

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS FŐBB TÍPUSAI ÉS A GYÓGYSZERELLÁTÁS HELYE EZEN TÍPUSOKON BELÜL

DR. TORNYOS ZOLTÁN

A szerző munkájában az egészségügyi ellátás társadalmi fejlődésének egyes állomásaira jellemző formákat tárgyalta. Bemutatott öt ellátási rendszert mint fő típust, amelyekbe az egyes országok egészségügyi szervezete — ezen belül is a gyógyszerellátás helyzete — besorolható.

Az egészségügyi igazgatás legjobb feltételei a szocialista országokban adóttak. Az egészségügyi igazgatásban sokoldalúan képzett, az orvos- és gyógyszerésztudományokban jártas orvos és gyógyszerész vezetőkre van szükség. Ezeknek a vezetőknek megfelelő hatáskörrel kell rendelkezniük. Csak így tudják magas szakmai, politikai, egészségügyi szinten teljesíteni feladataikat.

*

Az egészségügyi igazgatás az állam, a hatóságok irányító, rendelkező és végrehajtó tevékenységét jelenti az egészségügy területén. Végeredményben az uralkodó osztály egészségügyi politikájának akaratnyilvánítása, gyakorlati végrehajtása állami eszközökkel Nyilvánvaló, hogy munkánkat, eredményeinket ma már nem elég kizárólag saját múltunkhoz mérni; mércéül egyre inkább a világviszonylatban elért eredményeket kell tekintelnünk. Ehhez természetesen az egészségügy külföldi helyzetének, eredményeinek beható ismerete szükséges [1].

Rövid történelmi áttekintésben vizsgálva az egészségügyi ellátás általános kialakulását, a következőket állapíthatjuk meg:

Már az ókori államok is szabályozták egyes közegészségügyi kérdéseket. Az első szervet, mely az egészségüggyel állami szinten foglalkozott, Poroszországban alapították 1685-ben. A szerv hivatalos neve *Orvosi Kollégium* volt. Ennek feladatai közé tartozott a járványelhárító intézkedések megteremtése, az egészségügyi személyzet felügyelete, a gyógyszertárak felügyelete stb. és végül minden e területekre vonatkozó szabályozó jellegű egészségügyi intézkedés kiadása.

Ilyen és ehhez hasonló feladatok ellátására alakultak később különböző szervek Oroszországban, Ausztriában és hazánkban is. Az orvostudományok fejlődésével létrejöttek, majd egyre bővültek a megelőzés lehetőségei. Kialakult az a jellegzetes szemlélet, mely abból indult ki, hogy az egészség személyi tulajdon. E szemlélet értelmében az egészséget — mint általában a személyi tulajdon — az állam védi, szándékos megromlását tiltja, bünteti. A megromló személyi tulajdonnak a helyreállításáról viszont a tulajdonos saját költségén, maga köteles gondoskodni. Később a szociális gondoskodás szemléletének kialakulása eredményezte, hogy a biztosítóintézetek a betegséggel kapcsolatban felmerülő költségeket részben vagy egészben térítették. Ezzel egyidejűleg az állam egészségügyi vonatkozású feladatai is bővültek: az anya- és csecsemővédelemmel, a

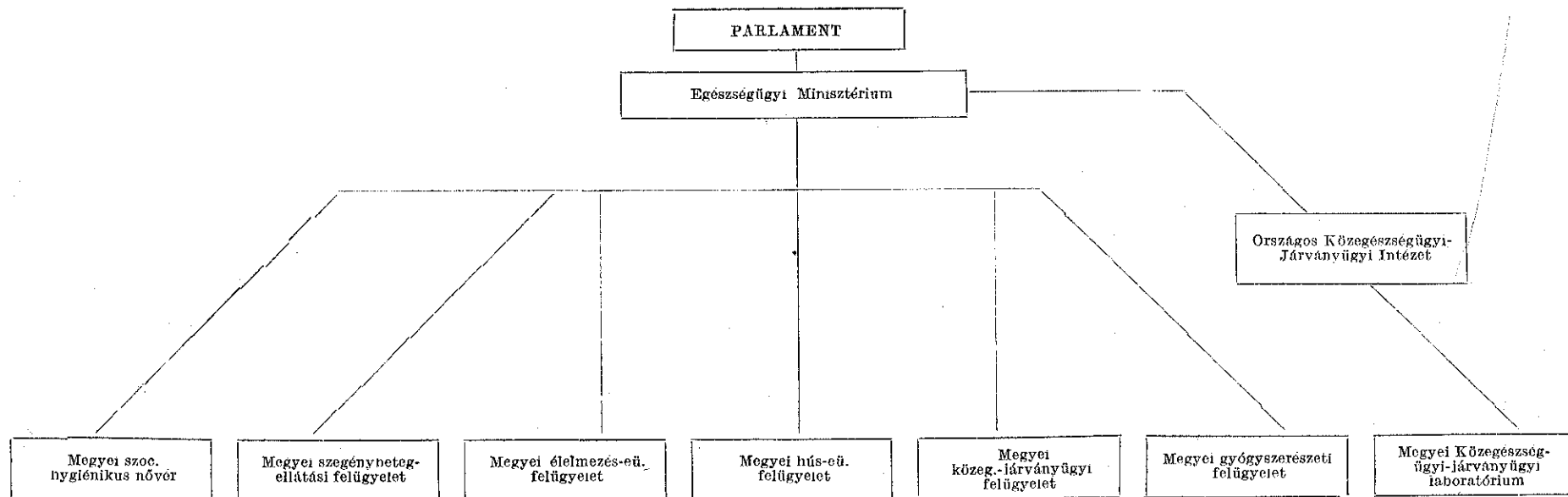
gyermekvédelemmel, a tbc, a rák gyógyításáért folytatott harccal, stb. A fejlődés tendenciája, (ezeken a bonyolult utakon keresztül) arra mutat, hogy az állam, a helyi hatóságok mind nagyobb és nagyobb részt vállalnak magukra az egészségügyi ellátás biztosításából. Ezen az úton a végső állomás: a teljes államosítás, midőn az egészségügyi ellátás minden formáját, a gyógyítás és megelőzés komplexumát egészében és minden részletében az állam igazgatja és nyújtja, költségeit fedezi. Az államnak ez az egyre nagyobb mérvű szociális elkötelezettsége természetesen szükségszerű fejlődési folyamat eredménye. Különösen fennáll ez a társadalmi fejlődés a szocialista, végső soron a kommunista társadalomban [2].

Az egészségügyi ellátás főbb típusait — figyelembe véve a különböző országok egészségügyi ellátási szervezeteit — az alábbiakban ismertetem.

