

Szervezési közlemények

Gyógyszerészet 23 372—374 1979

Néhány gondolat a gyógyszerkészletezés helyzetéről

DR. HARTAI ISTVÁN, DR. CSAJTAI MIKLÓS, DR. DÁVID M. FERENC ÉS DR. ZALÁNYI SÁMUEL

A szerzők vázolják a tervszerű gyógyszerkészletezés kialakulását, továbbá a készletek megoszlását a nagykereskedelemben, a megyei gyógyszerraktárak és a gyógyszer-tárak között. A készletek jelenlegi elhelyezkedését elemezve arra a következtetésre jutnak, hogy a nagy gyógyszer-tári készletek nem biztosítják egyértelműen a jó gyógyszerellátást. Lehetségesnek tartják a készletek csökkentését és indokoltnak a készletek centralizálását megyei, vagy tájegységi ellátó raktárakba.

„A népgazdasági készletek csökkentésének lehetőségei” címmel közlemény jelent meg a termékgazdálkodással, készletezéssel foglalkozó folyóiratban [1]. Gondolatmenetének kiinduló pontja a népgazdaság mintegy 400 milliárd forintot kitevő termékkészletének csökkentési lehetősége. Célszerűbb elhelyezéssel a készletek 10%-os csökkentését reálisnak tartja, az így felszabaduló eszközök élet-színvonal emelésében realizálódhatnak.

A gyógyszerkészletek a 400 milliárd forintnak ugyan 1%-át sem érik el, az 1976. december 31-ig érvényes fogyasztói áron számolva, különleges jelentőségük és sajátos területi elhelyezkedésük azonban indokoltá teszik a hivatkozott szempontból történő vizsgálatukat.

A tervszerű gyógyszerkészletezés kialakulása

Tervszerű készletezésről 1950-ig a gyógyszerellátásnak csak egyes részterületein (kórházi gyógyszer-tárak, egyéb köztulajdonban levő, pl. bányai, OTI gyógyszer-tárak esetében) beszélhetünk, a tervszerűség kezdeti fokát érve alatta. A közforgalmú gyógyszer-tárak 1950-ig túlnyomó részt magántulajdonban voltak, készletezésüket a két-raktáros készletgazdálkodás, a kéthombáros rendszer jellemezte [2], de alapvetően a gyakori készletkiegészítésre épült.

Az 1950-ban történt állami kezelésbe vétel szükségessé tette a tervszerű készletezés bevezetését mint a tervgazdálkodás részét, továbbá az utánpótlási rendszer átszervezését is. A ciklikus készletgazdálkodás [2] fokozatos kialakításával meghatározták az ellátás különböző szintjein tartható készletek mértékét. Ennek alapján a készletek megoszlása közelítőleg a következő volt: Gyógyáruértékesítő Vállalat 43%, megyei gyógyszer-raktárak 38%, közforgalmú gyógyszer-tárak 19%. (Itt és a továbbiakban is eltekintünk a kórházak stb. saját gyógyszerkészletétől, valamint az ellátásukra többé-kevésbé elkülönített készletektől.)

A készletek elhelyezkedésének változása

A gyógyszerforgalom nagyarányú emelkedése és a megyei raktárak korszerűtlen volta, zsúfoltsága

miatt 1960-ban készlet-átcsoportosítást hajtottak végre. A megyei raktárakból 15 napos készlet került a gyógyszer-tárakba. Az átcsoportosítás elvben csak a Gyógyáruértékesítő Vállalaton kívüli készletek 8%-át érintette, 1971 végére azonban a készletek megoszlása megközelítően az alábbiak szerint módosult: Gyógyáruértékesítő Vállalat 33%, megyei gyógyszer-raktárak 37%, gyógyszer-tárak 30%. Ennek okai: egyrészt a Gyógyáruértékesítő Vállalat sok gyógyszerből nem volt képes biztonsági készletet kialakítani, mivel a dinamikus emelkedő gyógyszerforgalom, rapszódikus gyári és külkereskedelmi szállítások ezt nem tették lehetővé; az igények „kiszívták” a készleteket a felhasználók közelébe. Másrészt a megyei gyógyszer-raktárak a korszerűsítések ellenére is szűknek bizonyultak több megyében, így kénytelenek voltak készleteik egy részét átcsoportosítani a gyógyszer-tárakba, miközben a forgási napok száma évről évre csökkent. A korszerűbb csomagolások térhódítása (főleg a tabletták esetében) azonban már sok gyógyszer-tárban is tárolási nehézséget okozott.

