

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA



MEDIMPEX

Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt.

1151 Budapest, Károlyi Sándor út 121.
Telefon: 414-1400; Fax: 414-1480

Mire jó a Naturland Nagy Svédcepp?

A Naturland Nagy Svédcepp nemcsak a népi orvoslás tapasztalatainak, hanem a **legújabb tudományos kutatások eredményeinek** figyelembe vételével 24 gondosan kiválasztott gyógynövényből készül. A hatóanyagok közül a keserűanyagok **elsősorban az étvágy és az emésztési folyamatok javítását segítik elő**, míg illóolaj alkotórészei és aromás anyagai a szervezet felerősítéséhez járulnak hozzá.

A Naturland Nagy Svédcepp serkenti a gyomornedv és az epe kiválasztását, csökkenti vagy megszünteti a bélgörcsöket és a puffadást, az emésztőszervek működésének szabályozásával és a normális működés helyreállításával pedig rendeződhetnek a székrekedéses panaszok. **Fertőtlenítő hatásával hozzájárul a szervezet felfrissítéséhez**, mert csökkenti az elsősorban a helytelen táplálkozás eredményeként keletkező méreganyagok képződését és felhalmozódását.

A kisebb-nagyobb mértékű **izomfájdalmak, zúzódások, duzzanatok, a méh- és darázscsípések** kezelésére borogatószerként vagy bedörzsölésként alkalmazott Naturland Nagy Svédcepp **hűsíti a testrészeket és enyhíti a fájdalmakat.**

A Naturland Nagy Svédcepp enyhe **fertőtlenítő hatása** révén alkalmas a **zsíros, pattanásos bőr ápolására, szájüregi fertőzések, valamint a légúti panaszokat gyakran kísérő torokgyulladás kiegészítő kezelésére.**

A Naturland Nagy Svédcepp a szervezet ellenálló képességének általános javításával hozzájárul a **kellemes közérzet kialakulásához és megőrzéséhez**, ezért válhatott a családi patikák nélkülözhetetlen háziszservé.



Ugye, Önnek is van a házipatikájában?

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA

JOURNAL OF THE HUNGARIAN PHARMACEUTICAL SOCIETY

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung:
H-1051 Budapest, Zrínyi utca 3. Telefon: 117-1488

Szerkesztőbizottság:

Főszerkesztő: dr. Lipták József
Felelős szerkesztő: Hankó Zoltán
Szerkesztők:

dr. Bozsik Erzsébet, dr. Brantner Antal, dr. Dobson Szabolcs,
Kéry István, dr. Kovács László, Ottlik Miklósné



dr. Nikolics Károly (a bizottság elnöke), dr. Bacsa György,
Dudits István, dr. Écsy Zoltán, dr. Gyarmathy Miklós,
dr. Hamvas József, dr. Kata Mihály, Kerekesné dr. Nemes
Mária, dr. Kéry Ágnes, dr. Marton Sylvia, dr. Mezey Géza,
dr. Mikola Bálint, dr. Sátorj Éva, Szendrényi Lajos,
dr. Tretyánszky Zoltán, dr. Zalai Károly

42. évfolyam

1.

1998. január

TARTALOM

CONTENTS

Dr. Lipták József: Az MGYT 1997. II. félévi tevékenysége.
Főtitkári beszámoló

3

J. Lipták: Activities of the Hungarian Pharmaceutical Society
in the second part of the year 1997. Report of the Secretary
General

Dr. Somody Imre: Aktuális gyógyszerpiaci kérdések

4

I. Somody: Current questions of the drug market

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

POSTGRADUATE INFORMATION

Dr. Gergely Judit: Szempontok időskorúak gyógyszeres keze-
léséhez

8

J. Gergely: Special aspects of pharmacotherapy in elderly
patients

Kósa Levente: Anxiolitikumok kutatás-fejlesztésének legújabb
irányzatai

12

L. Kósa: New trends in the research and development of
anxiolytics

Dr. philos. Borka László: Az izlandi páttól a gyógyszerek mo-
dern sztereokémiájáig

