stb.). A vények mintegy 96%-a árazható pótlás nélkül. Négy hónap után tanul be egy árazó, de 18 hónap kell ahhoz, hogy igazán jól tudjon dolgozni, napi 2000 vényt áraz. A gépkezelők ennek hatszorosát: 12 ezret dolgoznak fel, ezért vannak kevesebben. A teljes személyzet jelenleg 112 fő. Ez a rendszer lehetőséget nyújt különféle utilizációs vizsgálatok elvégzésére. Ez utóbbi szempontból 18,5 millió vény került feldolgozásra, több, mint 16 ezer orvos által felírva. A továbbiakban részletesen leírja a szervezet felépítését és működését. Figyelemreméltó az a törekvés hogy a leggyakrabban előforduló gyógyszereknek egyszerű kódszámot adtak; ezzel elérték, hogy azokat könnyű fejben megjegyezni. Így emelkedik a feldolgozás sebessége. A hardware Honeywell gyártmány (77).

Kempler Kurt

ÚTMUTATÓ A KISZOLGÁLTATOTT GYÓGYSZEREK FIGYELMEZTETŐ ÉS TÁJÉKOZTATÓ CÍMKESZÖVEGEIHEZ

Pharm. J. *232* (6269), 321—326 (1984).

A közlemény egy széles körben alkalmazható figyelmeztető és tájékoztató szövegösszeállítást tartalmaz, amely gyógyszercsoportonkénti beosztást követ. Mellékletként igen sok névszerint felsorolt készítményt mutat be, melléjük rendelve a számokkal jelölt szövegtípusokat. A figyelmeztető és betegtájékoztató szövegek két nagy csoportra oszthatók: 1—18 sorszám alatt a különleges óvórendszabályokat sorolja fel, míg 21—28 szám alatt a használatra, a felhasználhatóság módjára vonatkozóan ad útmutatást. Mind az első 18 típusszöveget, mind a 21—28 sz. alatt jelölteket a közlemény nemcsak szó szerint tartalmazza, hanem az egyes szövegek felsorolása alatt az ok, ill. a magyarázat is — esetenként — megtalálható. Az egyes szövegrészek felsorolása hasonló a világszerte kialakulthoz, így pl. arra figyelmeztet, hogy a gyógyszer szedése (hatása) alatt a beteg ne dolgozzon veszélyes gépen, ne vezessen gépkocsit ne igyon alkoholt stb. Van, amelyik az egyidejű teafogyasztást tiltja, vagy arra figyelmeztet, hogy a beteg az orvos tudta nélkül ne szakítsa félbe a kezelést. A második csoportban azok az utalások találhatók, amelyek pl. a bevétel időpontját írják elő; pl. étkezés előtt, közben vagy után (mennyi idővel) stb. A rendszer alkalmas a számjelek segítségével arra hogy tömör és teljes körű eligazítást nyújtson (78).

Kempler Kurt

MEGJEGYZÉSEK A GYÓGYSZERÉSZEK VÉNYÍRÁSI JOGÁHOZ. EGY KLINIKAI MODELL. *Perchak, G. J.:* Amer. Pharm. *NS23* (2), 8—9 (1983). Bevezetésként — többek közt — a New York Times 1982. márc. 29-i lapszámára hivatkozik, mely szerint 10 érdekelt személyből 6 nem orvossal kívánja „rutin"-betegségét kezeltetni; ennek oka a magas orvosi költség. Az orvosok egy része nem ellenzi a gyógyszerészeknek az egészségügyön belüli, ez irányú szerepének kiterjesztését, viszont ugyanakkor jelentős azoknak az orvosoknak a száma, akik mereven ellenállnak e tekintetben; konzervatív felfogásuk nem fogadja el az ilyen újításokat. Kétségtelen, hogy az orvosi költségek szüntelen növekedése — mely része az egészségügyi kiadások immár nemzeti problémát okozó szüntelen növekedésének — ezzel részben csökkenthető lenne. Mindehhez azonban az érdekelt gyógyszerészek jelentős klinikai képzése szükséges. Ennek részletes feltételeit a szerző leírja. Elképzelése szerint az orvoshoz kerülő betegek esetében is az orvos a diagnózist és más az esettel kapcsolatos fontos adatokat rögzíti; ezzel keresi fel a beteg a gyógyszert felíró gyógyszerészt, aki az adatok alapján kiválasztja a legmegfelelőbb gyógyszert. Szerzőnek elképzelése van arról is, hogyan történik a kórházba felvett betegek gyógyszerelése: itt a kórházi gyógyszertár szerepe lép előtérbe. A javasolt rendszer különféle helyzeteit elemezve a szerző előre választ ad az ellenvetésekre. A szaklap szerkesztőségének megjegyzése szerint fentiek a szerző saját elképzeléseit tartalmazzák (1151).