A készletek jelenlegi elhelyezkedésének következményei

A készletek decentralizált elhelyezkedése még szemléletesebbé válik, ha figyelembe vesszük a tulajdonképpeni felhasználónál, a betegnél, a családi házipatikában tárolt gyógyszereket is. Erre vonatkozóan az Egészségügyi Minisztérium főosztályvezető helyettesének felmérésére támaszkodunk [3]. A készletek így négy szinten elhelyezve vizsgálhatók. Az 1971. év végi megoszlásuk így módosul: Gyógyáruértékesítő Vállalat 29%, megyei gyógyszer-raktárak 32%, gyógyszer-tárak 26%, lakosság 13%.

Ismeretes, hogy a készletek különböző mobilitással rendelkeznek elhelyezkedésük szerint. A termelőnél és a termelőeszköz-kereskedelemből levő készletek még a népgazdaság bármely pontján jelentkező igényt kielégíthetnek, a felhasználónál levő készletek viszont már csak az adott helyen jelentkező szükségletek szempontjából értékesek. Az úgynevezett felhasználói készletezés esetén gyakran előfordul, hogy adott helyen főleg van a termékből, miközben a népgazdaság más területein hiány jelentkezik ugyanabból [4]. Másképp fogalmazva: a különböző szinteken elhelyezkedő készletek eltérő determináltsági fokon léteznek. Ennek figyelembe vételével az alábbiakat állapíthatjuk meg

A lakosságnál levő készletek sorsa:

— a krónikus betegek a gyógyszerek egy részét elfogyasztják („rendeltetészerűen” felhasznál-

ják”), de azt rendszeresen pótolják is, a házipatikák készlete tehát újratermelődik, erre a térítési díjrendszer és a vényírásai lehetőségek tág teret nyújtanak;

- ugyanilyen betegek a gyógyszerek más részét csak alkalomszerűen, nem az orvosi előírás szerint, hanem aktuális közérzetüktől függően szedik; e gyógyszerek jelentős hányada így a felhasználhatóság határidején túl, hatástalanná válik;
- a heveny megbetegedésre kapott gyógyszerekből kisebb-nagyobb mennyiség szintén megmarad, ugyancsak hatástalanná válik és kiselejtetik;
- a gyógyszerek jelentős részét nem rendeltetészerűen használják fel (más betegségekre, nem az indokolt mennyiségben stb.), ez mind egészségügyi, mind gazdasági szempontból kedvezőtlen, sőt káros lehet

A lakosságnál levő gyógyszerkészlet indokolatlanul nagy mennyisége tehát egyrészt egészségügyi szempontból potenciálisan káros, ha nem megfelelő módon használják fel, továbbá, ha hatástalan, vagy bomlott szert alkalmaznak. Másrészt népgazdasági szempontból kedvezőtlen, mert jelentős része selejtté válik, továbbá, mert maximálisan determinált, mivel csak az adott család tagjai, vagy ismerősök, szomszédok jutnak hozzá. Mindenképpen károsnak tekintendő, ha a házipatikákban olyan gyógyszereket tárolnak szükségtelenül, amelyek a gyógyszerházakban éppen nem szerezhetők be, mert így rászoruló betegek gyógyulását akadályozzák, újbóli munkába állásukat késleltetik.

