

A gyógyszerrendelés és -kiadás új szabályai

DR. HARANGI GYÖRGY

1977. január 1-vel jelentős változás lép életbe a gyógyszerellátás két fontos tényezője: a gyógyszerellátás és -kiszolgálás területén. A szerző ismerteti azokat az irányelveket, amelyek az egészségügyi ellátás állampolgári joggá válása kapcsán a jogalkotókat az új szabályok kimunkálása során vezették. Az intézkedések lényege: megszűnik az orvosi vény utalvány jellege, s ezzel igen sok munkaidő szabadul fel a legmagasabb szakképesítésű orvosi és gyógyszerészeti munkaterületeken. Az eddig csak a társadalombiztosítási keretekhez hasonló módon rendelt gyógyszerek 85%-os ártámogatása helyett minden gyógyszer térítési díja a jelenlegi díjnak nagy átlagban 15%-a marad. Az átlagtól lesznek ugyan eltérések, de ezek a lakosság összes terheit nemcsak nem növelik, hanem még — nem jelentős mértékben — csökkentik is. A jogalkotók a térítési arányok megválasztásában arra törekedtek, hogy a legjobban rászoruló, rendszerint idős, idült betegek számára legyen kedvező. Az 1977. január 1-én életbe lépő új rendszer tehát nem csupán és nem elsősorban árváltozást jelent. Ennek megmagyarázása a betegek részére, valamint a túlszabályozás megszűnésével kapcsolatos fokozott felelősség, fokozott helytállást kíván a gyógyszerértékhálózat dolgozóitól: gyógyszerészeitől, asszisztenseitől.

*

Minden olyan rendszer, amely valamilyen társadalmi-gazdasági kapcsolatot fejez ki, függvénye az adott korszak társadalmi, gazdasági viszonyainak. Ez utóbbiak fejlődése, egyre sürgetőbbé veti fel a mindinkább konzerválódó rendszer felújításának szükségességét is.

A gyógyszerért fizetendő térítési díjak, ezzel kapcsolatban a gyógyszerrendelés, gyógyszerkiadás szabályai — 1952 óta kisebb módosításokkal — változatlanok. Ezek a szabályok alkalmazkodtak az ötvenes évek társadalmi szerkezetéhez, egészségpolitikai célkitűzéseiseihez, s alkalmas — az adott időben korszerű — keretet adtak a szocialista gyógyszerellátás megszervezéséhez.

Az 1960-as évek óta egyre gyakrabban és feszítőbben jelentkeztek a rendszer ellentmondásai, s az életbeléptetett kisebb módosító intézkedések sem egyszerűsítették a lakosság gyógyszerellátását.

Az állampolgári jogok kiterjesztése az ingyenes — a gyógyszerek vonatkozásában kedvezményes — egészségügyi ellátás igénybe vételére, 1975 közepétől még jobban sürgette a radikális intézkedéseket. Az évi 160—170 millió vény — egy részének felesleges — kiállítására, feldolgozására, ellenőrzésére és számlázására — az egészségügyi apparátust terhelte, az állampolgári jogok gyakorlásának bürokratikus kötöttségei — a lakosság számára jelentett hátrányt

Hosszasan lehetne fejtegetni, mennyiben vált — az utóbbi időkben egyre inkább — gátjává a racionalizáló törekvéseknek a 25 év alatt megkövesedett gyógyszerár-térítési rendszer — s a tárgyilagosság érdekében elemezni lehetne e rendszer — ma is meglevő — értékeit.

Jelenleg azonban aligha tekinthető legfontosabb feladatunknak a múlt elemzése, s nem volna helyes az sem, ha az 1977. január 1-én életbelépő rendelkezések *kritikai* értékelése kötné le figyelmünket. Napjainkban egyetlen kötelességünk: felkészülni az új rendelkezések végrehajtására úgy, hogy az átmeneti időszakban se csökkenjen a gyógyszerellátás biztonsága és folyamatosága, a korszerűtlen, de rutinnal megoldott feladatrendszer helyébe lépő korszerűbb ellátási formát, átmenetileg se jellemezze a bizonytalanság.