23

L. Borka: From the Iceland spar to the modern stereochemistry
of medicines

Dr. Stájer Géza: Csodálatos futball-labda. A fullerének felfe-
dezése

27

G. Stájer: The wonderful football-ball. Discovery of the
fullerenes

GYÓGYSZERÉSZETTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

PAPERS OF HISTORY OF PHARMACY

Dr. Sági Erzsébet: A régi magyarországi jezsuita patikák ismer-
tetése a legújabb kutatások alapján

29

E. Sági: Introduction of ancient pharmacies of Jesuits in Hungary
on the basis of recent investigations

Dr. Sági Erzsébet: Az egykori ungvári jezsuita patika

30

E. Sági: The late pharmacy of Jesuits at Ungvár

Szmodits László: ANNO... Gyógyszerész-évfordulók, 1998.

31

L. Szmodits: Anniversaries of pharmaceutics in the year 1998.

AKTUÁLIS OLDALAK

CURRENT PAGES

Csató Zsuzsanna: Az egészségkárosodott emberek mozgalmai-
nak sikerei és kudarcai a gyógyszerpolitika alakításában

35

Zs. Csató: Successes and failures in drug policies in the mirror
of the movement of health scared people

Dr. Ternák Gábor és dr. Almási István: Antibiotikum felhasz-
nálási szokások és a levonható költséghatékonysági tanulságok

39

G. Ternák and I. Almási: Habits of utilisation of antibiotics
and their financial consequence

Dr. Dobson Szabolcs: A Népjóléti Minisztérium újabb diagnosz-
tikus és terápiás irányelvei: osteoporosis, bakteriális aspecifi-
kus, húgyúti infekciók, húgycső-katéterezés, asztma, szorongá-
sos betegségek, lipoproteinek mint cardiovascularis rizikófak-
torok

43

Sz. Dobson: New diagnostic and therapeutic guiding principles
of the Hungarian Ministry of Welfare: osteoporosis, bacterial
aspecific urinal infections, catheterization of the urethra, asthma,
oppression diseases, lipoproteines as cardiovascular risk factors

Hazai és külföldi rendezvénytár, 1998.

48

Hungarian and international congress calendar for 1998

HÍREK

51

NEWS

(Részletesen lásd a tartalomjegyzék végén)

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI

60

NEWS OF DRUG REGISTRATION AND THAT OF PUTTING IN TO CIRCULATION**SZAKIRODALMI TALLÓZÓ**

63

CLEANING IN THE PROFESSIONAL PHARMACEUTICAL LITERATURE

Kitekintés

Survey of professional political reports in foreign periodicals

HÍREK: A gyógyszerész szerepe a HIV-AIDS pandémia elleni harcban – Dr. Nikolics Károly kitüntetése – Az MGYT Heves megyei szervezete 1997. évi rendezvényei – Az MGYT Borsod-Abaúj-Zemplén megyei szervezete 1997. II. félévi eseményei – Beszámoló az EUFEPS/CIR üléséről – Az EuroPharm fórum értekezlete – Sumamed szimpózium – Gyógyszer-nagykereskedelmi cégek egyesüléséről – In memoriam – A népjóléti miniszter 36/1997. (XII. 5.) NM rendelete – A népjóléti miniszter 52/1997. (XII. 2.) NM rendelete – A népjóléti miniszter 53/1997. (XII. 20.) NM rendelete – Egészségkárosodott emberek érdekvédő szervezetei

„GYÓGYSZERÉSZET” a Magyar Gyógyszerészeti Társaság lapja

Kiadja a Magyar Gyógyszerészeti Társaság, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Telefon: 118-1573

Felelős kiadó: Dr. Vincze Zoltán

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung: H-1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Előfizethető: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. belsőldi postautalványon vagy átutalással az MGYT átutalási számlájára: OTP V. kerületi fiók, Budapest, Deák Ferenc u. 7-9.

