

Szervezési kérdések

A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI GYÓGYSZERKÖLTSÉGEK NÖVEKEDÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKSAJTÓ TÜKRÉBEN

SZENTMIKLÓSI PÁL

Közismert tény, hogy a gyógyszerfogyasztás világszerte évről-évre növekszik. Növekvő irányzatot mutat a széleskörű társadalombiztosítással nem rendelkező tőkés országokban is, jóllehet itt a szükségletek kielégítése a tömegek vásárlóképeségének korlátaiba ütközik. A növekedés azokban az államokban a legszembetűnőbb, ahol a lakosság széles tömegei az intézményes társadalombiztosítás révén, térítés nélkül vagy csupán csekély térítés ellenében jutnak gyógyszerekhez. Az ingyenes gyógyszer lehetősége ugyanis jelentősen felfokozza az amúgy is fejlett gyógyszerigényeket.

A társadalombiztosítás folytonosan növekvő gyógyszerköltségei súlyos terheket rónak az ilyen államok költségvetésére. A probléma tehát komplex módon, részint mint egészségügyi, részint mint gazdasági kérdés jelentkezik.

Helyes-e a gyógyszerigények¹ korlátlan kielégítése az egyén és a közösség szempontjából? Nem vezet-e az egészséget károsító túlzásokra, visszaélésekre? Ez a kérdés a korszerű társadalombiztosításnak s ezen belül a gyógyszerellátásnak egyik sarkalatos, igen kényes és sokszor vitatott kérdése.

Úgy vélem nem lesz érdektelen ezért betekinteni e kérdés irodalmába:

A NÉMET DEMOKRATIKUS KÖZTÁRSASÁGban az egy biztosítottra eső gyógyszerköltség 1953. és 1956. között 16,50 márkáról 22,03 márkára emelkedett. Arra a kérdésre, hogy ezt az illetékesek hogy ítélik meg, igen alapos, szakszerű és sokoldalú választ kapunk a „Das Deutsche Gesundheitswesen” c. egészségügyi és egészségpolitikai folyóirat ide vonatkozó közleményeiben, melyek főbb megállapításait az alábbiakban ismertetem:

A gyógyszerfogyasztás növekedését több szükségszerűen ható tényező indokolja, köztük első helyen a gyógyító tudományok, a gyógyszerkutatás fejlődése. A gyógyszer fontos népgazdasági tényező. A korszerűbb, hatásosabb (és drágább) gyógyszerek alkalmazása az egyes betegségek gyógyításában csak látszólag jelent többletkiadást. Ez utóbbi ugyanis a megrövidített kezelési idő s a biztosabb gyógyulás révén bőségesen visszatérül. Ha meggondoljuk, hogy különböző betegségek modern gyógyszeres kezelése (és gyógyszeres megelőzése) az átlagos emberi életkor meghosszabbodását és ezen belül a munkaképesség korhatárának kitolódását eredményezte, látnunk kell azokat a szinte felbecsülhetetlen előnyöket, amelyet a korszerű gyógyszer jelent az egyén és népgazdaság számára egyaránt [1].

Mindez azonban csak racionálisan rendelt gyógyszerek esetében igaz. Hauschild professzor [2] megállapításával élve: a tudományos alapokra helyezett gyógyszerrendelés mindig gazdaságos és megfordítva. Korunk jellemző tünete, a *farmakomania*, nem mai keletű ugyan, de társadalmi méretű téveszmévé az üzleti alapokon nyugvó tömeges gyógyszergyártás korában fejlődött. Sok esetben az orvost is hatalmába keríti, s betegek kívánságának engedve minden ok nélkül ír fel gyógyszert.

A farmakológus professzornak, akit a társadalombiztosítási szerek gyakran kérnek fel tanácsadóul, a rendelvények tömegébe volt alkalma betekinteni. Számos példát sorol fel, amikor az irracionálisan felírt gyógyszer nem felel meg a terápiás célnak, s részben vagy egészben többletkiadást jelent. (Hatóanyagok hatástani antagonizmusa, szubterápiás adagokban felírt hatóanyag, az anyagok fizikai-kémiai tulajdonságainak figyelembe nem vétele, a hatóanyag vízben oldható származékainak — pl. teofillin-etiléndiamin — felesleges alkalmazása szilárd gyógyszeralakban stb.).

Hauschild professzor állításait sok tekintetben alátámasztja Krautwald [3] közleménye, aki csaknem 60 000 orvosi vény szakmai felülvizsgálásának tapasztalatairól számol be. A vényeken szereplő gyógyszereket — farmakológiai értékelés alapján — négy osztályba sorolta. A különböző minőségű gyógyszerek megoszlása a megvizsgált vények alapján:

I. Farmakológiailag egyöntetűen hatásosnak minősített	53,5%
II. Hatásosnak minősített, de értékesebbel pótolható	31,1%
III. Bizonytalan hatású	10,3%
IV. Hatásosnak nem minősíthető	5,1%

A fentiek alapján a szerző arra a következtetésre jut, hogy az orvosok a gyógyszerek egy részét tüneti diagnózis alapján, a gyógyszer szükségességének, várható hatásmechanizmusának alaposabb megítélése, mérlegelése nélkül rendelik.