Bizonyára, nem mentesek a hibáktól az új rendelkezések sem. Nem szerezhettünk tapasztalatokat, nem vonhattunk le következtetéseket mások tévedéseiből. Új rendszerünk egyedülálló. Sehol nincsenek ennyire alacsony gyógyszer-„árak” — ezért nem is alkalmazzák rendelkezéseink ezt a kifejezést. (Az ár fogalma összekapcsolódik az érték fogalmával, az új térítési díjnak viszont nincs közük sem a gyógyszer „használati értékéhez” sem az újra termelésükhöz szükséges társadalmi ráfordításokhoz.)

Másik alapvető sajátossága rendszerünknek, hogy olyan körülmények közt jött létre, hagyományok nélkül, sőt, a meglévő hagyományokkal szemben, amikor az egészségügyi ellátással szemben támasztott igények már rendkívül nagyok, és ösztársadalmi szinten jelentkeznek.

A Minisztertanács rendelete, két miniszteri rendelet és két utasítás, valamint a gyógyszerfelhasználás ellenőrzését szabályozó — előkészítés alatt álló — rendelet alkotja a gerincét az új térítésszámítás rendszernek. A gyógyszerárak, térítések rendszerével szorosan összefügg a gyógyszerek rendelésének és kiadásának szabályzata.

A Minisztertanács elrendelte a törzskönyvezett gyógyszerek, az importból származó gyógyszerkészítmények, valamint a gyógyszer-alapanyagokra az új térítési díjak alkalmazását. Ez általában — az ismert kivételektől eltekintve — az 1976. december 31-én érvényes fogyasztói árak 15%-a.

A költségvetés tehát továbbra is magára vállalja a gyógyszerköltségek jelentős hányadát. A beteg átlagosan a gyógyszer *termelői* árának 40%-át fizeti meg, a különbözetet a költségvetés téríti, s ezen felül finanszírozza még a forgalmazás költségeit is. A változás lényegében nem érinti a gyógyszerköltségek megosztásának arányait az állam és a beteg közt. Az *elszámolás módja* egyszerűsödik azzal, hogy — a térítés-

mentes receptektől eltekintve — nem a vény az elszámolás dokumentuma. Miután a receptnek a továbbiakban nincs utalvány jellege, a gyógyszerrendelés, -kiadás szabályozásában előtérbe kerültek a szakmai—egészségpolitikai megfontolások. Ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy a beteg nem „vásárolja meg” a gyógyszert, hanem térítés ellenében „kapja”, nem az árát fizeti ki a gyógyszernek, hanem értékéhez viszonyítva jelképes *térítési díjat* ró le. A korlátozó rendelkezések kialakítása során (az ismételhetőség maximálása, a vény nélkül kiadható gyógyszer mennyiségének korlátozása, a külföldi orvosok vényeivel kapcsolatos megkülönböztetett szabályozás stb.) — az előbbi szempont is érvényesült.

A gazdasági megfontolások azonban nem az egészségpolitikai célkitűzésekkel szemben, hanem azokkal összhangban jutnak érvényre. Például: a vény ismételhetőségének korlátozása elsősorban szakmailag indokolt, az ellenőrzés nélküli gyógyszeralkalmazás veszélyeivel aligha szükséges e helyen foglalkozni; stb.

A gyógyszerek új térítési díjai — a belföldi előállítású törzskönyvezett készítmények vonatkozásában — világos, áttekinthető rendszert alkotnak. Az új térítési díjak a gyógyszerek többségénél pontosan megegyeznek a jelenlegi fogyasztói áruk 15⁰/₀-ával.

Az ötven filléres minimális térítés két forintra való növelését két körülmény indokolta. Egyrészt nem lett volna reális figyelmen kívül hagyni azokat a változásokat, amelyek az elmúlt 25 év során, az árak és jövedelmek vonatkozásában bekövetkeztek. Másrészt, — s ez a kérdés praktikus oldala: a bevezetés időpontját ezáltal függetleníteni lehetett a költségvetési megfontolásoktól. Jól lehet, az 1975. évi gyógyszerfelhasználás összetételével és forintértékével számolva, így is a pénzügyi egyenleg lakossági megtakarítást, következésképpen költségvetési többlet terhet mutat ki, ez azonban nem olyan mértékű, hogy népgazdasági szinten a döntést érdemben befolyásolta volna. Nem bizonyos viszont, hogy az 1977. évi népgazdasági tervben lényegesen nagyobb gyógyszer többletkiadások viselésére is vállalkozhatott volna költségvetésünk.