MGYT elszámolási számla: 11705008-20425230. Adóigazolási szám: 19000754-2-41

Előfizetési díj: egész évre 9000 Ft + 12% ÁFA. Egy példány ára: 750 Ft + 12% ÁFA

Készült 2900 példányban a PHARMAFONTANA Gyógyszerészeti Részvénytársaság Kiadó gondozásában.

Monthly journal. Subscription: Batthyany Kultur-Press Kft. H-1251 Budapest 11.

P.O.Box: 30., e-mail: batthyany@kultur-press.hu.

Műszaki szerkesztő: Molnár Zoltán

Sokszorosítás: Egri Nyomda

A kéziratok és mellékleteinek őrzését vagy visszaküldését nem vállaljuk.

Index: 25 362

Az MGYT 1997. II. félévi tevékenysége Főtitkári beszámoló*

Dr. Lipták József

Szervezési kérdések

Az elmúlt év második felében az elnökség két elnökségi ülést és egy alelnöki programegyeztető megbeszélést tartott.

Az elnökségi ülések határozatai közül kiemeljük, hogy az MGYT a fennállásának 75 éves jubileumát 1999-ben kongresszus megrendezésével ünnepli. Megalakult a kongresszus tudományos és szervező bizottsága, amelyet *prof. dr. Nyiredy Szabolcs* illetve *dr. Küttel Sándor* irányít. Az MGYT történetének összeállítására, amely szándékunk szerint a kongresszus kiadványa lesz, *prof. dr. Zalai Károly* kapott felkérést.

Az alelnöki megbeszélés a gyógyszerész továbbképzési rendszerének továbbfejlesztési lehetőségeit tekintette át. Időközben szélesebb körben is megvitatták a szükséges jogi és technikai teendőket abból a célból, hogy a felsőoktatási törvényt figyelembe véve az egyetemek közös feladataként az MGYT koordinálja a továbbiakban a továbbképzéseket, ezzel is eleget téve az MGYT alapszabályában foglaltaknak.

A vezetőség jóváhagyta az 1998. évi rendezvényprogramot. Kiemelte azt a jogos igényt, hogy a rendezvényeken az MGYT tagok jelentős kedvezményt élvezzenek a részvételi díj tekintetében. Az éves rendezvényprogramot külön közöljük.

Az 1997. évi program minden előzetes várakozás ellenére magas színvonalú és gazdag volt, amely jól tükrözte az MGYT vezetőségének azt a törekvését, hogy az átmeneti időszakban is biztosítsa a tagság továbbképzési igényét.

A vezetőség sajnálkozva vette tudomásul, hogy egyes pártoló tagok támogatásukat illetve tagságukat a gazdasági helyzetre való hivatkozással megszüntetik illetve csökkentik. Reményét fejezte ki a vezetőség, hogy az egyes vállalatok vezetői rövidesen újra csatlakoznak a gyógyszerészek továbbképzési programjának támogatásához.

Ide tartozik a szaklapok támogatásának ügye is. Már 1997-től kezdve minden Gyógyszerészet előfizető térítés nélkül megkapja a tudományos eredményeket ismertető *Acta Pharmaceutica Hungarica*-t. Ezt a gyakorlatot a továbbiakban is fenntartjuk.

A Gyógyszerészet c. lap kiadója az MGYT. Az elnökség 1991. évi határozata alapján felelős kiadója a Társaság elnöke (*dr. Vincze Zoltán*), főszerkesztője a főtitkár (*dr. Lipták József*), felelős szerkesztője változatlanul *Hankó Zoltán*. A szerkesztőbizottság elnöke új szaktekintélyeket nyert meg az *Acta Pharmaceutica Hungarica* szerkesztésére is.

A vezetőség tudomásul vette, hogy az MGYT kapcsolat

latot létesített a PharmaNet-tel és a Patika Tükör magazinnal is, információcsere céljából. Ezek az együttműködések az MGYT számára költséget nem jelentenek.