Kempler Kurt

Hozzászólás a Szakmapolitikai Bizottság álláspontjához

A Szakmapolitikai Bizottság állásfoglalása, mely a Gyógyszerészet 1984. októberi számában jelent meg, bizonyára sok kolléga érdeklődését felkeltette, nem kevés gondolatot ébresztett, és minden bizonnyal hozzászólásokat is eredményez. Ezért a vitaindítót szerencsésnek tartom, hisz a felvetett kérdések megvitatása, — nem csak a bizottság, a jogszabály alkotók munkáját segíti, hanem a későbbiekben — a közvetlen betegellátásban dolgozó gyógyszerészek szakmai tevékenységét, helyzetét, megbecsülését is befolyásolhatja.

A vitaindítóval — természetesen sok mindenben egyetértek, ezekhez nem fűzök megjegyzést. Vannak azonban olyan megállapításai, javaslatai, amelyeket pontosabban kell fogalmazni, és olyanok is, amelyekben nem osztom a bizottság álláspontját. Ezekkel kapcsolatban a következőkben szeretném a véleményemet kifejteni.

A 187/1955 (Eü. K. 23.) Eü. M. sz. utasítás nem avult el teljesen, hisz a legtöbb bekezdése ma is és még belátható ideig keretét adja a gyógyszerészeti alapellátásnak. Csak egyes bekezdéseit kellene — talán e hozzászólást is figyelembe véve — megváltoztatni, elhagyni, illetve helyettük újakat felvenni.

Mindenképpen kívánatos azonban „árusítási kör" helyett „forgalmi kör"-ről beszélni. A forgalmi kör szabályozását egy szorosan összefüggő fogalom párral kellene meghatározni. A forgalmazandó cikkelemek köre kizárólag, — vagy csak egészen kevés, hagyományosan kialakult kivételtől eltekintve — csak gyógyszertárban tartható, ismert összetételű készítményekből (cikkekből) álljanak. Ezek túlnyomó többségét természetesen azok tennék ki, amelyeket a gyógyszertár köteles tartani, illetve a beteg szükséglete, az orvos kívánsága szerint beszerezni.

Igen kis részét pedig a régebbi FoNo-k, külföldi gyógyszerkönyvek keresett készítményei, talán bizonyos gyógyvizek, stb. tennék ki. A többi készítmény (testápoló szerek, stb.) nagy részük jóllehet a kulturált, egészséges személyiség napi szükségletei közé sorolhatók — a kozmetikai és egyéb kereskedelmi vállalatok profiljába tartozzanak.

Árusításukkal nem indokolt egyetemi végzettségű egészségügyi szakemberek munkaerejét lekötni, más sokkal fontosabb feladatoktól elvonni, következésképpen nincs helyük a gyógyszertárakban!

A gazdaságirányítási rendszerben bekövetkezett változások, annak szabályozói, a nyereség érdekeltséget mint a vállalati magatartás alapját — a gyógyszertári központoknál egyre inkább háttérbe szorítják. Ez a gazdaságpolitikai döntés, mely véleményem szerint a legjelentősebb a gyógyszertárak államosítása óta, végre rá kell hogy irányítsa a gyógyszertári központok vezetőinek, a főhatóság illetékeseinek figyelmét a gyógyszerészet alapvető stratégiai kérdéseinek egységes szemléletére és képviseletére. Ezek egyik legfontosabb területe: a gyógyszerellátás tiszta profilja, amely elsősorban társadalmi érdek, egyben szakmapolitikai alapkérdés, hisz a pálya egészségügyi jellegének megőrzése, és továbbfejlesztése, tiszta integritása lehet csak az alapja a méltó társadalmi megbecsülésnek, a pálya iránti érdeklődés további csökkenése megszűnésének.