Körülbelül 40 készítmény térítési díja nem egyezik sem a 2.— forintos minimummal, sem a fogyasztói ár 15⁰/₀-ával. Némelykor ugyanis két vagy több, lényegében azonos — de eltérő hatóanyagtartalmú vagy csomagolású — készítmény térítési díját egyaránt 2.— Ft-ban kellett volna meghatározni, s bár a térítési díjak nem fejeznek ki semmiféle értékviszonyt vagy értékarányt, még sem lett volna célszerű a legszembetűnőbb aránytalanságokat figyelmen kívül hagyni.

A korrekciók — általában 50 filléres, 1 forintos nagyságrendben — felfelé történtek, mivel két forint alatti térítési díj a rendelkezések szerint nem állapítható meg. Az ebből származó

többletbevétel tette viszont lehetővé egyes tartósan — főképp idős korúak által — alkalmazott, viszonylag drága gyógyszerek térítési díjának kedvezményes megállapítását (Dopegyt, Prodec-tin). Ugyanez a többletbevétel a költségvetési forrása a térítésmentesen rendelhető gyógyszerek körét kiterjesztő intézkedéseknek. Ez egyben magyarázat arra is, hogy miért pontosan azokat a betegségeket, tünetegyütteseket preferáltuk a térítésmentességgel, amelyek az utasítás mellékletében szerepelnek. Mivel e célra külön költségvetési keret nem állt rendelkezésre, olyan zárt, jól körülhatárolt, átfedésektől mentes csoportokat kellett találni, amelyekben biztosítható a pénzügyi mérleg egyensúlya — de ugyanakkor azok számára biztosítja a legnagyobb kedvezményeket, akik erre leginkább rászorulnak.

Világosan kell látni és érzékelni, hogy az új térítési díjak bevezetése az ellátás *egyszerűsítését* szolgálja, s ezen keresztül — közvetve — az ellátás javítását is. Ez alkalommal *nem volt cél* — mivel erre a lehetőségek most nem álltak rendelkezésünkre — *a szociális kedvezmények kibővítése*. Tekintettel azonban arra, hogy még a legszigorúbb irányelvek között végrehajtott árrendezések során is — az irányelvekhez legmérebben ragaszkodva is — elkerülhetetlenek bizonyos arányváltozások, ezeket megkíséreltük szociális szempontok érvényre juttatására felhasználni.

A térítésmentes rendelés lehetőségének kiterjesztése a kötszerekre és a szobakteriológiai készítményekre biztosította azt is, hogy a gyógyszer esetében megszűnjön fogalmilag is a vény alapján nyújtott 85⁰/₀-os kedvezmény. (A gyógyászati segédeszközök esetében fennmarad a 15⁰/₀-os térítés gyakorlata.) Bármely gyógyszerért a következőkben tehát — függetlenül attól, hogy vény ellenében vagy anélkül igényli a beteg — vagy a teljes árat (illetve az azt helyettesítő térítési díjat) kell megfizetni, vagy — jogszabály által körülírt esetekben — semmit.

Ezek az intézkedések a lakosság számára érdemleges hátrányt csupán a gyógyvizek esetében jelentenek, mivel továbbra is az eddigi teljes fogyasztói áron kerülnek forgalomba. A kedvezményes beszerzés lehetőségét térítésmentes rendelkezésük biztosítaná, ez azonban szakmailag sem indokolt, s árszintjük sem igényli ezt.

Gyakorlati megfontolások alapján — az ellátás szempontjait figyelembe véve — arányosították a kórházi csomagolású gyógyszerek térítési díjait. Ez az arányosítás értelemszerűen azal járt, hogy a 15⁰/₀-os szintnél — több esetben jelentősen — magasabb lett az új térítési díj. A gyógyszer beszerzésére fordítható költségvetési keretek meghatározásához végzett árszintszámítások ezeket a korrekciókat figyelembe vették, így ennek nem lehet hátrányos hatása.