A vezetőség tudomásul vette a felügyelő bizottság értékelését az eddigi munkáról.

Nemzetközi kapcsolatok

Az MGYT a FIP vancouveri világkongresszusán a – Gyógyszerészetben már ismertetett módon – képviseltette magát.

Egyetemi oktatóink és a tagok egyaránt több nemzetközi szakmai rendezvényen vettek részt, főleg szponzorok támogatására révén. Néhány esetben az MGYT támogatta a részvételt.

Jelentősebb szponzori segítséget nyújtott a La Roche Hungaria Kft., a Hungaropharma Rt., a Solvay Pharma Kft. és az UNILAB Rt. és alapítványaik, amelyért a vezetőség az elismerését és köszönetét fejezte ki.

Az egyes konferenciákról szóló beszámolókat a Gyógyszerészetben folyamatosan figyelemmel kísérheték a kollégák.

Az MGYT-t meglátogatta és felkeresett néhány gyógyszerterát *Pamela Mason* brit gyógyszerész újságíró, akinek az MGYT-ról szóló írását a „Pharmaceutical Journal”-ban olvashatjuk.

Hazai rendezvények

A II. félévi rendezvényeinkről szóló beszámolókat szintén a Gyógyszerészet hasábjain találhatjuk meg. Külön kiemelendő, hogy a Gyógyszer az ezredfordulón II. c. rendezvény – hasonlóan a Gyógyszeranalitikai kollokvium sorozathoz – a HIETE által elismert továbbképző rendezvényé vált, a Farmakoökonómia konferencia és a Szervezési szakosztály rendezvénye pedig a MOSZ konferencia számára jelentett rangos szakmai programot.

November hónapban a társszervezetekkel közösen három emlékülésre került sor, amely méltó forma a gyógyszerészet társadalmi elismertetésének támogatására. Így jelen voltunk a *dr. Kóczián Géza* (1942–1987), a *dr. Pataky István* (1922–1992) és a *dr. Morvay József* (1928–1987) emlékülésen. Az egyes ülésekről beküldött beszámolókat lapunk közli.

Az MGYT a továbbiakban is erőfeszítéseket tesz, hogy a Társaság tagjainak szakmai továbbképzésében eredményes legyen, de ehhez a Társaság tagjainak aktivitását is igényli.

J. Lipták: *Activities of the Hungarian Pharmaceutical Society in the second part of the year 1997. Report of the Secretary General*

*Elhangzott az MGYT Országos Vezetőségének 1997. december 4-i ülésén.

Aktuális gyógyszerpiaci kérdések*

Dr. Somody Imre

A magyar egészségügy rendszerében dolgozók számára megszokottá váltak a folyamatos reformok, az átértékelődő szerepek, az állandósult konfliktusok a reálértéküket elvesztő forrásokért való küzdelemben. A következőkben a gyógyszerészetre és a gyógyszeriparra koncentrálna – érzékeltetve a két terület egymásrautaltságát – vázolom elképzeléseinket arról, hová is tartunk.

Mielőtt a gyógyszerpiac szereplőit érintő kérdésekre térek rá, felidézem annak a környezetnek a legfontosabb jellemzőit, melyben dolgoznunk kell, amely kijelöli azt az utat, melyen az egészségügynek fejlődnie kell és behatárolja azt, ahogy a jövőnkéről gondolkodhatunk.

A gyógyszerpiac környezete

Elsőként kiemelendők a magyarországi lakosság egészségi állapotának közismerten rossz mutatói. Az ebben rejlő szociális, politikai és gazdasági konfliktusok megkívánják a helyzet gyors javítását. Egyedül a jelenség gazdasági oldalát tekintve: felmérhetetlen hatással járhat, ha az egyre kisebb (ti. egyre korábban, még aktív korban elhalálozó vagy rokkanttá váló) értéktermelő réteg által termelt jövedelem egyre nagyobb részét leszünk kénytelenek elvonni az egészség egyre drágább helyreállítására. Ez a forráselvonás egyrészt lassítja a gazdasági növekedést – hiszen feltételezi, hogy az adó illetve járulékkulcsok nem csökkennek, hanem növekednek –, másrészt alapjaiban teheti lehetetlenné, hogy más, az ország versenyképessége szempontjából stratégiai területek (oktatás, informatika, kutatás-fejlesztés) megfelelő támogatáshoz jussanak.

