Fórum

Gyógyszerészhallgatók oktatása nyári, illetve államvizsgás gyakorlatokon

Dr. Regdon Géza egyetemi docens

Dr. Kata Mihály egyetemi docens

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Karának dékánja, *dr. Minker Emil* tanszékvezető egyetemi tanár — a hagyományoknak megfelelően — az államvizsgák befejezését követően 1983. február 9-én „területi értekezletet" hívott össze Szegeden. A területi értekezlet tárgya az egyetemi hallgatók gyakorlati oktatásáról szóló rendelkezések végrehajtása volt. E megbeszélésre meghívást kapott *dr. Cserháti István*, a SZOTE oktatási rektorhelyettese, továbbá a SOTE Gyógyszerésztudományi Karának dékánja, valamint a 19 megyei és a fővárosi tanács gyógyszertári központjának szakvezetői. A mostoha téli időjárás ugyan némely megye delegációját megakadályozta abban, hogy Szegedre utazhassanak, mégis szép számmal és széles körben sikerült a tervezett témát megbeszélni.

Első napirendi pontként *dr. Kedvessy György* tanszékvezető egyetemi tanár számolt be az 1983. évi államvizsgákról, a gyógyszerészjelöltek gyakorlati és elméleti felkészültségéről. Megállapította, hogy a két vizsgabizottság előtt összesen 88 fő tett vizsgát és a jelöltek vizsgaátlaga 3,24 volt, amely a tavalyihoz képest bizonyos romlást mutat, ezt a viszonylag nagyszámú (10 fős) bukás is indokolja. Hasznosnak minősítette, hogy az államvizsgákat jelentős számú érdeklődő látogatta meg, a kari oktatókon kívül több gyógyszertári központ szakvezetője, oktatógyógyszerésze és örvendetesen a jelenlegi IV. évfolyam hallgatói is. A résztvevők közül többen kifejezték ama véleményüket, hogy a vizsgák nyilvánossá tétele és meghallgatása, ill. azok menetének megismerése hasznos volt számukra, és a vizsgakövetelmények megfelelnek a szakmai elvárásoknak.

Ezután hozzászólások következtek. Ezek részben kapcsolódtak az államvizsgákat ismertető beszámolóhoz, másrészt a fő napirendi ponthoz, azaz miként lehetne hatékonyabbá tenni a nyári, ill. az államvizsgás gyakorlatokon működő fiataljaink foglalkoztatását.

A vitához a SZOTE Gyógyszerésztudományi Kar által összeállított „*Együttműködési megállapodás*" szövegtervezete nyújtotta az alapot, melyet minden érdeklődő megkapott. Ennek részletes ismertetését e helyen nem tartjuk szükségesnek, de utalunk rá, hogy a „... megyei (Fővárosi) Tanács Gyógyszertári Központ igazgatója és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar dékánja között a gyógyszerészhallgatók gyógyszertári gyakorlata tárgyában" jön létre majd a szerződés. A szövegtervezet szerint a szerződő felek megállapodnak abban, hogy ... tanévtől a SZOTE Gyógyszerésztudományi Kar tanrendje által meghatározott időben a gyógyszertári központok részt vesznek a gyógyszerészhallgatók, ill. az államvizsgás gyógyszerészjelöltek gyakorlati oktatásában.

Az együttműködési megállapodás fő célja „a gyógyszerészhallgatók intézményen kívül végzett szakmai gyakorlatának hatékonyabbá tétele, a színvonalasabb gyógyszerészképzés és továbbképzés érdekében az aktív szakmai együttműködés."

A szövegtervezet ezután 14 pontban rögzíti a nyári gyógyszertári gyakorlatok megszervezését, irányítását, ellenőrzését, majd további öt pontban az államvizsgás gyógyszerészjelöltek foglalkoztatásával kapcsolatos lényegesebb szempontokat.

A számos új gondolatot is tartalmazó összeállításból mindössze két kérdéscsoportot ragadunk ki. Ezeket azért is ismertetjük, hiszen az értekezleten elhangzottakat a Gyógyszerészet olvasói további észrevételekkel tudnák még teljesebbé tenni.

1. A Gyógyszertári Központ igazgatója saját hatáskörben a dékánnal egyetértésben felkér egy oktató gyógyszerészt, aki mint oktatási felelős a Központhoz tartozó gyógyszertárakban folyó gyakorlatok szabályszerű menetéről rendszeresen beszámol az igazgatónak. A szakmai feltételek alapján az igazgató javaslatot tesz az oktató gyógyszertárak és oktató gyógyszerészek kijelöléséről. Ugyancsak előterjeszti, hogy képzettség, oktatói készség és etikus magatartás alapján kik legyenek oktató gyógyszerészek.

2. A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tanácsa, valamint a Gyógyszerésztudományi Kar Tanácsa a Gyógyszertári Központot, az oktató gyógyszertárat és az oktató gyógyszerészt a hivatkozott Egészségügyi Minisztériumi Utasításban megállapított erkölcsi elismerésben részesítheti.

Az értekezleten 15 hozzászólás hangzott el. A felszólalók más-más oldalról világították meg az előttünk álló feladatokat. A közös cél megvalósításában teljes nézetazonosság volt, jóllehet az objektív körülményekből és a kialakult szokásokból eredően a segítségnyújtás és segítségkérés eszközei, valamint módszerei eltértek egymástól.

A szövegtervezet szerint a kari oktatók, ill. a Területi Bizottság tagjai vállalják, hogy a gyakorlatok látogatásán túlmenően esetenként konzultációk tartásával is támogatják az oktató gyógy-

szerészek és a hallgatók munkáját. A Kar dékánja az egységes oktatás érdekében a Kar által sokszorosított jegyzeteket térítés ellenében a gyógyszertári központok rendelkezésére bocsájtja a kívánt számú példányban.

A hozzászólásokban szó esett arról is, hogy az oktató gyógyszerészek részére jó lenne, ha a Kar egy-két napos továbbképzést tartana, ill. többen is kérték, hogy az Egyetem képviselőinek területi látogatása gyakoribb legyen. A hallgatók számára hasznos lenne, ha a gyakorlati időt nem csupán egy kijelölt gyógyszertárban töltenék, hanem előre betervezett rotálással egy-egy időszakra (pl. 2 hétre), kifejezetten nagyforgalmú gyógyszertárban is dolgozhatnának. — Elhangzott az is, hogy az orvos-gyógyszerész kapcsolatot segítené, valamint a szakmai ismeretanyagot bővítené, ha az orvostanhallgatók egy rövid időre részt vehetnének az intézeti gyógyszertári munkában, ill. a gyógyszerészhallgatók a kórházi betegágy melletti viziteken.