Az új térítési díjak egységesek mind a járóbetegellátás, mind a kórházi beszerzések vonatkozásában. Nem jelent tehát anyagi hátrányt a fekvőbetegintézeteknek, ha gyógyszer-szükség-

letüket gyógyszerárakból szerzik be. Ennek ellenére nem lenne célszerű, ha az intézetek beszerzési tevékenységében váratlan változás következne be, mivel ez a gyógyszerforgalmazás területén — még nem foganatosított — előzetes intézkedéseket igényelne.

Az alapelvektől eltérően az importált gyógyszereknél — elsődlegesen a tőkés import vonatkozásában — nem lett volna helyes teljesen figyelmen kívül hagyni az értékarányokat. A 15%-os térítési díj meghatározásának alapja a legutóbbi beszerzési árból képzett fiktív fogyasztói ár volt. Az eddig érvényesített rögzített fogyasztói ár nem tükrözhetette a beszerzési árak, illetve a devizaszorzók változásait. Minél hosszabb ideje importáltunk egy-egy gyógyszerkészítményt, annál inkább elszakadt annak ára a tényleges beszerzési költségektől. Mivel az ár és devizaszorzó változások egyaránt jelentkeznek pozitív és negatív irányban, számos esetben olcsónak tűnt az a gyógyszer, ami népgazdasági, illetve devizagazdálkodási szempontból drága — és fordítva, a felhasználó számára aránytalanul drága maradt az a gyógyszer, melynek beszerzési ráfordításai időközben lényegesen kedvezőbbé váltak. A tőkés import-gyógyszereket elsősorban kórházakban használják. S ezen a területen — a költségvetési gazdálkodási formából következően — az árányok szerepe viszonylag erőteljesen érvényesül a felhasználás szabályozásában.

A változások szaldója gyakorlatilag nulla, de az egyes készítmények vonatkozásában az új térítési díjak, az eddigi ár 15%-át lényegesen meghaladják. A szocialista országokból származó import gyógyszerek esetében ilyen feszültségek nem várhatók, mivel az eltérések szinte minden esetben negatív irányban jelentkeznek.

Az alapanyagok térítési díjának meghatározásában számos szempontot kellett figyelembe venni. Ilyen: a több csatornás forgalmazás (belföldi kereskedelem, Herbária), a gyári készítményekkel való arányosítás, a laborációs értékváltozások kiküszöbölése stb. Emellett az érvényes fogyasztói árak is rendelkeznek meghatározó jelleggel egyes esetekben, mivel az irreálisan alacsonnyá váló új térítési díjak már sem szociális, sem egészségpolitikai célokat nem szolgáltak volna. A minisztertanácsi rendeletben meghatározott 30—35%-os átlagos szint az egyes termékek térítési díjának igen jelentős szóródása mellett változott meg.

Bármennyire is szokatlanoknak tűnnek eleinte a gyógyszerári munkában az új térítési díjak — úgy véljük, az átállás problémái elsődlegesen mégsem az új árrendszerből adódnak. A megváltozott térítési díjakat meg kell, és hosszabb-rövidebb idő alatt meg is lehet jegyezni. Az adatrögzítésnél nehezebb feladat viszont a szemlélet változtatás, a gondolkodási mód bizonyos fokú módosítása.

Már önmagában újszerűnek tűnhet a gyógyszerrendelést és -kiadást szabályozó miniszteri rendelet és utasítás szerkezete is. A jogszabá-

lyok szerkezetét, stílusát általában nem szokás értékelni, magyarázni. Jelen esetben azonban a szerkesztést nemcsak jogi, hanem szakmai megfontolások is befolyásolták. A korábbi, ilyen tárgyú jogszabályok két önálló fejezetre oszlottak, az első rész a gyógyszerrendelés, a második a gyógyszerkiadás szabályait foglalta össze. Az új jogszabály nem tagozódik ilyen szempontból fejezetekre. Első olvasásra talán így áttekinthetlenebbnek tűnik, nehezebb az eligazodás benne — könnyebb viszont összefüggéseiben megérteni a gyógyszerrendelés és -kiadás egymástól elválaszthatatlan szabályait. Ez a cél határozta meg a szerkesztés elvét: a gyógyszerrendelés és -kiadás tekintetében tudatlag közelíteni az orvosi és gyógyszerészeti gondolkodásmódot. A gyógyszerész az expedálás során értse is az orvos elképzelését, célját — az orvos a receptírás során érzékeli a gyógyszerész várható reakcióját, eljárását.