Stäps [4] a gyógyszerfogyasztás növekedésének történelmi okait elemezve abból a tényből indul ki, hogy a nagy gyógyszergyárak — csaknem kivétel nélkül — Németország nyugati részében épültek; ezért a NDK gyógyszeriparának kezdetben komoly erőfeszítéseket kellett tennie, hogy biztosítani tudja a lakosság gyógyszerigényét. 1956-ban már 102 gyógyszergyártó üzem működik az NDK területén s a törzskönyvezett készítmények száma: 1300 (Érdekes, hogy ezek közül csupán 450 van vényhez kötve). A forgalomban levő belföldi készítmények — kevés kivétellel —

¹ Gyógyszerigényről és nem szükségletéről van szó (Sz. P.)

alkalmasak arra, hogy a lakosság reális szükségletét fedezzék

A gyógyszerfogyasztás magisztrális aránya — más európai országokkal egybevetve — így alakul:²

Hollandia	90%
Belgium	75%
Anglia	50%
Svájc	30%
N. Sz. K.	10—20%
N. D. K.	11%
Franciaország	5%

Nem a gyógyszergyártásban, vagy a gyógyszerellátásban keresendő az irracionális gyógyszerrendelés forrásai, hanem abban, hogy az orvosok nem ismerik kellően az újabb belföldi készítményeket és azok farmakológiai tulajdonságait.

Fő feladatként a szerző az orvosok fokozottabb farmakoterápiái tájékoztatását javasolja, különös tekintettel az újabb belföldi gyógyszerekre. Szükségesnek tartja azt is, hogy 1—2 évenként olyan zsebkönyvet bocsássanak az orvosok rendelkezésére, amely a forgalomban levő gyógyszereket hatástani csoportokban ismerteti.

NAGYBRITANNIA³ Állami Egészségügyi Szolgálatának (*National Health Service*) gyógyszerköltségei 1949—1956. között 30 millió font sterlingről 57 millióra, csaknem kétszeresére növekedtek. Az 1952-ben bevezetett térítési átalány (vényenként, később gyógyszerenként 1 shilling) ezt az emelkedő irányzatot nem hogy megállította, vagy fékezte volna, de szinte ösztönzőleg hatott a költségesebb gyógyszerrendelésre. Az egy biztosítottra eső vényszám jöhetett csökkent az említett intézkedések bevezetése nyomán, de tetemesen megnőtt a vények átlagértéke.

A brit egészségügyi miniszter 1957-ben külön bizottságot bízott meg azzal, hogy a gyógyszerköltségek alakulásának kérdését vizsgálja. E bizottság most hozta nyilvánosságra végleges jelentését. Figyelemre méltó, hogy a javaslatok homlokterében itt is az orvosok állandó felvilágosítása, a farmakológiai és farmakoterápiái ismeretek elmélyültebb oktatása, ill. felelevenítése áll. Az egészségügyi középiskoláktól kezdve az egyetemeken és klinikákon keresztül a különböző továbbképző tanfolyamokig rendszeresen kell foglalkozni a gyógyszerrendelés korszerű kérdéseivel, beleértve a gazdaságosság követelményeit is — indítványozza a jelentés.

Szükségesnek tartja továbbá olyan független, az orvoskari vezető testületek kiadásában megjelenő szaklap megindítását, amely tudományos színvonalon, a közérdek szem előtt tartásával ismerteti az új gyógyszerkészítmények tulajdonságait és a klinikai kísérletek eredményeit. Az egészségügyi miniszternek az orvoskari vezető testületekkel kötendő kölcsönös megállapodás alapján oda kell hatnia, hogy az orvosok kar önként szabja meg

² Stäps által idézett adat [4]