Többen is hozzászóltak ahhoz a kérdéshez, hogy ki kell dolgozni egy *követelményrendszert* a vonatkozásban, hogy ki tölthet be oktató gyógyszerészi funkciót, valamint a jól végzett munka után milyen elismerésben részesüljön. Az alábbiakban — többek között — *dr. Stenszky Ernő* igazgató-főgyógyszerész, az MGYT főtitkára, *dr. Kata Mihály* egyetemi docens, a Kar dékánhelyettese, és *dr. Kőhegyi Imréné* igazgató-főgyógyszerész hozzászólásaiból idézünk, hozzátéve saját gondolatainkat is.

A sikeres nyári, ill. államvizsgás gyógyszertári gyakorlat legfontosabb *tárgyi feltétele* az alkalmas gyógyszertár. Milyen legyen az oktató gyógyszertár? Mindenképpen meg kell felelnie az érvényes Tervezési Előírásoknak (pl. Kaszanitzky István: Gyógyszerészet 27, 63 (1983) és a szakvezetők által elképzelt szempontoknak: az épület korszerűsége, felszereltsége, változatos vényforgalma stb. A betegforgalom tegye lehetővé, hogy a hallgatóval érdemben foglalkozzanak.

S mi legyen a gyakorlat célja? A hallgató ismerje meg a gyógyszertárat, a gyógyszertári munkát, hasznosítsa az Egyetemen már megszerzett ismereteit, és sajátítsa el azokat, amelyek következő évi tanulmányaihoz, vagy az államvizsga sikeréhez feltétlenül szükségesek (gazdálkodás, adminisztráció, üzemvitel stb.). A hallgató, aki potenciális helyzeténél fogva leendő kolléga, szükséges, hogy a gyógyszerészi szemléletet, gyógyszerészi műveltséget és gyógyszerészi intelligenciát is megszerezze, ill. ebbéli jártasságát növelje.

Kiemelten kell törekedni arra, hogy a betegekkel! ill. hozzátartozókkal való korrekt bánásmódot elsajátítsák. Annál is inkább, mert ez csakis gyógyszertárban lehetséges, az Egyetemen nem, A képzés különböző szintjén levő hallgatókkal természetesen másként kell foglalkozni. Ez attól is függ, hogy asszisztensjelöltként, vagy asszisztensként korábban dolgozott-e már gyógyszertárban.

A gyógyszertári gyakorlat sikeréhez feltétlenül fontos a *személyi feltételek* biztosítása, így az oktató gyógyszerész személye, ill. oktató gyógyszertár közössége.

Az oktató gyógyszerészi megbízást lehetőleg azok a kollégák kapják, akik

— legalább 5 éves szakmai gyakorlattal rendelkeznek,
— szakgyógyszerészi minősítést szereztek, vagy (és)
— gyógyszerészdoktori cím tulajdonosai,
— legalább egy nyelvből olyan nyelvtudásuk van, hogy a külföldi szaklapokban kellően tudnak tájékozódni,
— az előírt módon rendszeres továbbképzéseken vettek részt,
— társadalmi — közéleti tevékenységet végeznek, ideológiai és politikai tájékozottságuk, etikus magatartásuk a fiatalok előtt példamutató!

Végül szakmai önéletrajzot nyújtanának be a Gyógyszertári Központ igazgatójának, aki a felsoroltakat egyedileg bírálná el — főleg a hiányzó kritériumtényezők esetén — és döntene abban, hogy az illetőt megbízza-e 5 évre (vagy rövidebb időtartamra) oktató gyógyszerészi teendők ellátásával, vagy sem.

Harmadik fontos feltételnek a *gyakorlatok jó szervezését* tartjuk. Ez vonatkozik a gyakorlat időpontjának megválasztására és a gyógyszertárban folyó munka megszervezésére. A két Karon azonos évfolyamon kb. 200 hallgató tanul. Mivel egyszerre két évfolyam, a II. és III. évfolyamot végzettek vannak nyári gyakorlaton, ez hozzávetőleg 400 diákot jelent a 20 Gyógyszertári Központnál, tehát központonként változóan, de jelentős számban mintegy 15—60 hallgatóval kell számolni. Ez is indokolja a szervező munka fontosságát. Adott esetben ugyanis egy közepes képességű és érdeklődésű hallgatóval is meg lehet szerettetni a pályát, ha ezt az előző feltételek lehetővé teszik; vagy ellenkező esetben egy kiváló képességűt is ki lehet ábrándítani.

Többen felvetették a gyógyszerellátásban dolgozók társadalmi megbecsülésének kérdését, így elsősorban *dr. Kedvessy György* tanszékvezető egyetemi tanár, az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezet alelnöke és *Szabó Imre* igazgató-főgyógyszerész. Ennek kapcsán a jelenlevők hosszasan értékelték a fiatal diplomások helyzetét, ill. a káderutánpótlás kérdését. *dr. Kedvessy György* és *dr. Bernáth Gábor* tanszékvezető egyetemi tanárok külföldi példákra hivatkozva a hazai új tudományos ösztöndíjas rendszert állították párhuzamba és kérték a kari professzorokkal egyetértésben, hogy a gyógyszertári központok saját erejükből támogassák az ambíciózus fiatal diplomásokat, a volt tudományos diákköri tagokat azáltal, hogy egy vagy inkább két éves időszakra küldjék munkatársaikat az Egyetemre, hogy a gyógyszerészdoktori címet szerezzék meg, és tapasztalatokban gazdagodva térjenek vissza a területi gyógyszerellátásba. Ennek a káderpolitikának mindkét fél, természetesen az egyén és rajta keresztül az egész magyar gyógyszerészet is hasznát látná. A javaslatot első hallásra is több szakvezető melegen támogatta.