A túlszabályozott rendszerekben, a szabályok megértése másodlagos szükségletté válik, a döntési körök bővülésével azonban előtérbe kerül. Az új jogszabályok az eddigieknél kevesebb imperatívust alkalmaznak, s számos eddig szabályozott kérdéstről nem tesznek említést. Sok esetben új marad a hatálytalanított rendeletek, utasítások helyén. Kimaradtak mindazok a tételes szabályok is, amelyek „tankönyvi adat”-nak foghatók fel; a szakmai tevékenység alapjainak nem államigazgatási-államhatalmi úton kell érvényt szerezni.

Az eddigieknél több esetben kell a gyógyszerésznek egyéni mérlegelés alapján döntenie. Önmagában már ez is másfajta felfogást igényel a gyógyszerári munka során. Másrészt viszont fokozottan kell ügyelni arra, amit jogszabályaink tételesen előírnak. Jó rendelkezés az, aminek előírásait elfogadják és betartják — mert azok logikusak és betarthatók, nem mondanak ellent sem a realitásoknak, sem a szűkebben vagy tágabban értelmezett társadalmi, szakmai értékrendnek és értékítéletnek. Reméljük, hogy az új jogszabályok eleget tesznek e kritériumoknak. Ettől függetlenül is azonban, egész gyógyszerellátásunk, s általánosságban a gyógyszerészeti tevékenység megbízhatóságának hitelét rontaná a gyógyszerkiadási szabályok szabatos értelmezése, figyelmen kívül hagyása.

Az új jogszabályok gyakorlati alkalmazása során új fogalmakat kell nemcsak megismerni, hanem helyesen értelmezni is, s egyes régi fogalmakat át kell értékelni.

Újdonság a gyógyszereknek I., II., III. csoportba sorolása. Emellett fennmarad a hagyományos kereszt-jelölés rendszere is. Míg ez utóbbinak alapja a vegyület toxikológiai jellemzője — az előbbi csoportosítás emellett egészségpolitikai célokat is tükröz. Az átállás megkönnyítése érdekében igyekeztünk a „minél kevesebb változtatás” elvét érvényesíteni.

Az I. csoportba — például — a kereszt jelzés nélküli gyógyszerkészítmények közel teljes választéka belekerült, az injekciós készítmények

értelemszerű kihagyásával. A legkirívóbb esetekben került csak kereszt nélküli készítmény a II. csoportba, mint például az Aether ad narcosim, a Chloroethyl, egyes „divatos” gyógyszerek, mint a Cotazym forte draszté, vagy az olyan gyógyszerek, amelyek esetében semmilyen érv sem szolgált a vény nélküli kiadás szükségessége mellett, mint például a Glutarec tabletta esetében. Ugyanígy az erőshatású gyógyszerek közül csak az került az I. csoportba, melyeket jogszabály rendelkezése alapján — meghatározott mennyiségben — eddig is ki lehetett adni vény nélkül.

A III. csoport tükrözi leginkább az egészségpolitikai célkitűzések érvényesítésének szándékát. Olyan hatástani csoportokba tartozó gyógyszerek kerültek általában ide, amelyek vényeinél indokolt a fokozottabb ellenőrzés lehetőségét megteremteni. A visszaélésre alkalmas gyógyszereknél (beleértve egyes antiparkinsonicumokat s kodein-sókat), bővebb indoklás aligha szükséges. Közismert az is, hogy hazánkban indokolatlanul nagy az antibiotikum-felhasználás, s a kortikoszteroidok forgalmi adatai is túlzott mértékű alkalmazásukra utalnak.