Az egészségügyi rendszer – mely a legfontosabb háttérrel van a lakosság egészségi állapotára – súlyos válsággal küzd. A konfliktusok közül „közvetlen életveszéllyel” a rendszer finanszírozhatóságának kérdése fenyeget: meddig és milyen szolgáltatáscsomagra tartható fenn a közkiadásokból finanszírozott, alanyi jogon járó egészségügyi ellátás. A válasz eddig a szolgáltatási csomag szűkítése, bizonyos ellátások finanszírozásának megszüntetése, a biztosító fokozatos kivonulása volt például a gyógyszerek finanszírozásából. Ebben a folyamatban azonban mára elfogytak az intézményi tartalékok, a lakosság pedig a túróképességének vége felé jár. Véleményem szerint ezért az egészségügyre, mint kiemelten fontos ágazatra fordított kiadásoknak rövid távon emelkedniük kell.

Nyilvánvaló, hogy nem lehet elképzelni javulást az egészségi állapot terén, ha a célok megvalósításához a la-

kosság nem felelős partner. Ma azonban – bár történt előrelépés – még mindig jellemző az egészséggel szembeni passzív, sok esetben ignoráló, kockázatokat figyelmen kívül hagyó magatartás, valamint a megfelelő ismeretek hiánya. Ez nagyban meghatározza azt is, hogy mekkora terhet engedhetünk az egyéni döntéseknek az egészséget befolyásoló kérdésekben. Rávilágít egyben arra is, milyen nagy szerepe van az ismeretek bővítésében és a magatartás megváltoztatásában az egészségügyben dolgozó szakembereknek – orvosoknak, gyógyszerészeknek.

A gyógyszerválaszték alakulása

A gyógyszerpiac az egészségügy egy viszonylag kicsi, jól elkülöníthető része, szakmai oldalról aránylag kevés és jól meghatározható szereplővel. Ez a tulajdonsága teszi a támadások, a reguláció egyik elsődleges célpontjává. A gyógyszerpiac azonban az egészségügy egyik legérzékenyebb területe is, mely alapvetően befolyásolja az ellátás minőségét, ugyanakkor a gyógyszerek a legközvetlenebbül érzékelhető terhet jelentik a lakosság számára.

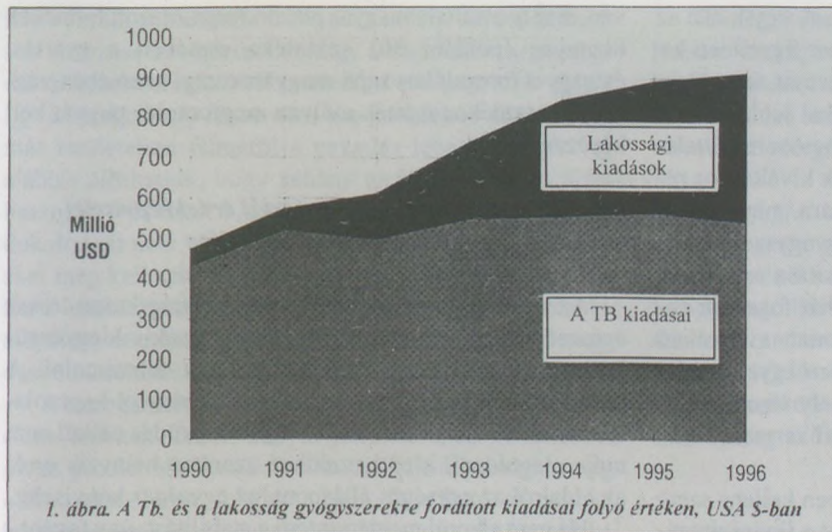
A gyógyszerpiacot illetően az egyik meghatározó tendencia a választék folyamatos bővülése. Ma már a hazai gyógyítás rendelkezésre álló különböző generációjú, különböző minőség–költség jellemzőkkel rendelkező termékekből álló gyógyszerpaletta modernnek mondható.