Az együttműködési szerződés tervezetében új momentumként szerepelt és kimunkálásra vár,

hogy az előzőekben felsorolt oktatógyógyszerész kritériumoknak megfelelő és jó munkát végző kollégákat hogyan lehetne erkölcsi (és anyagi) elismerésben részesíteni. A Kar vezető oktatói úgy vélekedtek, hogy a Szegedi Orvostudományi Egyetem oklevél és cím adományozásával, valamint ennek ünnepélyes keretek között való átadásával ismerné el a területen (megyékben) végzett oktató-nevelő munkát. Például az alábbi címjavaslatok hangzottak el:

— „A SZOTE oktatógyógyszerésze", vagy
— „A SZOTE címzetes tanársegéde", ill. hosszabb tevékenység után és további feltételeknek megfelelve
— „A SZOTE címzetes adjunktusa",
— „A SZOTE címzetes docense", akik a TMB által előírt kritériumoknak eleget tettek.
— Végül pedig tekintettel arra, hogy a hallgatókkal a nyári és államvizsgás gyakorlaton nem csupán egy személy foglalkozik, hanem egy közösség, ezért e munka elismerésére „A SZOTE oktató-gyógyszertára", cím is adományozható lenne.
— Az oktatógyógyszerészek anyagi elismerése ugyan a központok saját hatáskörébe tartozik, de minden bizonnyal található olyan kompromisszum, amely alapján a szerződő felek közösen is dotálhatnák a kiváló oktatómunkát végző kollégákat és közösségeket.

Még számos hasznos hozzászólás hangzott el mindkét részről, melyekből néhányat ragadunk csak ki. Pl. részletesebb jellemzést kér a hálózat az Egyetemtől az államvizsgás helyeket pályázó hallgatókról, ez fordítva is érvényes, azaz részletesebb minősítést vár az Egyetem a 24 hetes államvizsgás gyakorlatot teljesítőkről. — Felmerült az is, hogy az oktató gyógyszerészek által kiállított minősítéseket a jelöltek nem látták és azok tartalmát nem ismerték. A személyzeti munkával kapcsolatos előírásokat célszerű egységesen érvényesíteni. Szóba került az 5 napos munkahét és ezzel kapcsolatosan a heti 36 órás gyakorlati munka optimális kihasználhatósága, továbbá a 24 hétig tartó államvizsgás gyakorlatból mennyire hasznos, ha a jelölt 2—4 hetet intézeti gyógyszertárban, vagy galenusi laboratóriumban, amire most is van lehetőség, sőt esetleg gyógyszergyárban tud eltölteni.

A területi értekezletről: valamint a SZOTE GYTK és a megyei Gyógyszertári Központok között létrehozandó „Együttműködési megállapodás"-ról nem kívántunk jegyzőkönyvszerű, minden részletre kiterjedő referátumot adni. Célunk csupán az volt, amit *dr. Minker Emil* dékán a zárszavában is említett, éspedig együttműködéssel hatékonyabbá tenni a nyári és államvizsgás gyakorlati időszakot, amelyhez a követelményrendszert a Gyógyszertári Központok dolgozzák ki. E referátum íróinak az a céljuk, hogy a Szegeden összehívott területi értekezleten elhangzottakat nagyvonalakban a nyilvánossággal megismertessék, hogy a Gyógyszerészet olvasói konkrét javaslataikkal segítsék az Egyetem és a hálózat közös erőfeszítéseit. Az „Együttműködési megállapodás" pedig reméljük, nemcsak papíron jön létre, hanem élő kapcsolat lesz, és a hallgatóink és pályakezdő diplomásaink felkarolásával az egyetemes gyógyszerészet hasznára válik.

(Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyógyszertechnológiai Intézet 6720 Szeged, Eötvös utca 6.)

A KÓRHÁZI GYÓGYSZERTÁRVEZETŐ FELADATKÖRE: AZ ELSŐ 4 HÓNAP

E. G. Nold: Amer. J. hosp. Pharm. *39* (10), 1702—1706 (1982).

A kórházi gyógyszertár vezetőjének különösen az első négy hónapban vannak különleges és fontos feladatai, hogy megtalálja az adott esetben és helyen legcélszerűbb megoldást kínáló vezetési módszert; figyelembe véve a várható előnyöket és hátrányokat. A feladatra való felkészülés elengedhetetlen. A szerző táblázatban foglalja össze azt a közel két tucatnyi igénypontot, amely mint feladat az első két hónapban jelentkezik. (Pl. minden egyes egység, valamint a kórházi gyógyszertár minden egyes helyiségének a személyes megvizsgálása.). Pontos útmutatást ad arra vonatkozóan, hogy milyen korábbi adatokat (forgalmi, pénzügyi stb.) kell áttanulmányoznia az új vezetőnek. A második két hónapos periodus alatti tennivalók külön táblázatban vannak összegyűjtve. Ezek közül a legfontosabbak: az egyedi, személy szerinti felelősségvállalás körének a meghatározása. Általánosságban elmondható, hogy az első két hónapos időszak az ismerkedés, a helyzet felmérés és - elemzés időszaka; ennek alapján kell az új vezetőnek a második két hónap alatt részleteiben kialakítania a gyógyszertár üzemmenetét, szabályozni a belső/külső kapcsolatokat. A szerző joggal állapítja meg, hogy a kórházon belül a legösszetettebb feladatkörök egyike a kórházi gyógyszertár vezetőjéé (1055).

Kempler

Szervezési közlemények

Gyógyszerészet 28. 49—53. 1984.

Megoldatlan kérdés: a gyógyszerek árrendszere

DR. KEMPLER KURT

A szerző az 1977. január 1-vel bevezetett, 1983. július 4-ével főként az árak tekintetében részben módosított hazai gyógyszerellátási és -térítési rendszer hátrányainak és előnyeinek vázlatos ismertetése után kimutatja annak szükségességét, hogy belátható időn belül egy gyökeresen új ellátási, illetve árrendszer bevezetése válik majd szükségessé. Ennek 5—6 év távlatában történő előkészítése érdekében két fontos teendőre mutat rá: egyrészt ki kell alakítani azokat az elképzeléseket, igényeket, amelyeket egy ilyen új rendszerrel szemben támasztani kívánunk, másrészt figyelemmel kell kísérni más országok hasonló törekvéseit. Ez utóbbival kapcsolatban — irodalmi adatok alapján — néhány külföldi ország nehézségeit, és az ezek leküzdésére elképzelt intézkedéseit ismerteti. Minthogy világszerte nehézségek mutatkoznak e téren — mivel a gyógyszerköltségek gyorsabban nőnek, mint a nemzeti jövedelem — fontosnak tartja, hogy mind az állami, mind a társadalmi szervek (így a Magyar Gyógyszerészeti Társaság is) kapcsolódjon idejében be az elképzelések kimunkálásába.