Feltételezhetően növekedik a vény nélküli gyógyszerbeszerzés jelentősége is, s ez újabb felelősséget ró az expedáló gyógyszerészre, aszisztensre. Nyilvánvalóan senki sem tekinti kuruzslásnak azt, ha a beteg a gyógyszertárban hashajtót vagy fájdalomcsillapítót kér, s néhány egyszerű kérdés feltevése után eldönthető, hogy az adott választékból melyik gyógyszer a legmegfelelőbb. Ugyanígy nyilvánvaló, hogy egész más megítélés alá esik, ha a beteg által jelzett tünetek meghallgatása után például Panangint vagy Fercupart ajánl a gyógyszerész. Szükséges esetekben természetesen a döntés általában könnyű (bár ilyenkor is felmerülhetnek különleges szempontok), annál körültekintőbb, megfontoltabb, felelős döntés szükséges a határ-estekben.

Érzékelni kell azt is, hogy a vénykötelezettség hiánya csupán lehetőség egyes gyógyszerek beszerzésének egyszerűsítésére, de nem cél, hogy ezzel a lehetőséggel minden esetben éljen is a beteg. Nincs szándékunkban a recept nélkül is kapható gyógyszerek jegyzékét publikálni, azt a gyógyszertárban közszemlére kitenni — a szabad válogatás elősegítésére. A gyógyszerész feladata annak az elbírálása is, hogy egy adott gyógyszerből mennyi lehet a 8—10 napi szükséglet a *vény nélküli* gyógyszerkiadás során.

Szokatlan lehet eleinte, hogy a „vény”-re, annak alakai kellékeire, illetve a rendelt gyógyszerkiadására vonatkozó szabályok csekély kivétellel azonosak, függetlenül attól, hogy azt az állami egészségügyi szolgálat, ill. intézmény orvosai — vagy orvosi magángyakorlat keretében írták. Fokozott gondot igényel az ismétlődés szabályainak gondos figyelemmel kísérése, beleértve azt is, hogy ezeket nem kell alkalmazni az I. csoportba sorolt gyógyszerek esetében.

Soroíni lehetne még az életbe lépő jogszabályok új elemeit, amelyek fokozott figyelmet kö-

vetelnek, s átmeneti nehézségeket okozhatnak. Mind emellett azonban maradnak régi feladatok is — szintén némileg módosult tartalommal.

A gyógyszergazdálkodás feladatai, módszerei nem változnak, csak egy kicsit erre is jobban kell most — átmenetileg — figyelni. Nehéz prognózist felállítani a gyógyszerrendelés, gyógyszerfelhasználás összetételének esetleges módosulására. Mivel tudományos felmérés nem készült még annak megállapítására, hogy milyen tényezők motiválták a gyógyszerfelhasználás jelenlegi összetételének kialakulását, így bármiféle előrejelzést egyébként is a „jóslás” kategóriájába kellene sorolnunk. Nincs szükség azonban sem megalapozott prognosztizálásra, sem jóslásra — figyelni kell folyamatosan a gyógyszerforgalom alakulását, felfigyelni a nem várt jelenségekre, és intézkedni a folyamatos el-látás érdekében.

Megfelelő központi gyógyszerkészletek rendelkezésre állnak, annak érdekében, hogy az átállás zökkenőmentes legyen. A hiánycikk nélküli „aranykor” ideje azonban még természetesen nem jött el. Valamennyi gazdálkodó szerv — gyógyszertárak, megyei gyógyszertári központok, Gyógyáruértékesítő Vállalat — rugalmasságán és figyelmén is múlik, hogy az elkerülhetetlen gyógyszerhiányok mellett hány-szor kell elutasítani a gyógyszerrel igénylő beteget megelőzhető, elkerülhető gyógyszerhiányok miatt.

Új intézkedés az is, hogy a szocialista importból származó gyógyszerek minden tekintetben azonos elbírálás alá esnek a belföldi előállításúakkal. Megszűnnek így azok a rendelkezések, amelyek még néhány — e csoportba tartozó — gyógyszer forgalmazását kijelölt gyógyszertárakra, illetve felhasználását rendelőintézetekre korlátozták. A korlátozás alól felszabadult gyógyszerekre vonatkozó igény növekedése várható, az árufedezet azonban — az idő rövidsége miatt — január 1-ig minden esetben nem volt biztosítható. A megyei gyógyszertári központok ésszerű gazdálkodási intézkedései segíthetnek az ebből adódó feszültségek feloldásában.