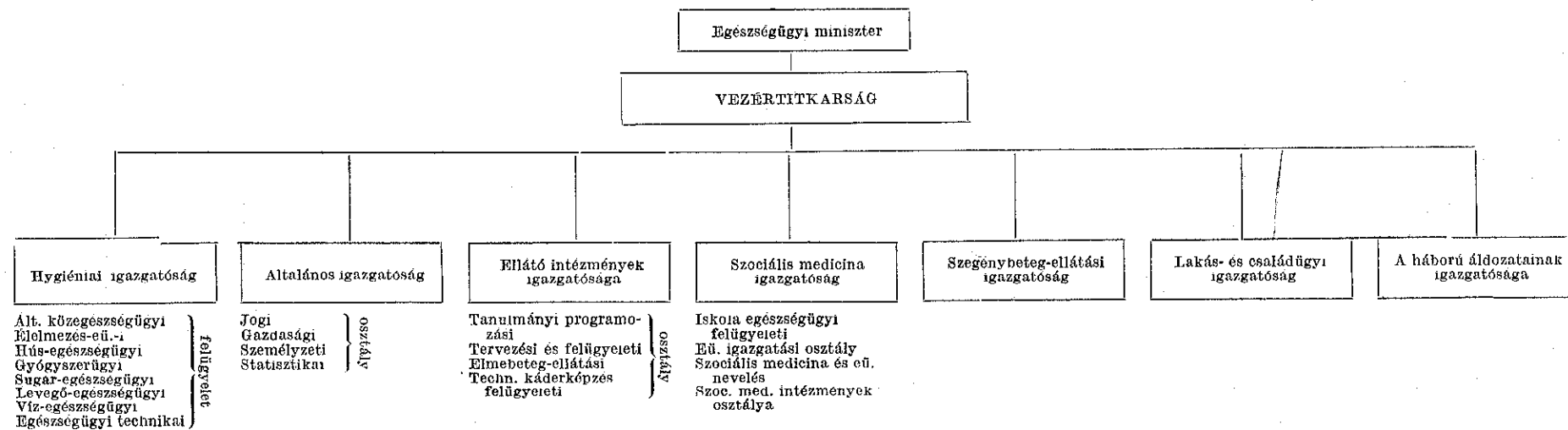
Belgium

Az egészségüggyel kisebb mértékben foglalkozó államok klasszikus példajaként lehet megemlíteni Belgiumot. Ebben az országban az állami egészségügyi apparátus egészen csekély, hatásköre rendkívül szűk, megjegyezve, hogy az egészségügyi személyzet felügyelete csak részben tartozik az igazgatás hatáskörébe (1., 2., 10. ábra 1. sémája). Az egészségügyi és családjogi minisztérium élén a hatalmon levő pártok egyik nem szakember-politikusa áll. Hatáskörébe tartozik a közegészségügyön és járványügyön, valamint a szegénybeteg-ellátáson kívül a gyógyító és megelőző intézmények higiéniai jellegű felügyelete, továbbá a középiskolák felügyelete is. Nem tartozik érdemileg a minisztérium hatáskörébe az orvospérezés, a társadalombiztosítás, a gyógyszerellátás, a járó- és fekvőbeteg-ellátás és a megelőzés. Hatósági intézménye van, mely közegészségügyi-járványügyi laboratóriumi vizsgálatokkal foglalkozik. A minisztérium az egészségügyi működését lényegében véve — eltekintve a közegészségügytől a járványügytől és a szegénybeteg-ellátástól — semmilyen vonatkozásban nem irányítja és felügyeleti jogköre is igen csekély [3].

Alacsonyabb szinten a megyékben 5—7 felügyelet működik, egy laboratórium, sajátos módon mindegyik közvetlenül a minisztérium megfelelő részlegének alárendelten. Egymással semmi kapcsolatuk nincs, többnyire nem is egy épületben vannak elhelyezve. A laboratóriumnak gyógyszerész a vezetője. A közegészségügyi-járványügyi felügyelet vezetője orvos, aki egyben a megye kormányzójának egészségügyi tanácsadója is, de neki alárendelve nincs. A felügyeletnek saját szakterületükön ellenőrzési javaslattevési és jegyzőkönyvfelvételi jogkörrel rendelkeznek, határozatokat nem hoznak.



1. ábra. A belga egészségügy szervezete



2. ábra. A belga egészségügyi minisztérium

Megyei szinten semmiféle egészségügyi igazgatás nincs, így az egészségügyi igazgatás csak kétlépcsős. Az egész állami egészségügyi apparátus mintegy 300 főt számlál, amiből alig több, mint 20 az orvos és 10 a gyógyszerész. Ez az apparátus már létszámánál fogva sem elegendő a mi fogalmaink szerinti egészségügyi igazgatás ellátására. Az anya- és csecsemővédelem területén fennálló helyzet ugyanezt a karakterisztikus képet mutatja, amelyről az előbbieken már szó volt. A gyógyszerellátást a magánkézben levő gyógyszertárak végzik. A gyógyszerekért, melyek a biztosítóintézet listáján szerepelnek, a biztosítottak vényenként magisztrálisért 6, speciálisért 11 forintnak megfelelő fix összeget fizetnek. A krónikus beteg egy térítésért 5-ször kaphatja meg ugyanazt a gyógyszert.

Kisebb, de nem lényegbevágó eltérésekkel hasonló helyzetet találunk *Hollandiában* és *Spanyolországban*, ahol az egészségügy a belügyminisztérium hatáskörébe tartozik. Ezekben az országokban az állami rendkívül csekély mérvű elkötelezettségének számos oka van, köztük az első helyen a munkásmozgalom viszonylagos gyengesége áll. Számos, a fejlődés útjára lépő, nemrég felszabadult országban hasonló az egészségügyi igazgatásának szerepe, illetve helyzete. Ennek oka kizárólag az egészségügyi szakkáderek hiányában keresendő, s így az állam nem képes a korszerű egészségügyi ellátásra és igazgatás kiépítésére [4].

Franciaország

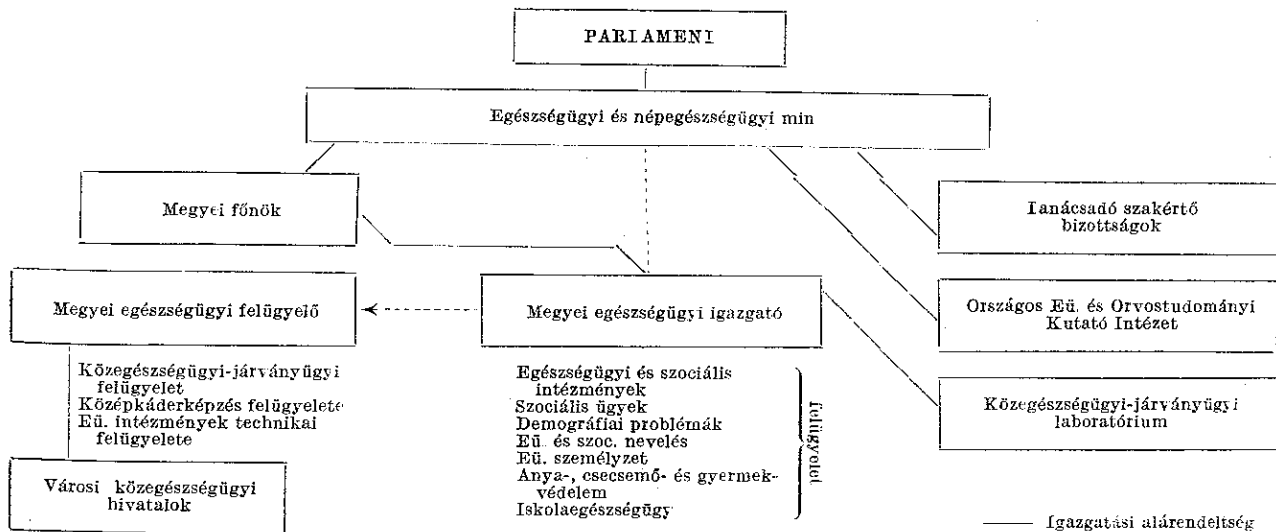
A fejlődés következő lépcsőfokán máris mind az egészségügyi szervezet nagysága, mind pedig hatásköre némileg nagyobb (10. ábra 2. sémája). Ennek a bemutatására választhatjuk a franciaországi egészségügyet [5].