A gyógyszerházakban levő készletek elvileg ugyan megfelelő helyen vannak, mivel alkalmasak arra, hogy a beteg a számára szükséges gyógyszert akkor és ott kapja meg, amikor és ahol neki arra szüksége van [5]. Mennyiségük a szükségesnél sok esetben nagyobb (részarányuk 19%-ról 30%-ra nőtt), de a gyógyszerhiányok a 70-es években súlyosabb problémát jelentettek, mint az ötvenes évek végén. Hátrányos továbbá, hogy ezek a készletek igen determináltak, mert esetenkénti átirányításukra kevés a lehetőség, információ hiányában. (A gyógyszerházak cikkelemenkénti készleteiről az irányító szerv illetékesei évente 1—2 teljeskörű felvétellel, de nem ilyen célból készült információval, a leltáradatokkal, valamint évente 1—2—3 nem teljeskörű felvétel adataival, amelyeket helyszíni ellenőrzés során nyernek, rendelkeznek.) A gyógyszerházi készletek teljeskörű felmérése a hatvanas évek közepén, néhány éven keresztül megtörtént, országosan azonos időpontban. Az összesített adatok azt mutatták, hogy sok készítmény készlete a szükséges és előírt mennyiségek többszöröse. A részadatokból pedig az derült ki, hogy a készletek területi megoszlása nem egyenletes, az egyes helyeken hiányzó készítményekből másutt felesleg volt és viszont.

A megyei raktárak készleteiről havonta részletes adatszolgáltatást kap a Gyógyáruértékesítő Vállalat. Az adatokat elsősorban a korlátozott mértékben rendelkezésre álló készletek elosztásakor veszi figyelembe. A megyei raktárak azonban nem is-

merik egymás készleteit, így nem alakulhatott ki közöttük a szakirodalomban többraktáros készletezésnek [6, 7] nevezett kapcsolat, amely pedig az ellátást egyértelműen javítaná. A megyei raktárak készletei így szintén eléggé determináltak, egy-egy készítmény átirányítására a szükségesnél és lehetségesnél kevesebb alkalommal kerül sor.

A fentiekből következik, hogy minden felhasználó számára, ha közvetve elérhető helyen is, de csak a Gyógyáruértékesítő Vállalat készletei vannak, azaz az ország készletének kevesebb, mint egyharmad része.

A készletcsoportosítás szükségessége és lehetősége

A készlet-átcsoportosítás szükségessége a fentiekből következően így fogalmazható meg:

- a gyógyszerkészletek áttolódása a felhasználók (a gyógyszerházak és a lakosság) készletébe, nem biztosítja azt az ellátási színvonalat, amely elvárható lenne ilyen magas országos összkészlettől. Sőt, e készletek determináltsága, a megfelelő információk hiánya nem is annyira vitathatóvá, mint inkább szükségessé teszik bizonyos fokú centralizálásukat, a mindenki által hozzáférhető készletek arányának növelését. A megyei, vagy a jelenleg nem is létező tájegységi raktárakba való készletösszevonás a következő előnyökkel járhat:

- az országos összkészletek nagyobb hányadáról állhat rendelkezésre információ; megjegyezve, hogy a gyógyszerházaknak korszerű információrendszerbe történő bevonása a közeljövőben nem lehetséges, de nem is feltétlenül szükséges az ellátás színvonalának emelése céljából,
- kialakítható a területi (tájegységi, megyei) ellátó raktárak közötti rendszeres output-input kapcsolat, a többraktáros készletezési rendszer, ez pedig szintén egyértelműen javítaná az ellátást.

A készletek centralizálásának feltételei:

- megfelelő befogadóképességű, korszerű területi ellátó (megyei, vagy inkább tájegységi) raktárak létrehozása,
- az utánpótlási rendszernek a centralizált készletekhez igazodó módosítása

A készletcsoportosítás lehetősége abban foglalható össze, hogy a szakirodalomban ABC-módszernek nevezett készletkategorizálás [6, 7] a gyógyszerkészletezésre is vonatkoztatható [8]. Ez utóbbi szerint a négy kategória

- az átlagost meghaladó mértékű biztonsági készletű készítmények közül a legfontosabbak, az „életmentő” jellegűek,
- az átlagost meghaladó mértékű biztonsági készletű készítmények, pl. antidotumok, antidiabetikumok stb.,
- az átlagos biztonsági készletű készítmények,
- a minimális biztonsági készletű készítmények közül a harmadik csoportba az átlagos biztonsági készletű készítmények, az enyhe lefolyású és a krónikus betegségek gyógyszerei tartoznak.