A választék modernizálódása természetesen magával vonta az árszínvonal jelentős emelkedését. Mivel a gyógyszerárak támogatására rendelkezésre álló források nem nőttek, a biztosító arányaiban egyre kisebb részt vállal a gyógyszerek finanszírozásából. Mindez jól megfigyelhető a Tb. és a lakosság terheinek alakulását folyó érteken szemléltető grafikonon (*1. ábra*). Az adatokat dollárban kifejezve egyrészt egy reálértékhez közelebb eső adatsort, másrészt pontosabb képet kapunk arról, miként vélekedhetnek erről a piacról az importőrök vagy a gyógyszergyártó cégek külföldi tulajdonosai, akik szintén valutában mérik teljesítményüket és tőkebefektetéseik megtérülését.

A lakossági terhek növekedésének forrása az árak emelkedésén kívül a bővülő OTC termékkör, valamint a térítési díj arányának növekedése a gyógyszerek fogyasztói árán belül.

A vényköteles gyógyszerek esetében a helyettesítő termékek elterjedésével lehetőség lett volna a finanszírozási szükséglet jelentős csökkentésére. A biztosító sajnos nem – vagy nem megfelelően – élt azokkal a lehetőségekkel, amelyek a beteg és a biztosító pénztárcája számára kedvező irányba strukturálhatták volna át a fogyasztási szerkezetet. Az adminisztratív szabályozás változtatása sok esetben megtörtént – mint pl. a patikai helyettesítés esetében

*A Magángyógyszerészek Országos Szövetsége VII. Kongresszusán 1997. október 10-én elhangzott előadás alapján.



sában, a betegségek megelőzésében a gyógyszertárak szakembereire kell és lehet támaszkodni. Ennek a lelkesítő szakmai feladatnak nagyon fontos része a recept nélkül kapható orvosságok helyes alkalmazásában való segítségnyújtás, tanácsadás a betegek számára. Ezért nem tartjuk elfogadhatónak, hogy Magyarországon a recept nélkül kapható orvosságok gyógyszertárakon kívüli forgalmazását engedélyezzék. A betegeknek a gyógyszert szakember kezéből kell megkapniuk.

Biztosíthatom Önöket, hogy a gyógyszerek forgalmazásával kapcsolatban ezt az álláspontot a betegek érdekében és a gyógyszerész tár-

–, ezt azonban nem kísérte az ösztönzőrendszer átalakítása és összehangolása, a politikai célokkal való párhuzamosítása, így az egyéni gazdálkodói érdek és a közkiadások csökkentésének igénye ellenmondásba került.

sadalommal egyetértésben fogjuk képviselni. A következőkben kérem, hogy fontolják meg és Önök is támogassák véleményünket a gyógyszeripart érintő néhány kérdésben, melyekre a következőkben térek ki.

Szükség van-e gyógyszerészre?

A helyettesítés és az OTC termékkör jelentőségének növekedésével a patikai gyógyszerész középpontba került. Egyre nagyobb felelősség terheli a megfizethető ellátás feltételeinek kialakításában, a beteg öngyógyszerezési döntéseinek támogatásában.