Az egészségügyi és népesedéstudományi minisztérium feladatköre Franciaországban szélesebb, mint az előbb ismertetett Belgiumban. Az ott felsoroltakon kívül hatáskörébe tartozik még az egészségügyi személyzet felügyelete, a kórházak technikai igazgatása és pénzügyi problémái, az anya-, a

csecsemő- és a gyermekvédelem, az ún. szociális betegségek (diabetes, tbc, elmebetegségek, stb.) elleni küzdelem, a vérellátás szervezése, valamint a különböző szociális ügyek. Mindezekben a területeken az egészségügyi szervezet nem igazgatási, hanem felügyeleti jogkört gyakorol. A minisztériumot több, szakértőkből álló tanácsadó bizottság segíti. A területi egészségügyi szervek nem közvetlenül a minisztérium alá vannak rendelve, hanem a helyi igazgatási vezetőknek. A minisztérium szakmai irányelveket ad a helyi, illetve területi szerveknek, de azokat nem utasíthatja. Az egészségügyi igazgatás megyei szinten is jól kiépült (3. ábra). A megyében a megyefőnököknek alárendelt egészségügyi igazgató működik, s mellette egészségügyi felügyelő. A megyei egészségügyi igazgató, illetve részben a több megyét összetegő regionális egészségügyi igazgató már elég jelentős apparátussal rendelkezik. Az igazgatónak alárendelve működik a közegészségügyi-járványügyi laboratórium is. Feladatköréhez a közegészségügyi-járványügyi tevékenységen, a szegénybeteg-ellátáson kívül az egészségügyi személyzet, az anya-, a csecsemő-, és a gyermekvédelem, az iskolaegészségügy, az egészségügyi nevelés, a tbc, a nemibetegségek, a rák, az alkoholizmus és egyéb, ún. szociális betegségek elleni, a mentális egészségért folytatott küzdelem, a kórházügy és középkezelés felügyelete tartozik még.

20 ezernél nagyobb lélekszámú városokban közegészségügyi hivatal működik orvos vezetéssel. A hivatal igazgatásilag a polgármesternek van alárendelve, szakmailag a megyei egészségügyi felügyelőnek. Feladatköre lényegét tekintve elsősorban — ha nem is kizárólag — közegészségügyi járványügyi.

Franciaországban tehát az egészségügyi igazgatás mélységben jobban kiépített és feladatköre — felügyeleti jogkörrel — a preventív munka minden területére kiterjed. Az egészségügyi ellátás Belgiumhoz képest nem két-, hanem már háromlépcsős. Intézményhálózata nincs, a közegészségügyi-járványügyi laboratóriumtól eltekintve, és jogköre is csak ellenőrzésre és javaslattevésre ter-



3. ábra A francia egészségügy szervezeti sémája

jed ki. A gyógyítóintézmények felett csak pénzügyi, technikai és adminisztratív felügyeleti jogkör illeti meg az egészségügy szerveit. Egyébként a gyógyító orvoslással, gyógyszerellátással, mivel az magánjellegű, nem foglalkoznak. Nem tartozik hatáskörükbe az orvos- és gyógyszerészképzés és a társadalombiztosítás sem. Az egészségügyi intézmények jelentős része magánkézben van, de nagyon sokat közülük a társadalombiztosító intézet, vagy éppen az állam tart fenn. A gyógyszerellátást biztosító gyógyszertárak magánjellegűek. Ezek irányításával és ellenőrzésével a megyei egészségügyi igazgató foglalkozik [6].

Franciaorszáéhoz nagyon hasonló az egészségügyi helyzete egy sor más országnak, így *Algériának, Görögországnak, Luxemburgnak, Olaszországnak, Portugáliának, Törökországnak, Ausztriának és a Német Szövetségi Köztársaságnak, Svájcnak és az USA-nak is*. Az egyes országokban a különböző szinteken némi eltérés mutatkozik.

Skandináv államok

A fejlődésben a következő lépcsőfokon az egyes skandináv országok állnak (10. ábra, 3. séma). Legfejlettebb képviselőjük *Svédország*. Államosított egészségügy itt sincs ugyan, de az állami hatóságok szerepe eléri azt a maximális fokot, amelyet államcsítás nélkül elérhet. Az egészségügyi igazgatás itt máj nemcsak a preventív intézmények és intézkedések közvetlen felügyeletére, illetve az utóbbiak megtételére jogosult, de a kórházak, ambulanciák és egyéb egészségügyi intézmények is a helyi önkormányzatok, megyei tisztiorvosok felügyelete alatt állnak. Stockholmban 2 nagy kórház és az elmekórház állami tulajdonban van. A társadalombiztosítás felügyelete is a szociális ügyek minisztériumának hatáskörébe tartozik. Lényegében magánjellegű a betegek or-