Ezek a készletek különösebb kockázat nélkül csökkenthetők a gyógyszerházakban, értékük illet-

ve a jelenlegi szóhasználatban: térítési díjuk) az összkészleteknek mintegy kétharmada.

Következtetések

A készletek csökkentése a gyógyszerellátásban két nézőpontból közelíthető meg:

- a gyógyszerári készletek adminisztratív úton, a lakossági készleteknek pedig az egészségügyi felvilágosító tevékenység fokozása útján történő jelentős, 30—50%-os csökkentése az ellátás jelenlegi színvonalát *nem rontandó*,
- a készleteknek a területi ellátó raktárakba történő átcsoportosítása, még az összkészlet bizonyos mértékű csökkentésével is, az ellátást számottevően *javítandó*.

Végeredményben egyetérthetünk azzal a feltevéssel, hogy 10%-nál nagyobb készletcsökkentés az ellátás javulásával járhat. Ennek igazolására olyan modell kísérletet javasolunk, amely egy vagy több korszerű megyei raktár készletezési és ellátási tevékenységét hasonlíttaná össze más megyék ilyen adataival.

IRODALOM

1. Láng M.: Anyaggazdálkodás és Raktárgazdálkodás 15, 4, 6—8 (1977). — 2. Hartai I., Csajtai M., Zalányi S.: Gyógyszerészet 21, 219—222 (1977). — 3. Najzer A. és mtsai: Előadás a Magyar Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesületének Kongresszusán, Pécs (1972).
- 4. Nagy M.: Közgazdasági Szemle 22, 479—490 (1975). — 5. Zalai K.: Gyógyszerügyi szervezés I. rész. Tankönyvkiadó, Budapest (1974). — 6. Chikán A.: Készletgazdálkodás. Tankönyvkiadó, Budapest (1973). — 7. Veress J.: Készletgazdálkodási módszerek és modellek. Tankönyvkiadó, Budapest (1974). — 8. Csajtai M., Hartai I., Zalányi S.: Gyógyszerészet 20, 413—415 (1976).

(Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyógyszertára, Pécs, Pf. 99. 7601., Szegedi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Szervezési Intézete, Szeged, Kossuth Lajos sugárút 35. 6724.)

Érkezett: 1978. IV. 23.

Megjegyzés: A szerkesztőség annak reményében közli a dolgozatot, hogy a téma időszerűsége és jelentősége hozzájárul a készletgazdálkodás, a gyógyszerellátással foglalkozókat. Az e közleményben kifejtett gondolatok alkalmasak lehetnek egy olyan vita megindítására, amely a készletgazdálkodás tapasztalatainak közreadásával hozzájárulhat a folyamatosabb gyógyszerellátáshoz. Várjuk a hozzászólásokat, és örömmel adunk helyet azoknak.

VISSZAÉLÉS A DOHÁNNYAL

A. F. Kutik: ÖAZ, 33 (5), 92 (1979).

Mindenki, aki csak valamelyest járatos a problémakörben tudja, hogy a legkülönbözőbb súlyos károsodást jelentő betegségek nagy része gyakrabban sújtja a dohányosokat, mint a nemdohányzókat. Ide sorolható a tüdőrák, szívinfarktus, ütőér-károsodás, tüdőemfizéma, dohányzók légesőhurutja, száj- és gégerák, gyomor- és bélfekély valamint a hólyagrák. A savanyú cigarettadohány nikotinsavakat tartalmaz, amelyek nem a szájban, hanem a tüdőben szívódnak fel. Ezért szívják tüdőre a szivarok füstöt. A szivar füstje lúgos kémhatású és a szájüregben abszorbeálódik, ezért a szivarozók ritkán szívják mellé a füstöt. Ez kevésbé terheli a tüdőt és a kívánt hatást mégis eléri vele.