Bevezetés

A hazánkban 1977. január 1-vel bevezetett, alapjaiban új gyógyszerellátási és -térítési rendszerrel kapcsolatban — mind ellene, mind mellette — számos észrevétel hangzott el. Az ellene szóló szakmai érvek legfontosabbjai:

— a betegek, de az egész társadalom szemében az alacsony térítési díjak devalválhatják a gyógyszerészi munkát [1], mert

— az új rendszer bevezetése után rövidesen elveszett az a tudat [2], hogy a gyógyszertárban csak egy töredékét fizetik meg a gyógyszer tényleges értékének (a forgalomba hozatali költségekkel növelt termelői árának); és

— mindez gyógyszerpazarlásra ösztönöz.

Ugyanakkor magam is kifejtettem [1] az új rendszer egyes szakmai szempontból figyelemre méltó előnyeit; elsősorban azt, hogy a vénynek mint pénzügyi bizonylatnak a majdnem teljes megszűnése a gyógyszerészi működés kreativitására ösztönzően hathat a mind technológiai, mind hatástani szempontból jól képzett, hivatása magaslatán álló szakembernél. Ennek lehetőségét az 1982-ben kialakított új helyettesítési rendelkezés még ki is szélesítette. Az egyéb előnyökre (csökkent orvosi igénybevétel, kevesebb gyógyszertári adminisztráció stb.) itt azért nem térek ki, mert ezek részben negatív kihatásúak is; pl. szélesedett az öngyógyszerelés, nincs kellő ellenőrzési lehetőség stb.

Az 1977. évi rendszeren az 1983. július 4-i térítési díjváltozás lényegében nem változtatott. Célját elérte: az alacsony nyugdíjú emberek gyógyszerellátásában mutatkozott feszültségek feloldódtak. Ettől azonban az új rendszerrel kapcsolatos problémák még megmaradtak. Sőt: készültek olyan számítások, amelyek már most rámutatnak arra, hogy a 10 forintban maximált térítési díj perspektivikusan olyan gazdasági kihatással lesz a gyógyszertári központokra, amely nem fogja lehetővé tenni nemhogy a szakmai fejlődést, de még a szinten való tartást sem; emiatt emelni kellene az állami árkiegészítési kulcsokat. A vállalati rendszerrel együttjáró „növekedési kényszer" ugyanis a forgalom összegének bővülésén alapul; ez pedig elsősorban nem a naturális mennyiségek növekedése, hanem az *egy átlagos gyógyszerre jutó árnövekmény* útján valósult meg. Ez a tendencia ugyan nem egyenletes, de bizonyos területi és időbeli eltérésekkel országosan jellemző. Gondoljunk csak a 30 forint körüli térítési díjjú új készítményeknek a forgalomba történő belépésére. Ez az egy gyári csomagolásra jutó térítési díjat folyamatosan növelte.

Biztos, hogy a gyógyszertári központok és a népgazdaság, az egészségügy érdekeinek az egyeztetése nem könnyű feladat. Az Egészségügyi Gazdasági Szemlében már egy évtizede megfogalmazták [3], hogy „... az egészségügyi tevékenység a mi rendszerünkben is — bár bizonyos sajátosságokkal, inkább nem teljes, mint teljes értelemben de — gazdasági jellegűnek tekinthető, ezért itt a közgazdaságtan fogalmainak, elveinek, mértékeinek megfelelő alkalmazása jogosult és szükséges". Természetesen „... a gazdaságosság nem az egyetlen (és nem is az első) szempontja a kormányzatnak az egészségügyi döntések területén... Az a felismerés azonban, hogy egy ilyen speciális területen a fontossági sorrendben nem az első, hanem a második helyen áll a gazdaságosság, semmi esetre sem jelenti, hogy nem fontos, vagy hogy mértéke kiszámíthatatlan."

A gyógyszertári központok szakmai és gazdasági működésének egyes ellentmondásaira már 1966-ban igyekeztem felhívni a figyelmet [4], pedig akkor a készlethiteleket még csak 3%-os kamat terhelte. Ugyanakkor rámutattam arra, hogy fokozódó ellentmondás van a csomagolóanyagok költségei és a központok gazdasági érdekei közt is. „Ma már nem vitatható, hogy a gyógyszernek nemcsak minőségileg és tartalmilag jónak, hanem megjelenési formáját tekintve is ízlésesnek tetszetősnek kell lennie. A gyógyszer korszerű csomagolóanyaga gyakran drágább az eddig alkalmazott csomagolóanyagoknál. Ez a nagyobb ár azonban végső soron visszatérül, mert irodalmi

adatok egész sora bizonyítja, hogy a gyógyszer iránti bizalom a beteg részéről a hatás fokozódásában jelentkezik. Teljesen hatástalan, hatóanyag nélküli gyógyszer, az ún. placebo is képes az esetek bizonyos százalékában (kb. 30—40%-ban) bizonyos gyógyszerhatást elérni." E korszerűsítés költségei azonban a gyógyszertári központoknál jelentkeznek többletköltségként, míg a visszatérülés nem itt, hanem pl. a kevesebb táppénzben mutatkozhat meg. Egy korszerű árrendszernek ezért feltétlenül olyannak kell lennie, amely nem gátolja, inkább elősegíti a csomagolás állandó korszerűsítését.

Bár ez valószínűleg sokadrangú érv abban, hogy hivatalos és mértékadó szervek képviselői egyetértenek abban, hogy hosszabb távon célszerű lenne foglalkozni a hazai gyógyszerellátási és -térítési rendszer korszerűsítésével, mégsem elhanyagolható ez a tényező sem.

Mivel egy gyökeres változtatási javaslat csak igen széles alapokon nyugvó előtanulmányok birtokában, azok sokoldalú elemzése után vehető komolyabb tárgyalás alá, nem felesleges azon problémák egy részének megismerése, amellyel más országok küzdenek e téren, hiszen ez hozzásegít legalább is az igénypontok, a célkitűzések megfogalmazásához.