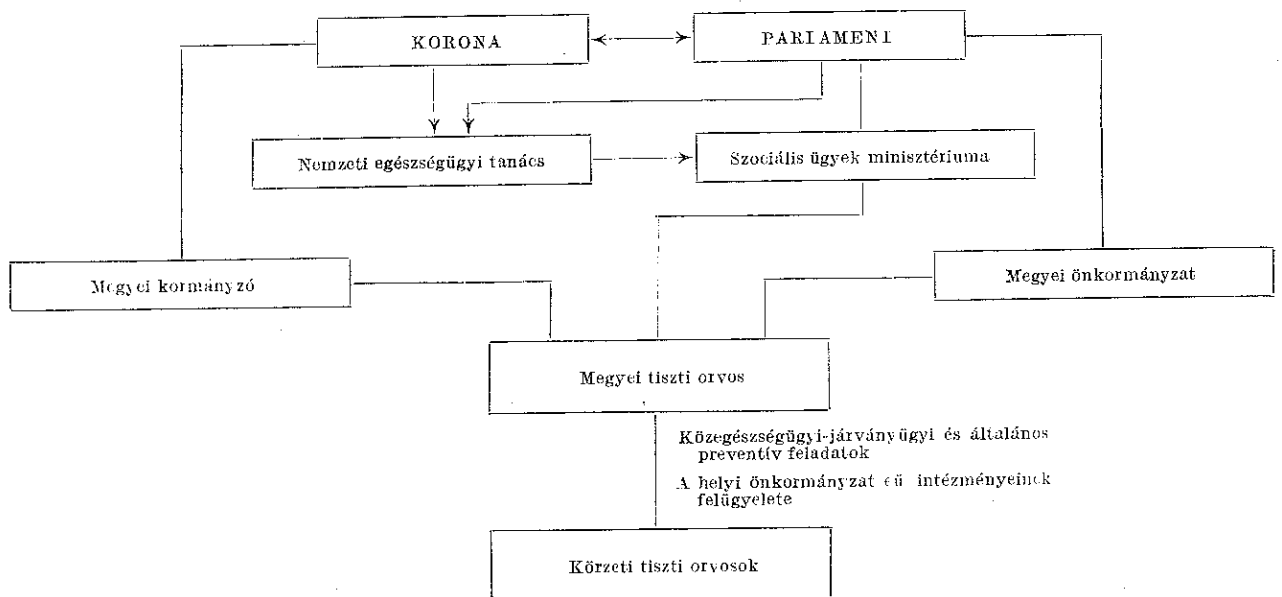
vos- és gyógyszerellátása; ez nem tartozik az egészségügyi igazgatás hatáskörébe, s felügyeletét körzeti tisztiorvosok látják el. Egyéb teendőik még a közegészségügyi-járványügyi feladatok, anya- és csecsemővédelem, iskolaegészségügy, szegénybeteg-ellátás is. Ezeket a megyei tanácstól kapott díjazás ellenében végzik (4. ábra) [7].

Az igazgatás elvét nem érinti s merőben sajátos, a svéd történelemben gyökerező intézmény, a nemzeti egészségügyi tanács, mely közvetlenül a *koronának* és csak másodsorban a *parlamentnek* alárendelt s az egészségügyi törvényhozó, és végrehajtó hatalom tényleges birtokosa. Ennek a minisztérium csak végrehajtó szerve. A többi skandináv országban az állam, a hatóságok súlya az egészségügyben nem ilyen nagy. Így *Dániában* és *Finnországban* pl. az egészségügy a belügyminisztériumhoz tartozik és nincs meg a körzeti tisztiorvosok rendszere sem. *Norvégiában* ez utóbbi megvan; Finnországban a helyi hatóságok mellett közegészségügyi felügyelő is működik. Hasonló a helyzet *Izlandon* is [8].

Anglia

Mind a mai napig az egyetlen tőkés ország az Angol Egyesült Királyság, ahol az egészségügy csaknem egészében államosított. Az egészségügyi igazgatás sémáját (5. ábra; 10. ábra 3. sémája) áttekintve is meggyőződhetünk arról, hogy az egészségügy, éspedig mind a gyógyító, mind pedig a megelőző ellátás, állami feladat. Az igazgatás ennek megfelelően épült ki s átfogja az egészségügyi munka és a szolgáltatások minden területét. Az egészségügynek valamennyi intézménye és dolgozója állami alárendeltségben működik (5. ábra).

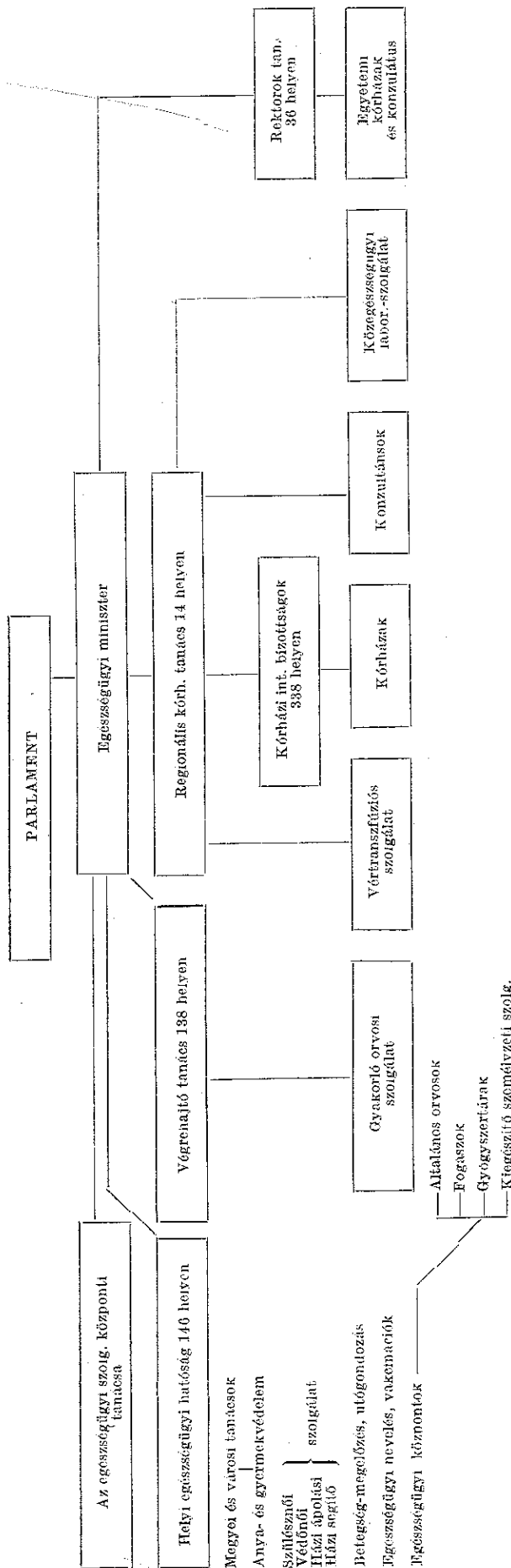
Az államosítás 1948-ban következett be. Az ábra megtekintésekor azonnal feltűnik, hogy a szol-



A múltbeli községi és kórorvosainknak felelnek meg

Gyógyító és megelőző feladatok

1. ábra. A svéd egészségügy sémája



3. ábra. A nemzeti egészségügyi szolgálat szervezete Angliában és Walesben

gálatok között horizontális kapcsolatok nincsenek. Jellemző a széttagoaltság a szolgálatok párhuzamos, három, illetve négy különböző vonalon történő szervezése [9].