Megkülönböztetett figyelmet igényelnek azok a készítmények, amelyek térítésmentes rendelkezésre most nyílik mód, illetve azok, amelyeknek térítési díja csökken. Jogosan váltana ki a lakosság körében kedvezőtlen visszhangot, ha ezek beszerzhetősége erősen akadozna.

Új árak, új térítési díjak megtanulása, új rendelkezések megismerése és gyakorlati alkalmazása, új és más szemlélet kialakítása a gyógyszertárakban, fokozott figyelemmel végzett gyógyszergazdálkodás a gyógyszerellátás minden szintjén — nem kevés és nem könnyű feladat.

Mind emellett sokan aggályosan néznek a jövő elé amiatt is, hogy csökken a gyógyszerkiadás biztonsága. A gyógyszertárban általában nem marad vissza vény, amelyből a téves expedálás utólagosan megállapítható, és a vény adatai segítségével a hiba — esetleg — a beteg lakásán korrigálható. Nincs sehol kimutatás arról, hogy

havonta, évente hány beteget kerestek fel a gyógyszerárak dolgozói okkal vagy esetleg csak óvatosságból, időben vagy már későn Talán nem is olyan nagy baj, hogy a gyógyszerárak elhárításának ez a lehetősége megszűnik, illetve erősen leszűkül. A következmény egyértelmű: minden erőfeszítésnek, szervezési intézkedésnek arra kell irányulnia, hogy a gyógyszercsere lehetőségét és ne következményét küszöböljük ki. A bekövetkezett gyógyszercserek egészségi ártalmait, a beteg otthoni megkeresésével esetleg elháríthatók voltak, az erkölcsi veszteség, a bizalom megrendülése a gyógyszerárakkal, a gyógyszereszekkel szemben azonban nem! Bizunk abban, hogy kialakulnak — a körülmények kényszerítő erejének hatására — azok a racionális szervezési, ellenőrzési intézkedések a gyógyszerárakban, amelyek — érdemleges többletmunka nélkül — növelik az expedíció biztonságát.

A gyógyszerári dolgozók munkabeosztása január 1-ét követően nyilvánvalóan módosul. Megszűnnek a vényekkel kapcsolatos egyes olyan feladatok, melyek szakképzett munkaerők, gyógyszerészek, asszisztensek munkaidejének nem kis részét kötötték le. Előbb-utóbb az új rendelkezések előírásai tudatilag is rögződnek, kialakul a gyógyszerár új munkarendje. Nem mindegy, hogy ebben az új rendben hogyan történik meg a vénykezelésből felszabadult munkórak hasznosítása. Feladat van bőven. Kár lenne — túlzott óvatosságból — egyes rögződött szokásokra, tévesen értelmezett hagyományokra hivatkozva különböző intézkedésekkel átmeneti vagy visszahozni a gyógyszerárakba a túlszabályozott rendszereket.

A gyógyszerárak gyógyszerellátási feladatai egyre bővülnek és bonyolultabbá válnak. Fejlődésünk jelenlegi szakaszában a társadalombiztosítás gyógyszerellátási funkciói formailag is megszűntek. A gyógyszerfelhasználás alkalmas módon való befolyásolása, irányítása, alakulásának ellenőrzése terén növekednek az egészségügyi igazgatás feladatai. E feladatok nem oldhatók meg a gyógyszerárak szakdolgozói nélkül, sőt passzív részvételük mellett sem.

Dr. D. Harangi: *Новые правила назначения и выдачи лекарственных препаратов*

C 1 января 1977 года рецепт врача теряет свой характер ордера, этим самым освобождается много рабочего времени в области работы специалистов с высшим

образованием-врачей и провизоров. По настоящее 85% стоимости препаратов оплачивалось социальной страховкой для застрахованных, 15% — больными. Начиная с этого времени 85% стоимости обеспечивается государством, а 15% и далее — больными. Новая система является не только обыкновенным изменением в цене, но являясь вперед к бесплатному медицинскому обслуживанию населения на высшем уровне на основе гражданских прав.