Külföldi igénypontok

Elsőként vázoljuk fel *Gagnon* nyomán [5] azokat az igénypontokat, amelyek — szerinte — az ideális amerikai gyógyszerellátási (biztosítási) rendszert jellemeznék. E szerint:

1. Mind a gyártóknak, mind az elosztó szerveknek a gazdaságos működést biztosító költségtérítést rendelkezésre kell bocsátania.
2. Nem szabad, hogy a rendszer serkentse az infláció növekedését; a költségek ne terheljék azokat, akik érdektelenek.
3. A gyógyszeres terápia költségeit azáltal kell a minimálisra csökkenteni, hogy mind a gyártókat, mind az elosztókat hatékonyságuk növelésére ösztönzik.
4. A rendszernek elég egyszerűnek kell lennie ahhoz, hogy minden érdekelt számára jól érthető legyen.
5. Biztosítania kell a mindenkori adekvát gyógyszerellátást.
6. Elő kell segítenie a magasszintű gyógyszertári szolgáltatásokat.
7. Csak racionális szinten tartott adminisztratív költségeket foglaljon magában.
8. Az árak, illetve költségek változására elég érzékenyen reagáljon.
9. Nem szabad, hogy előnyben részesítsen egyes piacokat másokkal szemben.
10. A piacok között az árakkal és szolgáltatásokkal arányos különbségeknek a tényleges, igaz voltuknak megfelelően tükröződniök kell.

Biztosan mondható, hogy szocialista viszonyok között e követelmények egy része — pl. az utolsó pontok — nem okoznak problémát, mert fel sem merülnek. Annál nagyobb figyelmet érdemes viszont fordítani a többire. Előre kell bocsátanunk, hogy az Egyesült Államok ez idő szerinti egyetlen rendszere sem elégíti ki a felsorolt kívánalmak összességét. Ez is oka annak, hogy mind a gyógyszerészek, mind a kormányzat, illetve a magánbiztosítók folyamatosan törekednek arra, hogy a meglevő rendszert javítsák, újjal, jobbal váltsák fel.

A túlságosan is sokszínű amerikai rendszer helyett számunkra célszerűbb más — európai — országok biztosítási rendszerét (ezen belül természetesen csak a gyógyszerellátással kapcsolatos kérdéseket) tanulmányozni; már csak azért is, mert az amerikai javítási törekvések is ezt teszik.

Egyes nyugat-európai rendszerelemek

Előre kell bocsátanunk: egészében ideális módszer itt sincs; de néhány elem alkalmas lehet a felhasználásra. Ugyanakkor a negatívumok regisztrálása sem haszontalan: felhívja a figyelmet arra, amit el kell kerülni. Három — egymástól eltérő — rendszer fontosabb elemeit ismertetjük e célból a továbbiakban, a teljesség igénye nélkül, részben csak vázlatosan [6].

A *Német Szövetségi Köztársaságban* törvény írja elő, hogy minden lakosnak tartoznia kell valamilyen egészségügyi biztosítási szervezethez. A tényleges helyzet szerint a lakosság 90%-a közületi, 10%-a magánbiztosítást kötött. Több, mint 1600 betegbiztosító intézet működik. Kiadásaikat a munkaadók, valamint a munkavállalók befizetései (biztosítási díjai) fedezik. A befizetendő összeg a jövedelemhez igazodik. A munkaadók az alkalmazotti fizetések 5%-át, az alkalmazottak pedig 8%-ot fizetnek. Ebben azonban nincs nyugdíjjárulék! Erre még további 18%-ot, 1983. szeptember 1-től pedig 18,5%-ot kell (munkaadónak és alkalmazottnak fele-fele arányban) befizetnie. Sőt: tervbe vették, hogy a nyugdíjasok is fizessenek egészségügyi biztosítást.

1979-ig — most csak a gyógyszerellátás oldaláról vizsgálva — ez a rendszer igen liberálisan funkcionált. A betegek 1 DM-et fizettek minden vény után. Bármit fel lehetett írni. A biztosítók 5%engedményt élveztek. Ilyen körülmények mellett az egészségügyre, ezen belül a gyógyszerköltségekre fordított összegek gyorsan növekedtek. Előre látható volt, hogy „lépni" kell, mert különben a költségek növekedése miatt a rendszer csődbe jut. Az egészségügyre fordított kiadások ugyanis 1970-től 1980-ig csaknem háromszorosra nőttek; és míg 1970-ben a nemzeti jövedelem 6,4%-át tették ki, addig 1980-ban már 9,5%-át [7].

Ezért elkezdték az orvosokat ellenőrizni abból a szempontból, hogy mennyit emelkedik az általuk írt vények átlagértéke. Ha a számítottal szemben túllépést állapítottak meg, ennek összegét az orvosi munkadíjakból levonták. Így azután az orvosok általában tartózkodtak a drága készítmények felírásától. Ez a „fék" azonban csődöt mondott akkor, amikor a levonással sújtott orvosok beperelték a biztosító-társaságokat és ezeket a pereket meg is nyerték. Ennek eredményeként a vények árai gyorsan tovább növekedtek.

A gyakorló orvosok és a betegbiztosítók érdekvédelmi szervei ekkor megfogalmaztak egy közös dokumentumot, melyben arra próbálták ösztönözni az orvosokat, hogy tartsanak be egy ésszerű költség/haszon arányt. A biztosítók összeállították olyan gyógyszerár-összehasonlító táblázatokat, amelyek az egyes, azonos hatástani csoportba tartozó készítményeket összevetették. Ezzel módot nyújtottak az orvosoknak arra, hogy a nemcsak hasonló, de nem egyszer az azonos hatóanyagot tartalmazó, csak éppen különféle gyártótól, különféle néven forgalomban tartott gyógyszerkészítmények közül az olcsóbbat rendeljék. Emellett a biztosítók arra is törekedtek, hogy a felírható gyógyszerek köréből egyes hatástani csoportokat teljesen kizárjanak (pl. étvágycsökkentők, anabolikus szerek, geriátriai készítmények, mindennapos vitaminkészítmények, fogamzásgátlók). Megkísérlik azt is, hogy a viszonylag enyhe betegségek drága gyógyszerelésének anyagi terheit magára a biztosított személyre hárítsák.