A párhuzamosság mélyebben fekvő oka az előzőekben leírt tőkés szemlélet, mely még itt is hat és azt eredményezi, hogy a gyógyítás és a megelőzés teljesen és tökéletesen különválasztott. Míg Svédországban és Norvégiában a két tevékenység bizonyos mértékig összefonódik, addig itt ilyen ötvözőedésnek nyoma sincs. Nemesak a megelőzés van elválasztva a gyógyítástól, de az utóbbin belül a kórházak, gyógyszertárak teljes önállóságot élveznek és független a közegészségügyi szolgálat is. Ugyanakkor még egyszer hangsúlyozni kell, hogy az egészségügyi szolgálat az egészségügyi igazgatás vázára épül fel. Ez az egyetlen tőkés ország, ahol a gyógyító orvosok és a gyógyszerészek is egészségügyi igazgatási alárendeltségben működnek [10]

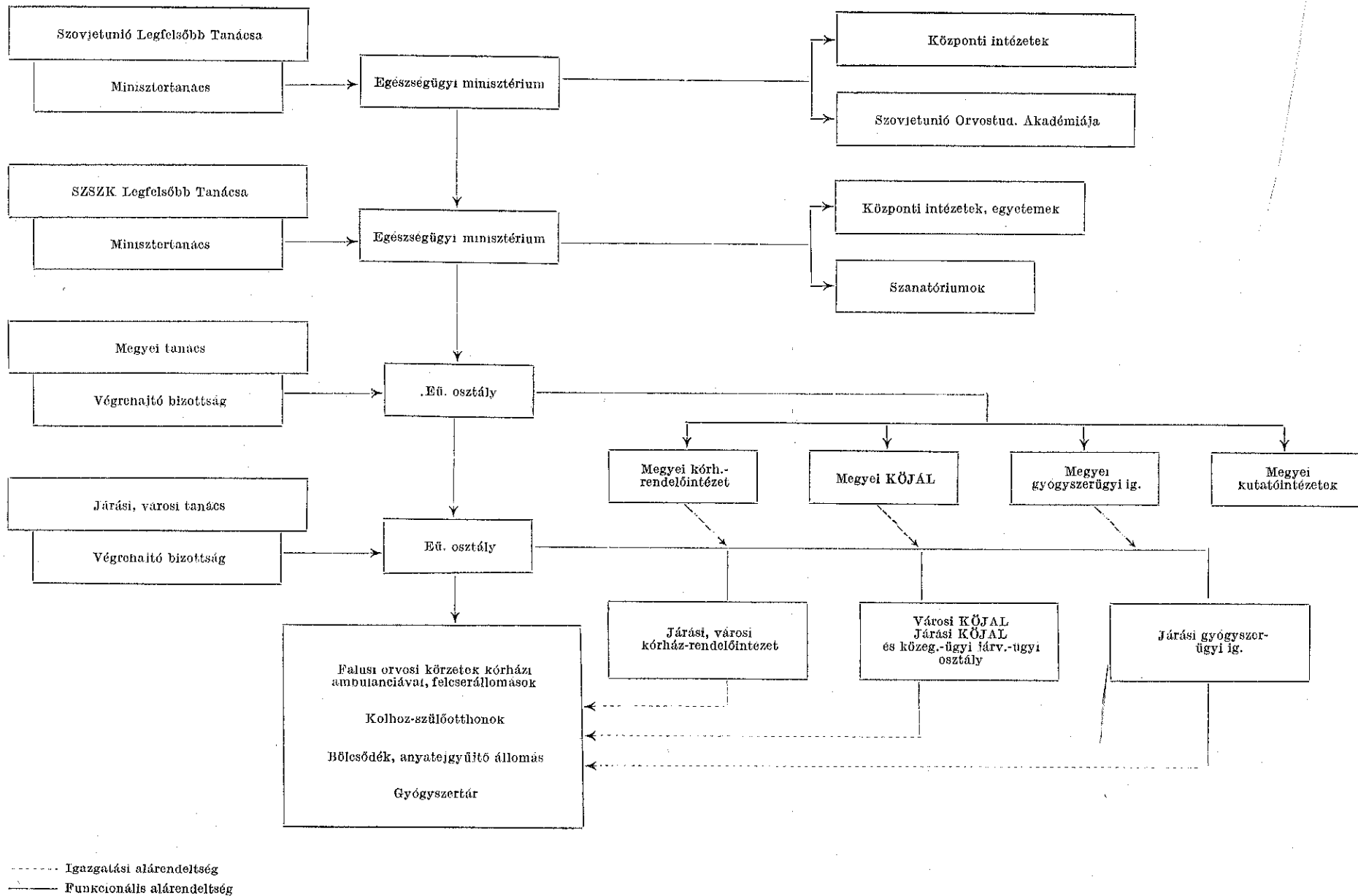
Szocialista országok

Az egészségügyi igazgatás alapelveiben és az ellátásban a legmagasabb lépcsőfokot ma a szocialista országok képviselik (10. ábra, 4. séma). Ezekben az országokban a lakosság egészségének védelméről és szükség esetén helyreállításáról, ugyanígy a szociális gondoskodás minden formájáról az állam gondoskodik. Ezek költségeit az állam viseli, s a szolgáltatásokat intézményei, alkalmazásában levő egészségügyi dolgozói nyújtják

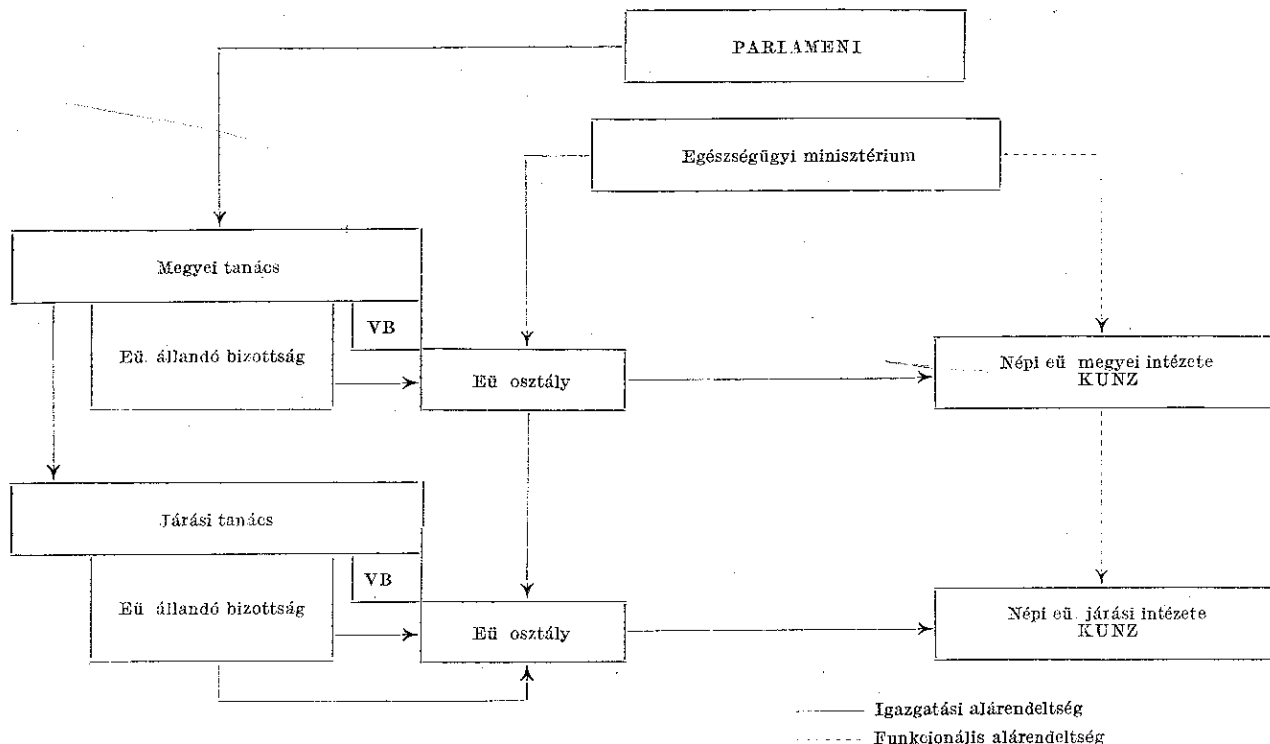
Az állami jelleg, ami a szocialista egészségügy fontos jellemzője, megtalálható Angliában is, nem található meg azonban az egészségügy egysége.