A gyógynövény üggyel kapcsolatos felvetéssel alapjában egyetértek, azzal a megkötéssel, hogy jogszabályban kell meghatározni azon gyógynövények körét, amelyeket farmakológiai paraméterek alapján csak gyógyszertárak forgalmaznának, a többit egyéb kereskedelmi profilba kell utalni. Néhány dolgot talán lehetne vegyes profilba vonni.

A gyógyszerbiztonság érdekében tett javaslat — engedélyezett festékek és új ízanyagok vonatkozásában — gondolatilag megalapozott, a gyakorlatba való bevezetésük célszerűsége azonban erősen vitatható. Semmilyen garancia nem várható ugyanis arra vonatkozóan, hogy az engedélyezett segédanyagok nem válnak időszakos hiánycikké, hiányuk csak a bizonytalansági tényezők számát növelné. Nem látszik indokoltnak tehát a gyógyszerbiztonság garanciáit ilyen módon bonyolultabbá tenni.

A profilorientált nyugati gyógyszertár tulajdonos, hogy tőkéjét működtesse, (növelje) egészségügyön kívüli vállalkozásokba is fektetheti pénzét.

Számára teljesen közömbös, hogy ez a terület a bányászat, vagy a gyógyszeripar. Azonban praktikusabbnak, látványosabbnak tűnik a szakmájához „közel álló": kozmetikai, testápolási, vagy éppen paramedicinális szerek, legjobb esetben is csak periferikusnak mondható anyagok forgalmazásában résztvenni. Ez a látvány hatásával — ha éppen találkoznak vele — néhány jószándékú kollégát is megtéveszt, akik ezt a mi viszonyainkra adaptálva — e területben látják a szakma társadalmi, anyagi megbecsülésbeli hiányának pótlékát.

E szemlélet elfogadása, terjedése aktuálisan hibás, stratégiailag felelőtlen, még akkor is, ha ezt némelyek megpróbálják úgynevezett társadalmi igénnyel igazolni, vagy valamilyen, általában külföldi eredetű szólammal alátámasztani.

Az ilyen szemlélet hosszú távon azonban — sohasem hozott jót a gyógyszerészet számára. Ma sem jelenthetnek semmi előnyt a rövid távú ér-

dekkel találkozó, profilhígításra való törekvések, még akkor sem, ha netán — anélkül hogy bárkit is megbántanék — egyesek beállítódásának ez megfelelne.

Az éppen nálunk nemrégen megrendezett FIP kongresszus sok külföldi (nyugati) felszólalója is hangsúlyozta, hogy szeretnék tiszta profilban, az egészségügy szolgálatában megvalósítani szakmai szuverenitásukat, megvédeni egzisztenciájukat, függetlenségüket saját társadalmukban.

A fentiekben kifejtett vélemény alapján — talán nem megalapozatlan az a következtetés, mely szerint a Szakmapolitikai Bizottság akkor szolgálja legjobban a társadalom és egyben a gyógyszerészet érdekét, ha társadalompolitikai érvényű, egészségügyi, szakmai érveket fogalmaz meg, gyűjt össze, koordinál és közvetít az egészségpolitika irányítói, az államigazgatási, valamint az érdekképviseleti szervek felé.

Horváth Béla
gyógyszerész
5/7 gyógyszertár
Győr, Nagy S. u. 30.

A GYÓGYSZERALKALMAZÁS KÖLTSÉGEI ÉS HASZNA

Münnich, F. E.: Pharm. Industr. *46* (3), 234—237 (1984).