³ A tőkés országok között Angliában van a legszélesebbkörű társadalombiztosítás, illetve gyógyszerellátás. Az angol egészségügyi szolgálatról áttekintő referátum olvasható az *Orvosi Hetilap* 100 [22] 802 (1959)

az egy vényen rendelhető gyógyszer mennyiség ésszerű korlátozását (pl. egy heti szükségletben). A tájékoztató adatokat (ilyen szempontból) a *National Formulary* további kiadásaiban fel kell tüntetni. Rá kell vezetni az orvosokat, hogy a védett nevek helyett, hivatalos nevükön írják fel a megfelelő készítményeket. A jelentés szerzői, jóllehet az orvosi szabadság elvi alapján állnak, adminisztratív eszközök igénybevételeit is megengedhetőnek tartják olyan orvosokkal szemben, akiknél a vények átlagértéke 50%-kal felülmúlja a helyi átlagot. A gyáriparal kapcsolatban a jelentés azt emeli ki, hogy a gyógyszerrendelés jelenlegi korlátlan lehetősége szinte csábítólag hat az iparra, hogy egyes készítményeit túlzó módon, értékükkel arányban nem állóan hirdesse. Ez elsősorban sok farmakológiaiailag nagyon is kétes értékű, kombinációs készítményre vonatkozik. Kiváncsnak tartja azt is, hogy a gyáripar a „gyógyszerek árát önként mérsékelje.” [5, 6]

A gazdasági kérdések iránt fogékony brit közvélemény igen érzékenyen reagált a Hinchliffe⁴-bizottság jelentésére. Az alsóházban több képviselő szólalt fel a jelentés vitájában. Több — főként munkáspárti képviselő — a gyárak magas haszonkulcsát tették szóvá. A magas gyógyszerárak másik okát abban látják, hogy az angol gyógyszergyárak nagy részében alap kutatás nem folyik. Ezért a gyárak amerikai szabadalmak megvásárlására vannak utalva [7]

MAGYARORSZÁGON mint ismeretes — évről-évre nő a társadalombiztosításban részesülők száma. Míg 1949-ben 3,8 millió lakos volt biztosított (a lakosság 41%-a), addig 1958-ban számuk elérte a 6,4 milliót (65%). Ez a fejlődés magában is növelően hat a társadalombiztosítás gyógyszerköltségeinek alakulására. Az új és drágább készítmények bevezetése a vények átlagértékét növeli. Az alábbi számadatok szerint azonban nemcsak az átlagérték, de az egy biztosítottra jutó vényszám is emelkedő irányzatot mutat.

Az I. táblázatból az is kitűnik, hogy a társadalombiztosítási gyógyszerfogyasztás mutatói az 1957 évben emelkedtek lényegesen.⁵ Ez nyilvánvalóan összefüggésben van az ellenforradalom után kibontakozó, jól megalapozott s a népgazdaságot egyenletesen fejlesztő gazdaságpolitikával, amely a mi területünkön a gyógyszeripar fokozottabb támogatásában nyilvánult meg, és rövid idő alatt számos új korszerű készítmény megjelenését, a hiány- és szűk cikkek számának csökkentését eredményezte.⁶

Gyógyszergyártó iparunknak az utóbbi két évben mutatkozó nagyarányú fejlődése, Gyógyszerkönyvünk *Addendumá*-nak, valamint a FoNo

⁴ Hinchliffe a bizottság elnöke

⁵ Az 1956. (és részben az 1957.) évi adatok elemzésénél figyelembe kell venni az egészségügyi ellátásban az ellenforradalom következtében előállott zökkenőket.

⁶ Amikor a költségemelkedés főokaként a gyógyszerellátás javulását említettem meg, ezzel nem zárom ki az esetleges irracionális, vagy felesleges gyógyszerrendelésből eredő másik tényezőt. Ez utóbbira azonban irodalmi adatokat nem találunk.

I. táblázat

Biztosítottak gyógyszerfogyasztása a gyógyszerári forgalom keretében [8]

Év	Egy jogosultra jutó vények száma	Vények átlagértéke Ft-ban (15% térítéssel)	Egy jogosultra jutó gyógyszerfogyasztás Ft-ban, 15% térítés nélkül
1954	7,2	11,31	69,5
1955	7,1	12,26	74,1
1956	6,9	12,26	71,4
1957	7,8	13,10	87,3
1958	8,0	13,80	94,3

IV-nek hatályba lépése még fokozottabban biztosítja a korszerű és ésszerű gyógyszerrendelés lehetőségeit. A megnövekedett gyógyszerkincs azonban akkor fogja a gyógyítás célját a legmegfelelőbben szolgálni, ha az orvosok és gyógyszerészek együttműködése, tapasztalataik kicserélése ezt elősegíti.

ÖSSZEFOGLALÁS

A társadalombiztosítási gyógyszerköltségek növekedéséről számoltam be a NDK, Nagybritannia és Magyarország egészségügyi szakajtójának devonatkozó közleményei, adatai alapján Ismerttettem a gyógyszerköltségek alakulásának hazai adatait. Az elmondottakból a következő tanulságok kínálkoznak:

1. A gyógyszerkutatás fejlődésének eredményeképpen nagyhatású új gyógyszerek kerültek a gyógyszerkincsbe.

2. A lakosság gyógyszeres szükségletének kielégítése csak azokban az államokban van biztosítva, ahol a gyógyszerellátás széleskörű társadalombiztosítás alapján történik. A korszerű gyógyszerek nagy része ugyanis költséges.

