

Jegyzet egy rendelet margójához

A központ és a hálózat viszonyáról

Akik az 1977. évi gyógyszerrendelet utáni időszakban a szakma bármely területén dolgoztak tudják, hogy folyamatosan érlelődött a szándék egy új gyógyszerforgalmazási szisztéma kialakítása irányában. Az igények létjogosultságát alátámasztja az a tény is, hogy szakmánk olyan kiváló személyisége, mint dr. Kempler Kurt már a szolnoki Szervezési Konferencián forgalmazási és szervezeti modell alternatívákat állított fel. Ezzel összefüggésben hadd említsem meg — a teljesség igénye nélkül — dr. Écsy Zoltán, dr. Pávics László, dr. Südy György, dr. Stenszky Ernő, dr. Szendrényi Lajos, dr. Vincze Zoltán vagy dr. Zajta Erik és a gyógyszerészet sok más kiválósága által különböző élő vagy nyomtatott publikációik során e kérdésben kifejtettekét.

Nyilvánvaló, hogy a társadalmi, gazdasági változások felgyorsulásával összefüggésbe hozható ágazati minisztériumi átstrukturálás, a társadalombiztosítás bekapcsolása az egészségügyi ellátás finanszírozásába, a költségvetési átcsoportosítások, a gyógyszerérték tudatosítása mind motíválta az új, 1989. január 9-i rendelkezés bevezetését. Hangsúlyozom, hogy az említett rendelet alapvetően szükséges, jó, számos igen korszerű elemet tartalmaz, bevezetése új törekvések és kezdeményezések lehetőségét villantja fel.

Egyedül a címe nem tetszik. „...felhatalmazás alapján — a belügyminiszterrel, a honvédelmi miniszterrel, a közlekedési miniszterrel, a mezőgazdasági és élelmiszerügyi miniszterrel, valamint a SZOT-tal való egyetértésben — a következőket rendelem”. Sokkal megfelelőbb lenne e helyett „...— az ipari miniszterrel az MTA Gyógyszerésztudományi Bizottságával, a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Szakmapolitikai Bizottságával, Közforgalmú Gyógyszertári és Kórházi Szervezetével, valamint Gyógyszerügyi Szervezési Szakosztályával, a gyógyszerertári központok igazgatóival és az EDSZ-szel egyetértésben, az érintett (eredeti rendeletben felsorolt) tárcák tájékoztatása mellett — a következőket rendelem”.

Mielőtt bárki perbe fogna járattanságomért a rendeletalkotó jogi kötelezettségeit illetően kijelentem, jól tudom, hogy ma egy rendelet megalkotása és kiadása kellően bürokratikus kényszerpályán mozog. Meggyőződésem, hogy a tára mellett dolgozó gyógyszerész — s 4000 fős táborunkból ők vannak legtöbben — ennek isz-sza most a levét. A jogszabályalkotás kényszerpályájának időtényezőjéről csak annyit, hogy — szerény ismereteim szerint — az új gyógyszerrendelet ha nem is minden részletében kidolgozva, 5—6 hónappal a megjelenés előtt már dokumentálva volt, bevezetése, területre való eljuttatása egy-két nap alatt történt. Úgy gondolom — és napjaink eseményei, a széles körű egyeztető szakmai tárgyalások engem igazolnak — ez többet nem fordulhat elő.

Tulajdonképpen amiért tollat ragadtam az nem is maga a rendelet, hanem a következményeként tapasztalható jelenségek. Aggódva figyelem és látom annak jeleit, hogy a szakma többfelé szakad. Más érdekek vezetnek a főhatóságokat, más a társadalombiztosítást, ismét más a gyógyszerertári központok vezető apparátu-

sát, közben a hálózati gyógyszerész — ha néha előbukkanna vény és számlahegy mögül — esküjéhez híven viszi az alapellátást és jogosan érzi úgy, hogy vele kitoltak. Hova lettek azok a szakmai koncepciók, amikért az elmúlt 10—15 évben küzdöttünk. Nevezetesen, hogy a tára melletti gyógyszerész magas szintű hatástani ismereteivel, különös tekintettel a gyógyszerfiziológia, mentálhigiéniés és egészségnevelési tevékenységet is kifejtve, tegyen meg mindent a lakosság egészségi állapotának javításáért.