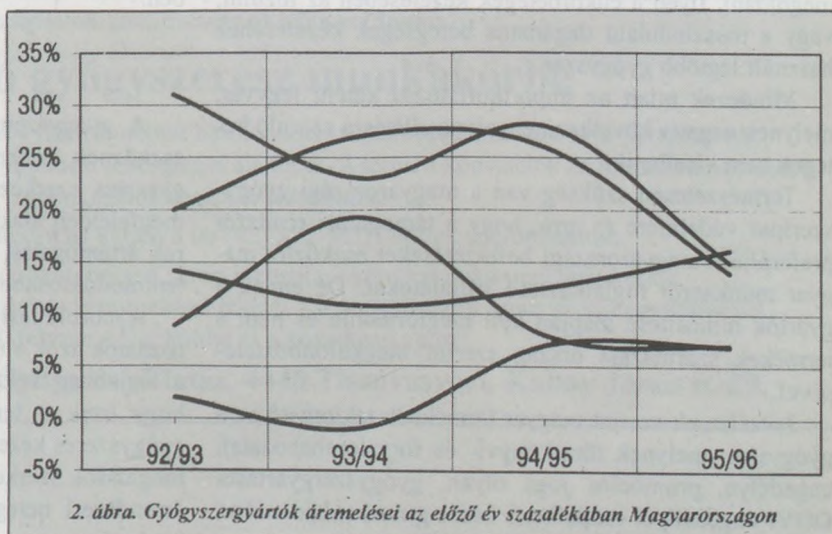
A Scrip című tekintélyes, gyógyszerpiaci kérdésekkel foglalkozó brit folyóirat 1994 májusi számában feltették a kérdést, hogy vajon szükség van-e egyáltalán a gyógyszerészek munkájára. A szerkesztő véleménye szerint lehet, hogy nem, mert munkájuk leszűkül a gyári csomagolású gyógyszerdobozok kiosztására, melyhez nem szükséges egyetemi diploma. A gyógyszerekkel kapcsolatos informálás feladatát a csomagoláson lévő betegtájékoztató mind a vényköteles, mind a vény nélküli gyógyszerek esetén átveheti. [A cikket a Gyógyszerészetben részletesen ismertette Stájer G.: A gyógyszertári (officinai) gyógyszerész szerepéről és feladatairól címmel (40, 85–89, 1996), majd a témáról a lapban szakmai vita bontakozott ki – a szerk.]

Álláspontunk szerint ezzel a kijelentéssel nem lehet egyetérteni. A magyarországi viszonyok, a betegek ismeretei alapvetően eltérnek a nyugati országokban tapasztalhatóktól. Az egészséggel szemben passzív, kevés tudással rendelkező beteg nem alkalmas az öngyógyszerezésre. Az önállóan hozott döntéshez hiányoznak az ismeretek. Ez a tény megnöveli a gyógyszert kiszolgáló szakemberek, gyógyszerészek és gyógyszertári asszisztensek felelősségét. A lakosság egészségkultúrájának javítá-

A gyógyszerárak és a gyógyszerkiadások

Az egészségügy szereplői számára a gyógyszerárak megítélése kettős. A gyártóknak egyrészt érdeke az árnövelés, másrészt kényszerhelyzetben vannak, mert eddig alacsony áron voltak kénytelenek értékesíteni gyógyszereiket, melyben nincs megfelelő tartalék a beszállítói oldalról jelentkező nyomással szemben. A finanszírozó ugyanakkor sokallja a kiadások mértékét, ezt a gyógyszerek árára gyakorolt nyomással akarja kezelni.

A gyógyszergyártók áremelési ellen folyó kampány a kiadások növekedésével kapcsolatban tévesen teszi a gyógyszergyártókat egyedül és egyetemlegesen felelőssé. A gyógyszerekre fordított kiadások alakulásából nem lehet a gyógyszeripar egészének árpolitikájára érvényes következtetéseket levonni. Ezt bizonyítja a 2. ábra, mely – névtelenül – öt Magyarországon tevékenykedő gyógyszergyár áremelési politikáját szemlélteti az utóbbi néhány évben.