Д-р И. Хартаи, д-р М. Чайгаи, д-р М. Давид, д-р Ш. Залани: Мысли о положении резервирования лекарственных препаратов

Авторы занимаются формированием планируемого резервирования лекарственных препаратов, далее распределением запасов между оптовой торговлей, областными складами лекарственных препаратов и аптеками. Анализируя настоящее расположение запасов, приходят к заключению. Что большие аптечные запасы не обеспечивают однозначно хорошее снабжение лекарственными препаратами. Считают возможным уменьшение запасов и обоснованную централизацию запасов в областные или территориальные снабжающие склады.

Dr. I. Hartai, Dr. M. Csajtai, Dr. M. F. Dávid and Dr. S. Zalányi: Some ideas related to the stockpiling of drugs

The development of planned stockpiling of drugs is outlined with respect to the distribution of stocks between the wholesale company, the county stores and the publicity pharmacies. Based on the analysis of the present system of distribution of stocks, they draw the conclusion, that large stocks piled up in the pharmacies do not unambiguously warrant the best supply of the patients with drugs. They believe that the stocks could be decreased and that it is motivated to concentrate the stocks in county stores or even in stores destined for the supply of larger areas.

Dr. I. Hartai, Dr. M. Csajtai, Dr. F. M. Dávid und Dr. S. Zalányi: Einige Gedanken über die Lage der Arzneimittelversorgung

Die planmäßige Bildung und die Verteilung der Arzneimittelversorgung werden zwischen dem Großhandel, den Komitatzweigen und den Apotheken von den Verfassern bekanntgemacht. Es ist festgestellt worden, dass die gute Arzneimittelversorgung durch die große Arzneimittelversorgung in der Apotheke nicht eindeutig gesichert wird. Verfasser halten es für möglich und begründet die Arzneimittelversorgung zu vermindern und entweder in die Komitatzweige oder in die Regionversorgungslager zu zentralisieren.

*D-ro I. Hartai, D-ro M. Csajtai, D-ro M. F. Dávid, D-ro S. Zalányi: Kelkaj pensoj pri la situacio de la medikamento-stokigo

La aŭtoroj skizas la elformigon de laŭplana medikamento-stokigo, krome la dividigon, de la stokoj inter la grandkomerco, la komitataj medikamento-deponejoj kaj la apotekoj. Analizante la nunan lokigon de la stokoj, la aŭtoroj konkludas, de la grandaj apotekaj stokoj ne certigas unuusen la bonan medikamento-provizadon. Ili pensas, ke la malpliigo de la stokoj estas ebla, kaj la centralizado de la stokoj en komitatajn aŭ regionajn provizantajn deponejojn estas motivita.

Felelőtlenségnek hat, könnyű dohányfajtákat általmatlannak propagálni. Egészség szempontjából legjobb a fermentálatlan, köhöggető dohány, mert utána csökken a rágyújtási vágy. Viszont a könnyű ún. nikotinszegény cigarettából többet szívunk, mert a hozzácsokott szerveset a nikotinszint eléérére törekszük. A védekezésnek kora ifjúkorban kell kezdődnie és az egészségügyi és nevelő szervek tagjainak példát kellene mutatniok a nemdohányzásban. Az NSZK-ban egy „Dohányzás és egészség” nevű munkacsoport részéről olyan követelés hangzott el, hogy egészségügyi intézményeknél csak az kapjon állást és az orvosi egyetemre csak olyanokat vegyenek fel, akik írásban kötelezik magukat a dohányzás mellőzésére. Svájcban és Nagybritanniában a kormányzat hatékony intézkedésekre készül a nikotinabuzus megfékezésére (88)

R. B.