Úgy gondolom a rendszer jelenleg a feje tetejére állt, vissza kellene fordítani. Mindannyian a beteg ember egészségének helyreállítására esküdtünk, s különböző szinteken végezzük is, de kontaktusa a beteggel a hálózati gyógyszerésznek van. A hierarchiában bárhol máshol helyet foglaló kollégák munkájának csak egy lehet a vezérelve, hogy az alaptevékenységet legmegfelelőbb módon, hatékonyan támogassa. A rendelet bevezetését vagy nem, vagy csak igen megkésve követte az új ügyvitelszervezési metodikák kialakítása. Legtöbb megyében a meglévő szakmai és számviteli szabályzatokat sokszor hetenként, kéthetenként módosítják. A jelentősen megnövekedett adminisztráció terheinek jó része a gyógyszerertárakban jelentkezik, amit nem enyhítenek a intelligens pénztárgépek sem. Elsőként a társadalombiztosítás lépett, amikor deklarálta, hogy a gyógyszerertári központok nyenszámlázási és készletgazdálkodási törekvései racionalizálására irányuló, elsősorban számítástechnikai rendszerek megvalósítását anyagilag is támogatja. Nyilvánvaló, hogy az érdek közös, hiszen a társadalombiztosítás pénzét a gyógyszerertári központ irányításával a hálózat forgatja, nem mindegy, hogy milyen szakmai biztonsággal, de az sem, hogy milyen sebességgel.

A gyógyszerertári központok helyzetfelismerését — saját létjogosultságuk megerősítését — a hálózat kiszolgálásával összefüggő kérdésekben alapvetően kétféle magatartás jellemezte. Az adminisztráció-többletet végezze a hálózat, illetőleg ennek egyes elemeit átvállalja a központ.

Véleményem szerint a harmadik út a helyes. Minden adminisztratív elszámolási munkát végezzen a központ. Természetesen lehet erre azt mondani, hogy az alapidokumentumok a gyógyszerertárban vannak, az elszámolások telepítése nehézkes stb. Nyilvánvalóan vannak szakmai dokumentációs kötelezettségek, amelyek csak helyben oldhatók meg, mint méregkönyv, kábítószer-nyilvántartás, laborációs napló stb., de az anyagi vonzatú elszámolások jelentős része telepíthető.

Meggyőződésem, hogy központ-hálózat viszonyában újra érvényesíteni kell a bizalmi elvet. A gyógyszerész diplomás szakember kapja meg tevékenységéhez a megfelelő jogosítványokat, a szakmai-anyagi felelősség megtartása mellett. Nem kell okvetlenül feltételezni, hogy a munkadíjelszámolásból, a laborációs értékváltozásból vagy a rezsiköltségekből akar megélni.

A recept értékpapír jellegének visszaadásával keletkezett egy alapidokumentum, amit helytől függetlenül bárhol el lehet számolni, összesíteni, szortírozni, feldolgozni, ellenőrizni. Ha ezt a munkát — központi vényszámlázás formájában — a gyógyszer-tári központok végzik, feleslegessé válik az extrahálás, készletváltás regisztrálása a munkahelyen, az ütem-rendelés, mivel mindezeknek az adatoknak a központ birtokában van és a készletet — a gazdálkodáson keresztül vizsgálja pótolni. A kézi eladásban forgalmazott készlet, statim megrendelhető.

Hasonló megfontolásból meg lehet szüntetni a cikklemeles leltárt is.

Bevezethető viszont a — szűrőpróbaszerűen ellenőrzött — értékleltár. A közületi és hiteleszámlotatás, térítés-visszaigénylés sem szükségszerű, hogy a gyógyszer-tárban történjen. A gyógyszer-tárvezető maga válogassa meg munkatársait, élvezzen bizonyos munkáltatói jogokat. Mindezzel szoros összefüggésben a hálózati gyógyszerész felelőssége a lakosság gyógyszerellátásában kapjon egyértelműen kiemelt hangsúlyt.

Nem lehet nem észrevenni, hogy társadalmi, gazdasági folyamataink ebben az irányban haladnak. A privatizációs folyamat a gyógyszerellátás ügyvitel-szervezését kényszerpályára fogja terelni, ehelyett jobb, ha vezényelni tudjuk a változásokat.

Természetesen a gyógyszerforgalmazás magasabb szintjeit sem kerülheti el az átszervezés. Az ellátási érdekek és a gyógyszer-finanszírozásra költött pénz forgási sebessége növelésének szükségszerűsége indokoltá teszi — tárcaközi egyeztetés keretében — a gyógyszergyárak és a GYÓGYÉRT kapcsolatrend-

szert átgondolását. Egyik raktározási vagy ellátási szinttől sem várható el, hogy anyagi eszközeit immobil készletekbe fektesse, erre kizárólag csak szakmai-biztonsági megfontolásból kerülhet sor.