A szerző a nemzetgazdaság egyetemi tanára Münchenben. Az egyetemes gazdaság szemszögéből vizsgálja a címbeli kérdést. Az olvasó tájékoztatására előbb felsorolja a költségeket alkotó elemeket (nyersanyag, energia, állóeszköz, tőke stb.) hozzávéve a környezet és a human tényezőt is. A haszon fogalmához a gyógyulás tartozik, annak minden vetületével. Mindezt az egyes orvos vagy kórház sokkal szűkebben értelmezi: csak a maga költségeit veszi figyelembe. Példaként a cementgyártást említi: itt a költségekhez a levegőt a környezetszennyezést is hozzá kell számítani. A gyógyszergyártásnál nem elhanyagolható az az óriási szellemi tőke, amely az előállításhoz és forgalmazáshoz nélkülözhetetlen. A költségekhez a mellékhatások is hozzászámítandók függetlenül attól, hogy pénzben kifejezhetők-e vagy sem. „Oppor tunitásköltség" címen egy további tényezőt sorol ide; mely hasonló ahhoz, hogy a bankban tartott pénz kevesebbet kamatozik mint a jó befektetés. Gyógyszernél: a nem célszerűen alkalmazott szer olyan többletköltséget jelent, amely adekvát terápiával elkerülhető lett volna. Ezt jelenti az is, ha elhúzódik egy új, jó gyógyszer forgalombahozatala. Ugyanakkor a haszon oldalára kell könyvelni a közvetett előnyöket is, mint a kutatási tapasztalat felhalmozódása; itt példaként a számítástechnikát említi. Mindez nemzetközi viszonylatban a piaci versenyben is érezteti hatását. A költség—haszon mérlegnél sokan elfeledkeznek ezekről; leegyszerűsítik a kérdést egy azonos áron forgalomba kerülő jobb készítményre, vagy egy régebbi készítmény árcsökkenésére. Erre extrém példa: egy haldokló számára nyilván sokat, — talán mindent — megér egy számára jó gyógyszer, míg egy 25 éves egészséges ember ezt nyilván alábecsüli. A gyógyszerengedélyezésnél is inkább a tiltás dominál és nem az, hogy az új szerrel milyen többleteredményt lehetne elérni. A mérleget az innováció billentheti át a haszon oldalára, erre nagy szükség van (79).

Kempler Kurt

SAJÁT GYÓGYSZERKÉSZÍTÉS A SVÁJCI KÓRHÁZI GYÓGYSZERTÁRAKBAN

Dolder, R.: Swiss Pharm. *6* (3), 21—23 (1984).

Az elmúlt évtizedek során alapvetően megváltozott az az ok és cél, amiért a svájci intézeti gyógyszertárak gyógyszerkészítő tevékenységet látnak el. A II. világháború előtti időben erre egyszerűen azért volt szükség, mert az ágy mellett szükséges gyógyszerek egy része nem állt másként rendelkezésre. A 40-es és 60-as évek között főleg azért került erre sor mert az így készült gyógyszerek olcsóbbak voltak. A kórházi előiratok közül nem egy annyira bevált, hogy azokat a gyáripar utóbb a közforgalom számára is forgalomba hozta. A 60-as évektől kezdődően új indítékok bővítették a kórházi gyógyszertárak gyógyszerkészítő tevékenységét: kitűnt, hogy egyes betegek speciális igényei másként nem elégíthetők ki. Ide sorolható az is, amikor olyan készítményt kell előállítani, amely korábban készen beszerezhető volt, de gyártását a csekély kereslet miatt abbahagyták. Egy 1983 nyarán készült felmérés mutat erről képet; ebben 28 megkérdezett közül 26 válaszadó adatai szerepelnek. Eszerint a kórházi gyógyszertárak forgalmának átlagosan 10%-a saját előállításból származik. Egy átlagos gyógyszertár 1200 féle készítményt forgalmaz, a legkevesebb 534 a legtöbb 2180 volt. Ebből a 10,2%-nyi saját gyártás, 1% és 21% között ingadozik. A saját gyártás oka: 61%-ban az, hogy nem kapható a készítmény a kereskedelemben (szélső értékek: 3,7%, ill. 98%). 26%-a csak hasonló, de nem azonos összetételben szerezhető be (szélső értékek: 0, ill. 26%); mivel pedig 13% kapható a kereskedelemben, nyilvánvaló, hogy ezeknél csak költségmegtakarítás lehet az ok. 1982-ben el is határozták, hogy a régi Preascriptiones Magistrales (PM) helyett egy modern vényelőirat-gyűjteményt adnak ki Formularum Helveticum (FH) néven. Ez a gyógyszerkönyvben fel nem vett de szükséges előiratokat, a katonai előiratokat stb. tartalmazza. Ez egész Svájc területén, mint normatíva előbbre vinné a gyógyszerkeszítés egységesítését. Az első előiratok megjelenése 1984 nyarán várható (80).

Kempler Kurt