A Szovjetunió egészségügyi ellátását tekintve példának (6 ábra), azonnal szembevetjük a horizontális kapcsolatok sokasága, az intézményhálózat integráltsága egységes igazgatási irányítás alatt. Az egészségügyi igazgatás nemcsak megyei, de magasabb köztársasági és alacsonyabb járási szinten is jól kiépített és teljes intézményhálózattal rendelkezik, amely az egészségügyi ellátás, igazgatás szakmai bázisa. Egyedülálló sajátossága az igazgatásnak és a közegészségügyi-járványügyi szolgálatnak (illetve állami közegészségügyi felügyeletnek), hogy hatósági jogköre van [11].

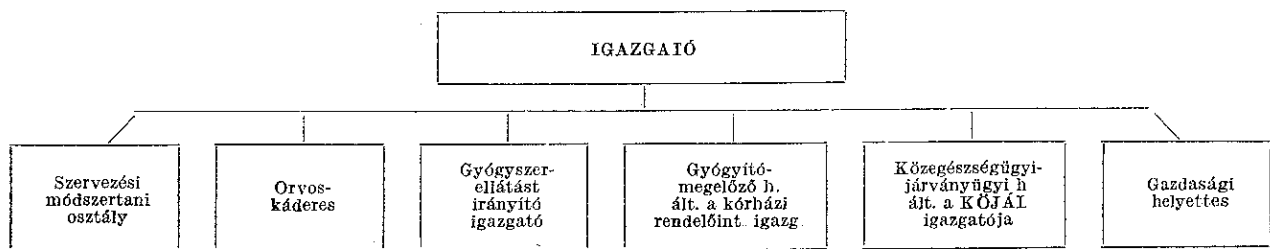
A Szovjetunióban és a többi szocialista országban az egészségügyi igazgatás a történelemben először, teljes hatáskört és ehhez megfelelő szervezetet, jogkört és személyzetet kapott. Anyagi eszközei felett szabadon rendelkezik, személyzetét maga nevezi ki. A magánjellegű tevékenység nem játszik jelentős szerepet az egészségügyi ellátás biztosításában. A társadalmi szervek pedig az állami egészségügyi szolgálat munkáját segítik, az egészségügyi igazgatás központi irányítása alatt. Így mélyre ható különbség van az előzőekben felsorolt egészségügyi igazgatási típus és a szocialista egészségügyi igazgatás között. A többi szocialista országban kisebb, de nem elvi jellegű különbség van az egészségügyi igazgatásban. Így bizonyos változások és sajátosságok jelentkeznek Csehszlo-



6. ábra. A Szovjetunió egészségügyi szervezetének sémája



7. ábra Csehszlovákia egészségügyi szervezétének sémája



8. ábra KUNZ igazgatóság szervezete

vákiában, Bulgáriában, mely sajátosságok nem jelentenek elvi különbségeket [12]. A csehszlovák egészségügy szervezetét és Kunz igazgatóság szervezetét a 7. és 8. ábrán mutatom be [13]. A magyar egészségügyi igazgatás felépítésében (9. ábra) a szocialista elveket tükrözi, de az intézményhálózat integrálása terén bizonyos méretű elmaradottságot mutat [14].

Az áttekintést befejezve megállapíthatjuk, hogy:

1. Az országok egészségügyi igazgatását, az egészségügy felépítését és működését tekintve igen jelentős különbségek vannak.
2. A különbségek okát és magyarázatát elsősorban az országok társadalmi-gazdasági rendjében, az egészségügyi káderellátottságban, másodsorban az ország gazdasági helyzetében, legutolsósorban pedig földrajzi adottságában kell keresni.
3. Az előző pontokban említett okoktól függően az egyes országok a fejlődésnek különböző stádiumait mutatják. A fejlődés a XVIII. sz. elején indult meg, mikor az állam csak közegészségüggyel és járványüggyel, az egészségügyi személyzet felügyeletével, továbbá az ún. szegénybeteg-ellátással és az ezen területekre vonatkozó egészségügyi törvényhozással foglalkozott, így csak később