Mindezzel azonban — jogi győzelmük ellenére — a rendelő orvosok sincsenek megelégedve. Attól tartanak, hogy a költség/haszon ellenőrző rendszer gátolja addigi foglalkozási előjogaik gyakorlását. Természetesen a gyógyszergyártó nagyipar is aggódik: úgy érzi, hogy a szabad verseny jogát megnyirbálták. Ehhez tudni kell, hogy a kutatás terheit viselő neves nagyvállalatok „márkás" készítményeiket — néha lényegesen — drágábban forgalmazzák, mint azok a kisebb üzemek, amelyek a már ismert molekulát más néven hozzák forgalomba. Ez minden olyan országban lehetséges, ahol nem a terméket védi a szabadalom, hanem csak a termékhez vezető eljárást. Ezért tér át egy-egy ország a gyógyszernél is a termékszabadalomra. Igaz viszont, hogy ennek a szabadalmi oltalma is időhöz kötött; és mivel a gyógyszer forgalomba kerülése a molekula előállításától számítva sok évet — nem ritkán egy évtizedet is — igénybe vesz, rövid az az idő, amely alatt a gyártó zavartalanul forgalmazhatja kifejlesztett termékét. A nagyipar érve logikus: a kutatás egyre pénzigényesebb, mégis, a szigorú követelmények miatt ez a tevékenység egyre kevesebb új gyógyszert eredményez; és nyilvánvaló, hogy a forgalmazott termékekből kell fedezni a kutatás költségeit.

Az *Egyesült Királyság* rendszere merőben más: ott — elvileg — mindenki biztosított és igénybe veheti a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service) orvosi, kórházi, gyógyszertári stb. szolgáltatásait. Mindezt az állami költségvetés finanszírozza az adókból. Szabad orvosválasztás van, minden orvost aszerint fizetnek, ahány lakos őt választotta. A szakorvoshoz ők utalják be a beteget.

A betegnek jogában áll a hivatalos rendelési időn kívül is felkeresnie az orvost, de ez esetben magára vállalja az orvosi kezelés és a gyógyszerelés minden költségét. 1980. januárjától kezdve a beteg receptenként 45 penny hozzájárulást fizet; a vény teljes árát a gyógyszertár hitelezi, majd beszedi az NHS-től. Figyelemre méltó az az ésszerű intézkedés, hogy a kisforgalmú gyógyszertár némileg nagyobb árrést számíthat fel, mint a nagyforgalmú [8]. Ez az állami visszatérítési rendszer kivétel nélkül minden olyan készítményre kiterjed, amelyiknek a forgalomba hozatala engedélyezett. Így nem csoda, hogy az egészségügyi, illetve a gyógyszerköltségek itt is gyorsabban emelkednek, mint a költségvetés bevételei. Ez az oka annak, hogy az NHS is a költség/haszon arányra kénytelen a figyelmét összpontosítani, hogy kiszűrje azokat a vényeket, ahol esetleg visszaéltek a gyógyszerrendelés szabadságával.

A gyógyszerügy tekintetében a Department of Health and Social Security a főhatóság, amely megfelel a mi Egészségügyi Minisztériumunknak. Ez a szerv határozza meg azt a profit-szintet, amely szükséges ahhoz, hogy a gyógyszergyártó ipar fenntarthassa működése korábbi szintjét, finanszírozhassa a kutatást, a fejlesztést, az exporthoz szükséges előfeltételeket. Limitálták a reklám céljára fordítható kiadásokat. A gyógyszerköltségek emelkedését azzal is megkísérlik csökkenteni, hogy a törzskönyvezés, illetve a forgalomba hozatal követelményeit egyre magasabbra emelik: ezáltal kevesebb új (és többnyire drága) készítmény kerül forgalomba.

Spanyolországban csak a népesség 74%-a biztosított; az NSZK-hoz hasonlóan itt is a munkaadók és az alkalmazottak kölcsönösen fizetnek hozzájárulást. Különlegessége e pénzügyi rendszernek, hogy itt a gyógyszergyártó ipar is fizet hozzájárulást: az adózás előtti nyereség 9,35%-át. Bár a biztosítás minden forgalomba hozatalra engedélyezett készítményre kiterjed, mégis: a gyógyszereket két — eltérő — csoportba sorolták: ún. „létfontosságú" és „nem létfontosságú" csoportba. Előbbiek esetében a betegek az ár 10%-át, utóbbiaknál viszont már 30%-át térítik. A gyógyszertárak a regionális (tartományi) kormányzati szervek felé számláznak.

Általános megállapítás, hogy minden európai tőkés országnak szembe kell néznie az inflációval. Nagy-Britanniában pl. 1980-ban a felírt gyógyszerek ára 21,4%-kal emelkedett, ugyanakkor az általános kiskereskedelmi árindex csak 12,2%-kal [9].

Minden nyugat-európai ország nehézsége, hogy népességének öregedő része fokozott gyógyszerelést igényel, emellett a gyógyszerek választékcseréje során az új gyógyszerek általában drágábbak az általuk helyettesített régebbieknél. Ez összefügg azzal is, hogy mind az előállítás, mind a forgalmazás költségtényezői folyamatosan emelkednek.

Megbeszélés

Ha össze kívánjuk foglalni azokat az intézkedéseket, amelyekkel az egyes államokban az emelkedő gyógyszerköltségekre válaszolnak, az alábbiakat figyelhetjük meg:

1. Megnehezítik az új készítmények forgalomba való hozatalának engedélyezési eljárását. Bár ezt gyógyszerbiztonsági szempontok is indokolhatják, fel kell figyelni arra is, hogy ez bár csök-

kenti a belföldi gyógyszerelés költségeit, de nehezítheti az exportot.

2. Azokban az államokban, ahol nem minden forgalomban levő gyógyszer rendelhető a biztosító intézmény terhére, az e listára való felvétel egyre nehezül.

3. A biztosítók terhére rendelhető gyógyszerek termelői árát fokozódó adminisztratív ellenőrzéssel igyekeznek a növekedéstől visszatartani.