3. A gyógyszerek számának állandó növekedése, s az új nagy hatásfokú gyógyszerek elterjedése fokozza az irracionális gyógyszerrendelés, a *polypragmasia* lehetőségeit. Ezért feltétlenül indokolt és szükséges a gyógyszerrendelés szakmai szempontból való ellenőrzése és főként az orvosok tájékoztatása az újabb gyógyszerekről.

4. A gyógyszerekkel való ésszerű takarékoság, a felesleges gyógyszerrendelés elkerülése egészségügyi és gazdasági érdek egyaránt. Az egészségügyi és gazdasági érdekek szorosan összefüggnek népgazdasági szinten is.

A gyógyszerfogyasztás egyre fokozódó mértéke

egyrészt társadalmi méretű egészségügyi visszaélésekre utal, költségei másfelől az államháztartást feleslegesen és improduktív módon terhelik.

IRODALOM

1. *Stäps R.* Dtsch. Ges. Wes. 13, 1203 (1958).
2. *Hauschild F.* Ibidem 13, 1237. (1958)
3. *Krautwald A.* Ibidem 14, 518 (1959).
4. *Stäps R.* Ibidem 14, 530 (1959).
5. *Lancet* 1959. (I., 36).
6. *Ibidem* 1959. (I., 1035) — 7 *Pharm. J.* 182, 213 (1959).
8. *Népegészségügy* 40, 224 (1959).

ZUSAMMENFASSUNG

Die Ursachen der steigenden Arzneimittelkosten der Sozialversicherung auf Grund der Angaben der DDR, der britischen und der ungarischen Fachliteratur wurden untersucht. Die Schlussfolgerungen sind folgende:

1. In den letzten Zeiten sind neue wirksamere Medikamente als Erfolge der Entwicklung der Arzneimittelforschung in den Handel gekommen.

2. Die Versorgung der Bevölkerung an Medikamenten ist nur in jenen Ländern restlos gesichert, wo die Versicherung die Arzneimittelkosten der breiten Bevölkerungsmassen übernimmt. Ein grosser Teil der gängigen Arzneimittel ist nämlich verhältnismässig kostspielig.

3. Die ständige Vermehrung des Arzneimittelschatzes und die Verbreitung der neuen Arzneimittel, steigern die Möglichkeit einer irrationalen, übertriebenen Verordnungsweise. Es ist deshalb notwendig die Arzneimittelverordnungen vom fachlichen Gesichtspunkt aus zu überprüfen und hauptsächlich die Ärzte über die Wirkungsweise der neusten Medikamente besser zu informieren.

4. Die rationelle Verordnung der Medikamente ist gleichzeitig vom gesundheitlichen und wirtschaftlichen Interesse. Die anhaltende Steigerung der Arzneimittelkosten belastet die Volkswirtschaft und dadurch auch den Gesundheitsdienst unnützlich.

(*Medimex Gyógyszerkülkereskedelmi Vállalat Tudományos Osztálya, Budapest V., Néphadsereg u. 1.*)

Erkezett: 1959 VI. 20

HIPOFIZIS-HÁTSÓLEBENY INJEKCIÓK ELTARTÁSA

A koppenhágai egyetem élettani laboratóriumában Aage Thiel Nielsen vizsgálta a hipofizis-hátsólebeny injekciók tartósságát huzamosabb tároláskor. Alapos irodalmi tanulmányok és gyakorlati kísérletek alapján megállapította, hogy az injekciók hűtőszekrényben 5°C hőmérsékleten 3–4 évig eltarthatók, és hatásukból csak mintegy 5%-ot veszítenek. Hat és 15°C között az eltarthatóság egy évre csökken, 15 és 20 fok között pedig egy hónapi időre. Érdekes a szerzőnek az a megállapítása, hogy magasabb hőmérséklet esetén magasabb pH érték növeli az eltarthatóság idejét. Vizsgálataival bizonyítja, hogy a hipofizis-hátsó-

lebeny injekciókat hűtőszekrényben kell tartani, amint azt a brit gyógyszerkönyv ajánlja.

Öst. Ap. Ztg. 13 323. (1959).

R. B.

A TETRACIKLIN ZAVARJA A CSIRKE-EMBRIÓ CSONTVÁZANAK FEJLŐDÉSÉT. Megállapították, hogy ha az embrió-zsákba 2,5 mg tetraciklint injiciálnak, 24 óra után annak teljes mennyisége a csontokban található, és akadályozza azok elmeszesedését, ill. a vérképző elemek képződését, lassítja a porcképződést.

Angew. Chem. Nachrichten aus Chem. 7, 407 (1959).

K. L.