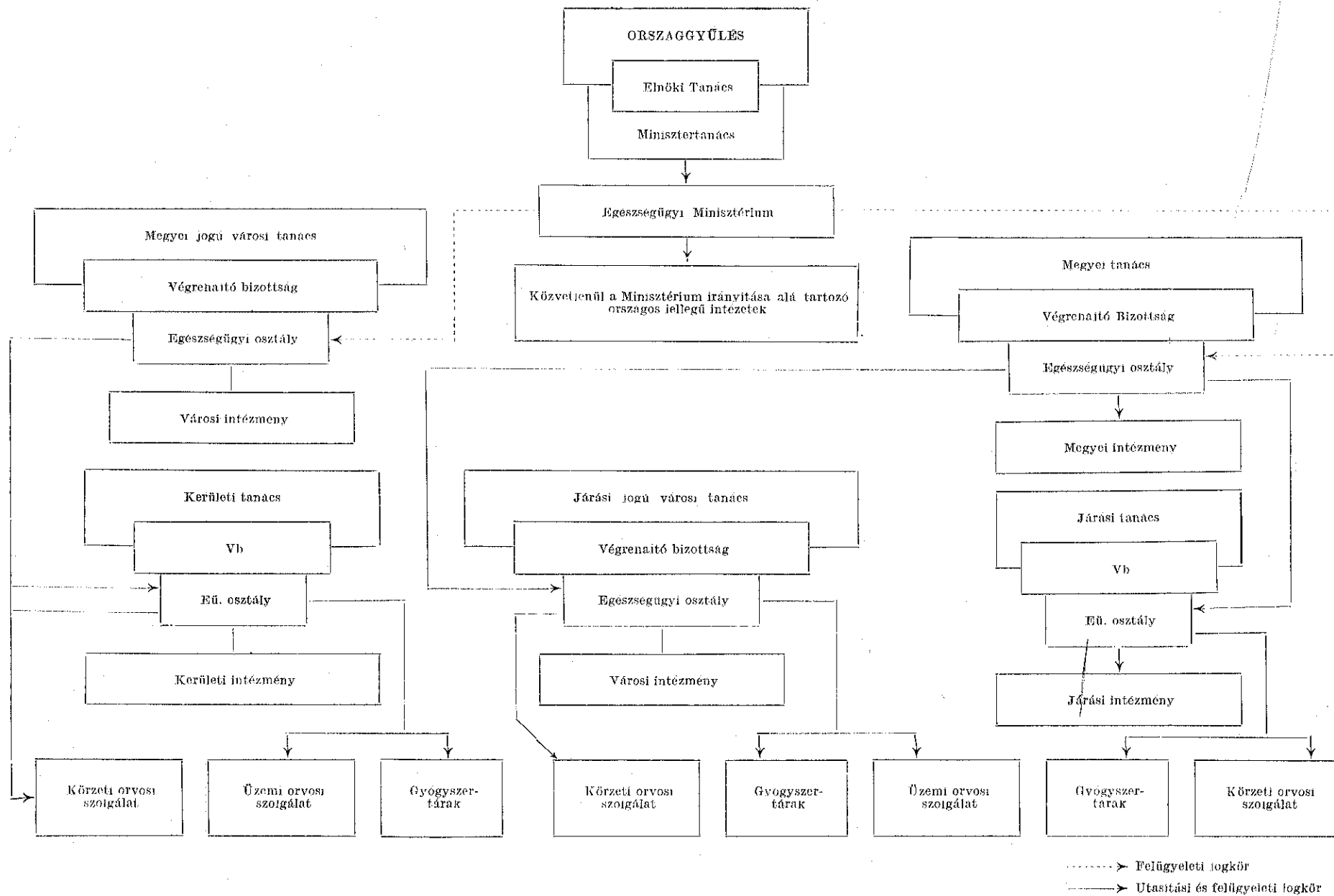
fejlődött az egészségügy teljes államosítása irányában (10. ábra)

4. A fejlődés tendenciáját a 10. ábrán plasztikusan szemléltetem. A fejlődés során:

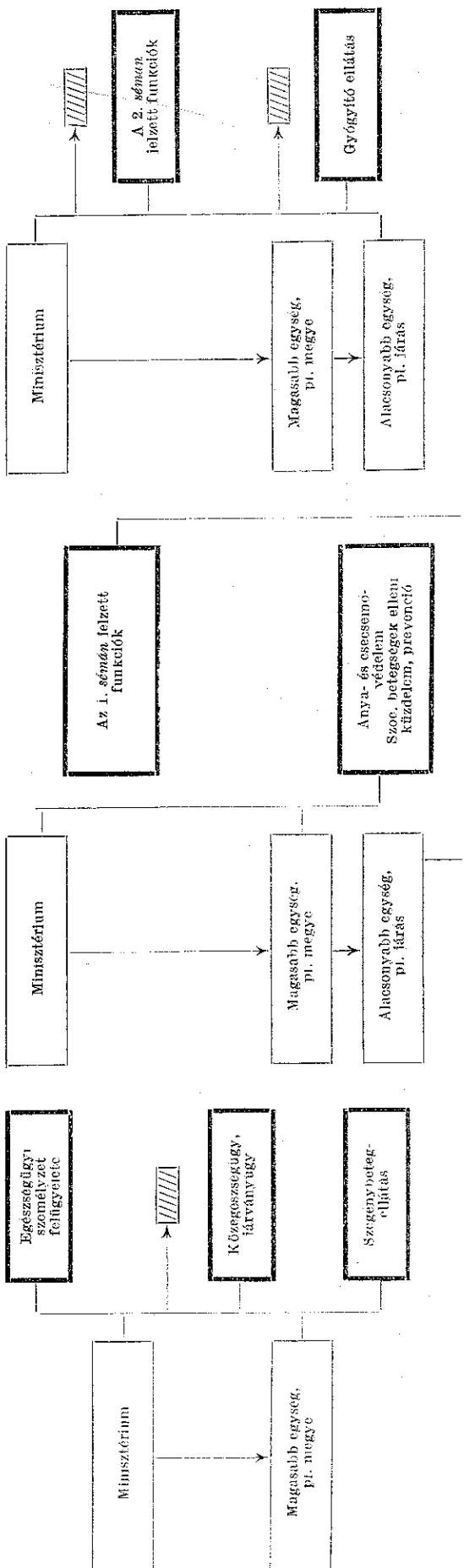
- a) az egészségügyi igazgatás kiépítettsége mélységben előrehalad.
- b) a funkciók köre szélesedik,
- c) az egészségügyi személyzetnek az államhoz való viszonya a teljes függetlenségtől halad az állami alkalmaztatásig és hasonló a helyzet az egészségügyi intézmények tekintetében is,
- d) kialakulnak az egyes tevékenységi ágazatok közötti funkcionális kapcsolatok

5. Az országok egy része átmenetet képez a 10. ábrán sematizált fő típusok között, de jellemző vonásai alapján egyik vagy másik típusba mégis besorolható. Az államosításig eljutott tőkés egészségügy és a szocialista egészségügy között (10., 10/a ábra, 3., ill. 4. séma) alapvető különbség:

- a) az egészségügy egysége (az egységes irányítás, szervezet, célok, feladatok, módszerek), az egyes ágazatok közötti horizontális kapcsolatok hiánya, illetve megléte.
- b) a gyógyító és megelőző egészségügy igazgatásilag is megev szétválasztása, illetve egysége,



9. ábra. A magyar egészségügy szervezeti felépítése

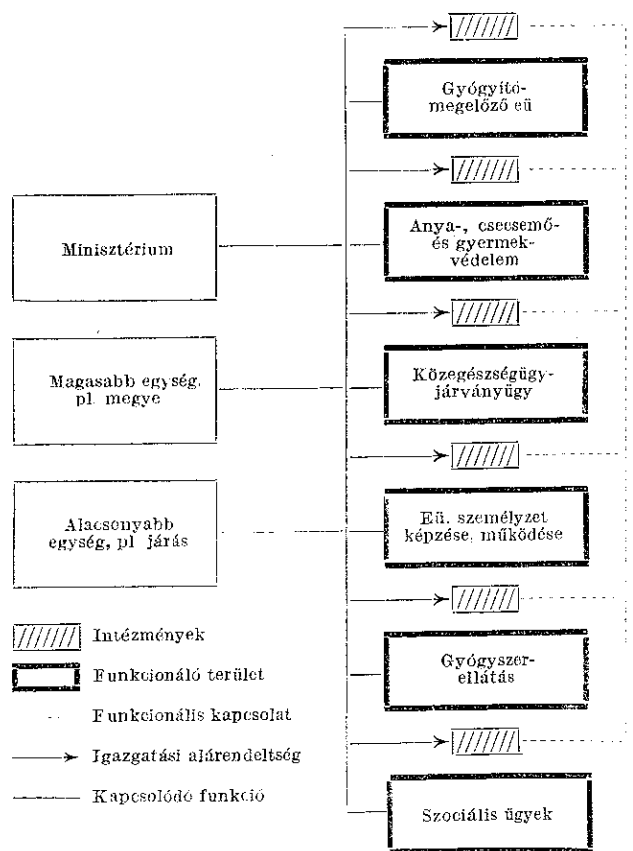


3. séma

2. séma

1. séma

10. ábra. Az egészségügyi ellátás (igazgatás, fejlődésének több stádiuma)



4. séma

10/a ábra. Az egészségügyi igazgatás fejlődésének legmagasabb stádiuma

c) az orvosoknál hiányzó, illetve meglévő hatósági jogkör.