4. Árpolitikával igyekeznek csökkenteni a gyógyszefelhasználást. Egyes országokban a betegnek (biztosítottnak) kell megelőlegeznie a teljes árat, és csak ezt követően kap visszatérítést. Hasonló irányban hat a hozzájárulás bevezetése, összegének — esetleg differenciált — felemelése, vagy ennek szélesítése.

Ami ezeknek az intézkedéseknek a hatékonyságát illeti, megállapítható, hogy azokban az országokban, amelyek kevés vagy csekély megszorítást alkalmaztak e téren, a gyógyszerfelhasználás meghaladta az 1977. évi GNP 1%-át (pl. Franciaország, NSZK, Olaszország, Belgium). Ez az összeg akkor az egészségügyre fordított kiadások 13—14%-át képviselte. Azokban az országokban viszont, amelyekben az állami (biztosító-intézeti) térítés irányelvei a legszigorúbbak, az évi teljes gyógyszerfelhasználás jóval az évi nemzeti össztermék 1%-a alatt tartható és az egészségügyre fordított kiadásoknak csak 10%-át teszi ki (pl. Egyesült Királyság, Hollandia, Dánia). Ez utóbbiakban is biztosítva van a szabad orvos és gyógyszertár választás.

Nyilvánvaló, hogy a hazai elképzelések körvonalazása előtt mielőbb szükség van az egyes — szocialista és tőkés — országok gyógyszerellátási rendszerének, ezen belül a finanszírozás módjának alapos és részletes tanulmányozására. Ismételten hangsúlyozni kívánom, hogy először az írott anyagok bekérése, összegyűjtése vihet előre. E tekintetben az illetékes állami szervek mellett a Magyar Gyógyszerészeti Társaság is kezdeményezően léphet fel a FIP útján.

Másfelől ahhoz, hogy belátható időn belül — pl. 1990-re — rendelkezzünk bevezethető, jó, a mi viszonyainkra alakított rendszerrel, ki kell alakítani a hazai viszonyokra szabott igénypontokat is, hiszen csak ezeknek a birtokában adaptálható az egyes rendszerekből az, ami annak megfelel.

Jelen munka ehhez kíván szerény hozzájárulás lenni.

IRODALOM

1. *Kempler K.:* Gyógyszerészet *27*, 121—125 (1983). — 2. *Kempler, K.:* Parmazeut. Prax. *34*, 149—151 (1979). — 3. Egészségügyi Gazd. Szle. *12*, 141—180 (1974). — 4. *Kempler K.:* Gyógyszerészet *10*, 348—349 (1966). — 5. *Gagnon, J. P.:* Amer. Pharm. *NS20*, 703 (1980). — 6. *Coustou, F.:* Uni Farma *13*, 18 (1981). — 7. *Edit:* Pharm. Ztg. *127*, (32), 1969 (1982). — 8. *Fell, C. J.:* Pharmaceutical Journ. *22*[7, 378 (1981). — 9. *Grieshaber, L. D.:* Amer. Pharm. *NS22*, 15 (1982).

Д-р К. Кемплер: *Нерешенная проблема: система цен лекарственных препаратов*

Автор после схематического изложения недостатков и преимуществ системы снабжения и оплаты лекарственных препаратов в Венгрии введенной 1-го января 1977 года и модифицированной 4-го июля 1983 года прежде всего в отношении цен, указывает на необходимость введения совершенно новой системы снабжения и цен в недалеком будущем. В интересе подготовки этого за 5—6 лет указывает на две важных задачи: с одной стороны необходимо создать те представления, потребности, которые желаем представить в отношении такой новой системы, с другой стороны необходимо следить за аналигичными стремлениями других стран. В связи с последней — на основе литературных данных излагаются затруднения некоторых зарубежных стран и представлены мероприятия борьбы с ними. Поскольку трудности в этой области прояьляются по всему миру — так как расходы на лекарственные препараты растут более быстро, чем национальный доход — автор считает важным, чтобы как государственные так и общественные органы (в том числе и Венгерское Общество Фармацевтов) во-время включились в разработку указанных представлений.

Dr. K. Kempler: *The price system of drugs - an unsolved problom*

As an introduction, the advantages and disadvantages of the drug supply and price compensation system, introduced January 1, 1977 and partially amended, in relation of the prices, on July 4, 1983, are outlined, then it is demonstrated that the introduction of a quite new drug supply and price system will become necessary within reasonable time. For the sake of proper preparatory measures in the perspective on 5—6 years, two important agenda are indicated: on the one hand, the conceptions, demans should be outlined in connection with a new system of that kind; on ther other hand, similar edeavours of other countries should be follwed with attention. In this connection — based on literature publications — the problems of several countries and the outlined measures for their surmounting is made known. There are world-wide difficulties on that field, because the increase of drug prices is more rapid than that of the national income. Therefore the author regards very important to unite the efforts of gouvernment bodies and of social organisations (as e. g. the Hungarian Pharmaceutical Society) in the elaboration of the proper concepts.

Dr. K. Kempler: *Das Preissystem der Atzneimittel—ein ungelöstes Problem*

Die Vor- und Nachteile des am 1. Januar 1977 eingeführten, dann am 4. Juli 1983 in der Hinsicht der Gebühre teilweise modifizierten Arzneimittelversorgungs- und Entgeltungs-System wird schematisch dargestellt, dann wird es gezeigt, dass biennen einer einsichtlichen Zeit die Einführung eines gründlich neuen Versorgungs-, bzw. Preissystem notwendig wird. Für die Vorbereitung dieser Veränderung in der Perspektive von 5—6 Jahren ist es notwendig einerseits die Konzeptionen und Ansprüche in Verbindung mit dem neuen System auf zu stellen, anderseits die ähnlichen Bestrebungen anderer Länder zu beachten. In dieser Zusammenhang gibt Verfasser — auf Grund von Literaturangaben — die Schwierigkeiten und die für deren Überwindung erdachten Massnahmen bekannt. Da am diesen Gebiet gibt es Schwierigkeiten im Weltmasstabe, weil sich die Arzneimittelkosten schneller erhöhen, als die Nationaleinkommen, Verfasser betrachtet es sehr wichtig, dass sich sowohl die Staatsorgane, wie auch die gesellschaftlichen Organisationen (so z. B. die Ungarische Pharmazeutische Gesellschaft) in die Ausarbeitung der Konzeptionen rechtzeitig einschalten.