Dr. Gy. Harangi: *The new regulation of drug prescribing and dispensing*

A major change will be introduced in two important factors of drug supply activities on the 1st of January, 1977, namely in the rules of the prescription of drugs by the physicians and of the filling of prescription and in drug dispensing, in general, by the pharmacist. The author comments on the principles by which the authors of the legal rules have been guided during the elaboration of the new rules, created with respect to the becoming citizens' right the chargefree medical care and low-price drug supply. The fee to be paid for drugs in the pharmacies will be in general about 15% of the present nominal drug prices. The fee will be the same with- or without medical prescription, however such prescription remains compulsory for highly effective drugs or for those which may cause addiction. By the new regulation, high number of working hours of the highest, university-trained manpower of the health services: physicians' and pharmacists' will be economized. The new regulations are not merely and primarily a change in the price system. The task of the licensed pharmacists and pharmacy assistants, but of physicians too will be to explain to the patients the importance and advantages of the new system, which will require increased professional effort and responsibility of licensed pharmacists and pharmacy assistants occupied in the community pharmacy services.

Dr. Gy. Harangi: *Die neuen Regeln der Arzneimittelverordnung und Abgabe*

Am 1. Januar 1977 wird eine bedeutende Veränderung in zwei wichtigen Faktoren der Arzneimittelversorgung: in der Verschreibung durch den Arzt und in der Abgabe von der Apotheke eingeführt. Das Wesen der neuen Ordnung ist: das ärztliche Rezept hört auf Anweisungsschein zu sein, wodurch viele Arbeitszeit wird auf dem Gebiet der Arbeitskreise der höchst ausgebildeten medizinischen Fachkräften, der Ärzte und der Apotheker freigegeben. Die Gesundheitsversorgung wurde eine der Staatsbürgerrechte geworden; das heißt jeder Staatsbürger ist berechtigt unvergaltliche Medizinische Dienste und — gegen eine sehr niedrige Gebührleistung — auch die staatliche Arzneimittelversorgung in Anspruch zu nehmen. Die durch die Staatsbürger zu bezahlende Gebühren werden in der Höhe von etwa 15% der in 1975 geltenden Preise bleiben. Die etwa 85% Unterstützung, die durch die soziale Krankenversicherung gedeckt worden war, wird nunmehr direkt vom Staatsbudget bezahlt. Das neue System ist keineswegs nur eine Preisniedrigung von 85%, sondern soll ein wesentlicher Schritt in die Richtung der Vervollständigung der sozialistischen Gesundheitsdienst ermöglichen.

A FÉRFISZUBFERTILITÁS KEZELÉSE CLOMIPHENNEL

Sas M. és mtsai: *Orv Hetil* 117 (15), 896—98 (1976)

A clomid a nem szteroid ösztrogénekkal rokon vegyület. Hatását a hypothalamus receptorain keresztül fejti ki. Emberben fokozza az LH- és FSH-termelést. A clomifen-citrátot az 1960-as évektől kezdve az anovulációs ciklus és a funkcionális sterilitás kezelésére alkalmazzák.

A gonadotropin-szint a 7—14 napos clomifen-terhelésre a férfiak szubfertililitását befolyásolható esetekben emelkedik. A plazma-gonadotropinok értéke (az ún. „clomifen-teszt”) a kezelhetőségre vonatkozóan

döntő adatokat nyújt. A hatásosság kifejlődéséhez több hónapos kezelésre van szükség. Ez nemcsak a gonadotropin-elválasztást fokozza, hanem a spermogram javulását is eredményezi, ami elsősorban a spermium-koncentráció növekedésében és az icinális motilitás fokozódásában nyilvánul meg. A spermogram javulásának feltétele a reakcióképes germinális hám jelenléte és az obstrukció hiánya. Az olyan hipergonadotrop esetek, amelyekben a clomifen-teszt is negatív eredménnyel zárul, nem alkalmasak kezelésre. A napi 50 mg-mal 3 hónapon át kezelt 21 patospermias férfi közül 3-nak a felesége lett terhes. A clomifen-kezelés alkalmával mellékhatást nem észleltek (118)

Bisztránszkyne