A szocialista egészségügy fő megkülönböztető vonásai e tekintetben tehát az egészségügy egysége és a profilaxis mint az egészségügy, az egészségügyi igazgatás minden területén átható, vezető irányelv. A kiszélesedett feladatkörhöz hatás- és jogkör is társul. Ez utóbbi részben szintén az egészségügy egységének következménye és velejárója

6) Az államosított egészségügy és egészségügyi igazgatás fejlődésében eddig a legmagasabb fokot képviseli. A történeti áttekintés is azt mutatja, hogy a tendencia visszafordíthatatlanul e felé a jelenleg ismert legmagasabb forma felé irányul. Ennek lényege, hogy az egészségügyi igazgatás kezébe veszi az egészségügyi ellátás minden formájáról való gondoskodást és azt biztosítja. Az államosítás azonban még egymagában nem old meg mindent, csak lehetőséget teremt olyan fejlődésre, amely a korábbi stádiumban elképzelhetetlen volt

7. Az egészségügyi igazgatás legjobb feltételei a szocialista országokban adóttak. Az államosított egészségügy legjobb szervezési és vezetési formáit azonban itt is meg kell keresni, ki kell kísérletezni, hiszen az egészségügy történetében ez egészen új forma.

8. Az egészségügyi igazgatásban sokoldalúan képzett, az orvos- és gyógyszerésztudományban,

valamint az általános és egészségügyi szervezés-tudományban jártas orvos és gyógyszerész vezetőkre van szükség. Ezeknek a vezetőknek megfelelő hatás- és jogkörrel kell rendelkezniük. Csak így tudják magas szakmai, politikai, egészségügyi-politikai szinten teljesíteni feladataikat.

IRODALOM

1. Fülöp T.: Egészségügyi szervezés-tan, Medicina (1963). — 2. Fülöp T.: Néhány tőkés ország egészségügyének szervezése OTKI (1962). — 3. Les services de santé en Europe, OMS, Copenhague (1965). — 4. Brewster, A. W.: Bull. Int. Soc. Sec. Ass. 14, 3: 131 (1961). — 5. La sécurité sociale en divers pays du monde. Université Libre de Bruxelles. (Kéziratsorozat.) (1964). — 6. Le rôle d'hôpital dans les programmes de protection de la santé, OMS, Genève (1957). — 7. Albinsson, G.: Public health services in Sweden, Swedish Hospital Ass., Linköping (1963). — 8. Hamilton, J. A.: Patterns of hospital ownership and control, Univ. of Minnesota Press, Minneapolis (1961). — 9. A review of the medical services in Great Britain, London, Social Assay (1962). — 10. Evang, K.: Brit. med. J. 1960, 2, 1365. — 11. Zsuk, A. P.: Materiali pro zdravoohranenu v vazsnejsih kapitaliszticeszkih szttanah, Medgiz, Moszkva (1961). — 12. Cours sur la pratique de la santé publique bulgare Isul, Sofia (1965). — 13. Szanitarное Zakonodatelsztvo, Hronika VOZ, 19, 183 (1965). — 14. Simonovits I.: Társadalom-egészségtan és egészségügyi szervezés-tudomány. Egyetemi tankönyv, Medicina, Bp (1966).

Д-р З. Горнёш: Главные типы обеспечения здравоохранения и место снабжения лекарственными препаратами среди них.

В настоящей работе автор обсуждает формы характеризующие отдельные ступени общественного развития здравоохранения. Он описывает пять систем медицинского-гигиенического обслуживания как основные типы, к которым могут быть отнесены организации здравоохранения отдельных стран — и в рамках этого и положение снабжения лекарственными препаратами.

В социалистических странах имеются лучшие условия управления здравоохранением. В управлении здравоохранением нужны "менеджеры" врачи и фар-

мацевты, которые обладают многосторонним образованием, широкими знаниями в области медицинских и фармацевтических наук. Эти "менеджеры" должны иметь соответствующую сферу влияния и прав. Только таким образом могут на высоком (профессиональном, политическом, гигиеническом) уровне выполнить свои задания.

Dr. Z. Tornóyos: *Types of health service systems and the place of supply with medicines within these types.*

The typical forms of health services corresponding to the different grades of social development are discussed. As main types, five public health service systems are compared in which the health service organizations — and within them the position of the supply with medicines — of any single state may be categorized. The best conditions of public health management are available in the socialistic states. In this system of management, highly and manysidedly trained medical and pharmaceutical managers are needed invested with corresponding powers and authority to take all necessary measures, and to perform their professional, political and humanistic tasks with proper effectiveness.

Dr. Z. Tornóyos: *Die wichtigsten Typen der Gesundheitsversorgung und die Stellung der Arzneimittelversorgung innerhalb von diesen.*

Im vorliegenden Aufsatz werden die charakteristischen Erscheinungsformen des Gesundheitswesens bei den verschiedenen Entwicklungsstufen der Gesellschaft erörtert. Fünf verschiedene Formen des Gesundheitsdienstes werden dargestellt, in welche die Gesundheitsorganisation, sowie auch das System der Arzneimittelversorgung der verschiedenen Länder eingestuft werden können.

Die besten Bedingungen der Gesundheitsverwaltung sind in den sozialistischen Ländern gegeben. In der Gesundheitsverwaltung sind vielseitig gebildete Ärzte und Pharmazeuten als leitende Kader erwünscht. Diesen Funktionären soll entsprechender Wirkungskreis zukommen, damit sie ihre Aufgaben auf entsprechendem hohem beruflichem, politischem und gesundheitspolitischem Niveau meistern können.

(Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszertára
Budapest IX., Hőgyes E. u. 7.)

Érkezett: 1970. I. 2.

ÚJ SZÉNHIDRÁTMENTES MESTERSÉGES ÉDESÍTŐSZER

SACCHARIMID

TABLETTA

Igen gyorsan oldódó, a VI. kiadású Magyar Gyógyszerkönyv követelményeinek megfelelő.

Gyártja: MIKÖV

100 tabletta (műanyag dobozban) * Ára: 3,40 Ft.