★ *Resumo en Esperanto:*

D-ro. K. Kempler: *Nesolvita demando: prezo-sistemo de la medikamentoj*

La aŭtoro post skiza konigo de malavantaĝoj kaj avantaĝoj de la landa medikamentriprizorga kaj paga sistemo (enkondukita la 1-an de januaro , 1977., kaj parte modifita — ĉefe koncerne la prezojn — la 4-an de julio, 1983.) demonstras la neceson de tio, ke en la proksima futuro ni bezonos la enkondukon de radikale nova prizorgo- kaj prezo-sistemo. Li almontras (en intereso de ties preparo dum la sekvantaj 5—6 jaroj) al du pli gravaj farendoj: parte oni devas elformi tiujn imagojn kaj pretendojn, kiujn ni deziras havi en la nova sistemo, aliparte ni devas observi la similajn klopodojn de aliaj landoj. Koncerne tiun lastan — surbaze de bibliografiaj indikoj — la aŭtoro konigas kelkajn eksterlandajn malfacilaĵojn kaj la aranĝojn imagitajn por venki ilin. Ĉar en la tuta mondo montrijas malfacilaĵoj sur tiu ĉi tereno (la medikamentkostoj pli rapide kreskas, ol la nacia enspezo) la aŭtoro konsideras grava, ke kaj la ŝtataj, kaj la sociaj organizoj (tiel ankaŭ la Hungara Farmacia Societo) ĝustatempe aliĝu al la prilaborado de la imaĝoj.

(Pest megyei Tanács Gyógyszertári Központja Budapest, Uzsoki u. 36/a—Pf. 72.—1441)

Érkezett: 1983. IX. 29.

Hozzászólás

Dr. Kempler Kurt „Megoldatlan kérdés: A gyógyszerek árrendszere" c. közleményéhez

Örömmel olvasok minden olyan, a hazai realitások talaján álló vagy a külföldi gyakorlatot bemutató közleményt, amelyek a gyógyszerrendelés központi szabályozásával, illetve a gyógyszerárképzés és a gyógyszerbiztosítási rendszer továbbfejlesztésével, bemutatásával foglalkozik. A hosszabb távra szóló magyar gyógyszerrendelési és kiadási, illetve térítési díj rendszer kialakításához minden negatív és pozitív példa bemutatása hasznosítható. Amennyiben e témakörökben a Gyógyszerészet hasábjain a különböző álláspontok és tapasztalatok közzétételre kerülnek, úgy alkalmas időpontban — a gyógyszerellátás gazdaságos és társadalmilag igazságos megoldása érdekében — szívesen bekapcsolódok magam is a vitába.

Meggyőződésem, hogy ezen a területen is a különböző nézetek kifejtése az, amely leginkább elősegíti a legjobb megoldás megtalálását.

Dr. Harangi György

AZ IPAR GYÓGYSZERTÁJÉKOZTATÁSA KÖZFORGALMÚ GYÓGYSZERTÁRAK SZÁMÁRA

Km. Voigt: Dtsch. Apoth.-Ztg. *123* (19), 908—911 (1983)

A gyógyszerész ahhoz, hogy megfelelően ellássa gyógyszerszakértői feladatát, rá van utalva a gyógyszeripar információs szolgáltatásaira. Ha a múltbeli képzést nézzük, akkor egészen más a helyzet, mintha a jelenlegi, illetve a jövő gyógyszerészképzését, ill. továbbképzését vesszük szemügyre. Ez utóbbi ugyanis megteremti ehhez a szükséges tudásbeli feltételeket. A feladat érdekes, de egyben igen nehéz is. A szerző nem teljesen és nem mindenkor megfelelőnek tartja a gyáripartól származó információkat. Ennek illusztrálására különböző táblázatokban közli azokat az információs anyagokat, amelyeket 5 meghatározott hónap alatt kapott. Ezek száma összesen 49 volt. Láthatók a beérkezett információk készítmény-fajtánkénti, de figyelemre méltó, hogy milyen volt a beérkezés módja. Utóbbi döntő többségében postán történt (47 db); két esetben viszont a gyár képviselője személyesen kereste fel. Véleménye szerint e vizsgált 49 információs forrás közül csak 42 volt kielégítő, míg 7 (=14%) vagy kevés volt, vagy nem volt megfelelően érthető. A terjedelmes közlemény a kérdést a legkülönbözőbb szempontok szerint járja körül. Pl. közli, hogy az információk közül hányban ajánlottak fel további információt és milyen módon (arányuk 29% volt). Az információáramlás javítására is tesz javaslatot (1136).

Kempler

ÚJ ÉDESÍTŐ ANYAG — AZ ACESULFAM-K

Sa: ÖAZ *37* (18), 382 (1983).

A német *C. Fahlberg* 1879-ben fedezte fel a saccharint, az amerikai *M. Sveda* 1937-ben a cyclamat-ot és 1965-ben ismét egy amerikai kutató, a Searle cég vegyésze az Aspartame-t. 1970-ben a Hoechst gyár két kutatója fejlesztette ki a negyedik mesterséges édesítő anyagot, az Acesulfam-K-t. Ez egyelőre csak kozmetikai készítményekben került felhasználásra, mivel a hosszadalmas toxikológiai vizsgálatokat még nem zárták le. Időközben a vizsgálatok során sem kancerogén, sem krónikus toxikus hatást nem észleltek. Az Acesulfam-K-t a szervezet nem metabolizálja, hanem azt a vizelettel kiüríti. Az új mesterséges édesítőszer vegyileg oxathiazinon-dioxid, színtelen, szagtalan kristályokból áll, amelyek vízben jól oldódnak. Édesítő ereje 100—130-szorosa egy 10%-os cukoroldatának. Eddig már 20 országban kérelmezték engedélyezését. Ami az árát illeti, az lényegesen magasabb a saccharin-cyclamat keverékek áránál, de olcsóbb mint az aspartame. A „Chemical Week" véleménye szerint az illetékes amerikai hatóság, az FDA engedélyezni fogja az új édesítőszert, amely olcsóbb ára, kellemesebb íze és italokban való jobb felhasználhatósága folytán erős versenyt fog jelenteni az eddig széles körökben használt aspartamenak (1149).

R. B.