Úgy gondolom, hogy a jelenlegi, alapjaiban és koncepciójában helyes, de nem kiforrott január 9-i rendeletet módosítani csak akkor szabad, ha megalkottuk az új forgalmazási rendszert és meggyőződünk annak működőképességéről.

Én a számítástechnikai és informatikai elemek gyógyszerforgalmazásban való meghonosításának elkötelezett híve vagyok. Óva intek viszont attól minden felelős, döntésre jogosult vezetőt, hogy problémáink megoldását a számítástechnika alkalmazásától várja. Nincs az a software rendszergazda, amelyik egy ilyen kusza, egyes elemeiben irracionális, megyék között is eltérően szabályozott forgalmazási szisztéma informatikai eszközökkel való működtetését garantálni tudná. A szervezési folyamatokat nekünk kell ésszerűsíteni, kidolgoznunk, megvalósítanunk és működtetőképesé tennünk.

A vezérelv egy legyen, figyelemmel a tóra felé.

A mi utunk a legnehezebb, az iskolát mi járjuk először. A távlati koncepciók szerint az integrált egészségügy további szintjeinek társadalombiztosítási finanszírozása megvalósításával a gyógyszerellátás — ami ma az egészségügyi alapellátás egyik stabil pillére — tapasztalatai már hasznosíthatók lesznek.

*Dr. Mikola Bálint
szakgyógyszerész*

6000 Kecskemét, Batthyány u. 15.

Elgondolások a gyógyszerforgalmazás rendszerének korszerűsítéséről

A gyógyszerforgalmazás jelenlegi rendszere a gyógyszer-tárak államosítása (1950) után fokozatosan alakult ki. A gyógyszereket a gyáraktól a Gyógyáruértékesítő Vállalat szerzi be és raktárából szállítja a budapesti, illetve 19 megyei gyógyszer-tári központnak. A központok demigross vállalatként működnek.

A gyógyszerforgalmazás rendszerének jelenlegi problémáit nagyrészt a gyógyszerek alacsony haszonkulcsa és a gyógyszergyárak szállítási anomáliái idézik elő. A problémák másik része azonban a forgalmazási rendszeren belüli okokra vezethető vissza. Ezek a következők:

1. *A GYÓGYÉRT monopol helyzetben van, s a versenytársak hiánya miatt nem kényszerül rugalmas és piacorientált tevékenységre, nagyrészt elosztást végez.*

2. *A GYÓGYÉRT mellett a gyógyszer-tári központok is jelentős készleteket tárolnak a raktáraikban, s ez a kettős nagykereskedelmi tevékenység túl magas készletszintet és nehézkes gazdálkodást eredményez.*

3. *A gyógyszer-tári központok vállalati struktúrájában nem jelentkezik külön-külön az egyes gyógyszer-tárak működésének eredményessége, s így nem érvényesülhet a gyógyszer-tárak egyéni érdekeltisége. A közpon-*

tok irányító apparátusa sok esetben elszakad a gyógyszer-táraktól, tevékenysége öncélúvá válik.

4. *A gyógyszer-tári egyéni érdekeltiség hiánya, a szinte mindenre kiterjedő központi segítségadás és a centralizált irányítás miatt a gyógyszer-tárak vezetőinek legnagyobb része nem szokhatta meg az önálló munkát, hiányzik a kezdeményezés és a vállalkozókedv.*

A gyógyszerforgalmazás rendszerén belüli problémák, illetve az előzőekben részletezett okok megszüntetésére, a forgalmazás korszerűsítésére vonatkozó elgondolások a következők:

I. változat

Az ország területén szétszórtan kialakított 6 nagykereskedelmi vállalat, versenyhelyzetben egymással, közvetlenül látja el az önállóan, magánkézben működő gyógyszer-tárakat.

Ez az elképzelés a lehető legegyszerűbb és legcélszerűbb forgalmazási rendszer, de megvalósítása csak hosszú távon képzelhető el. A létrehozandó nagykereskedelmi vállalatoknak nincs meg a raktárbázisa, a jelenlegi gyógyszer-tári központi raktárak (a fővárosi kivételével) nem alkalmasak a nagykereskedelmi készletek elhelyezésére. Az ehhez szükséges raktárak kiala-