A kiadások növekedésének azonban csak egyik oka az árszínvonal emelkedés. Emellett nem lehet figyelmen kívül hagyni a kínálat összetételének változását sem. Nem lehet vita tárgya, hogy mindannyian sokkal jobban érezzük magunkat ma, amikor a korszerű gyógyszerek általánosan elérhetőek, nem pedig csak egy szűk kiváltságos réteg vagy a legkorábban sorba állók számára, mint nem is olyan régen. A paletta modernizálása, a gyógyszerpiac liberalizációja az ellátás színvonalának javítása érdekében szükséges és helyes lépés volt, el kell tehát fogadjuk ennek elkerülhetetlen következményeit. Emiatt a növekvő kiadások megfékezésére a megoldást nem az egyes gyógyszerek árára gyakorolt nyomás jelenti, mely tapasztalataim szerint mára már gátjává vált a korszerű termékek magyarországi megjelenésének.

Mindenekelőtt a támogatási rendszerben kellene szem előtt tartani, hogy az teremtsen lehetőséget a finanszírozási terhek csökkentésére. Az egymással versenyző termékekben rejlő költségcsökkentési lehetőség kihasználása még ma is gyakran politikai megfontolásoknak esik áldozatul. A támogatási rendszer torzításai eltüntetik az árkülönbségeket, a beteg számára a térítési díj mögött nem érzékelhető a teljes kiadás hatalmas különbségei, a gyógyszerészeket nem ösztönzi megfelelő érdekeltségi rendszer a megtakarításokhoz vezető gyógyszerügyi gyakorlat folytatására.

Az iparvédelem kérdése

A hazai gyógyszergyártók évek óta visszatérő, jogos igénye a magyar munkaerőt foglalkoztató, hazai gyógyszeripar támogatása. Ennek érdekében azonban sok esetben nem a semleges iparági ösztönzőkért szállnak síkra, hanem különböző cégre vagy cégcsoportra vonatkozó iparvédelmi eljárások bevezetését kezdeményezték mind az Ipari és Kereskedelmi Minisztériumnál, mind a Népjóléti Tárcánál és az OEP-nél is.

A betegek színvonalas ellátásához szükség van az import gyógyszerekre. 184 gyógyszercsoportunkból a magyar gyógyszeripar 78 terápiás csoportban nem rendelkezik megfelelően magas színvonalú termékekkel. Ezekben a minőségi ellátást csak import készítményekkel lehet megoldani. Ilyen a cukorbetegség kezelésében az inzulin, vagy a rosszindulatú daganatos betegségek kezeléséhez használt legtöbb gyógyszer.

Mindezek miatt az importkorlátozás kétélű fegyver, melynek negatív következményeit az ellátásra szoruló betegek nem viselhetik.

Természetesen szükség van a magyarországi gyógyszeripar védelmére és arra, hogy a támogatási rendszer preferálja a magyarországi befektetéseket eszközölő, magyar munkaerőt foglalkoztató vállalatokat. De ennek a gyártók minősítése alapján kell megtörténnie és nem a termékek származási ország szerint megkülönböztetésével.

Javaslatunk szerint magyar terméknek tekinthető az a gyógyszer, melynek törzskönyvi- és forgalombahozatali engedélye, promóciós joga olyan, gyógyszergyártásra OGYI engedéllyel rendelkező hazai gyártó tulajdonában

van, amely az általa magyar piacon forgalmazott termékek bizonyos (például 50) százaléka esetében a gyártást és/vagy a formulálást saját magyarországi üzemében végzi. (A százalékos mérték nyilván megfontolás tárgyát kell képezze.)

Az egységes gyógyszergyártói érdekképviselet létrehozásának kérdése

Az ország gazdasági helyzete és tragikusan rossz egészségi állapota közötti konfliktust csakis kiegyensúlyozott, ellenőrizhető rendszerben lehet felszámolni. A kormányzat a stabil rendszer megteremtésével kapcsolatos feladatait az iparral történő együttműködés nélkül nem tudja megoldani, a párbeszédhez azonban hiányzik erről az oldalról az egységes álláspont, az egységes képviselet.

Ha nem sikerül megteremteni a stabilitást, úgy továbbra is rövid távú megfontolások alapján, gyakran változó környezetben kell dolgoznunk, esetleg a finanszírozási problémák elhatalmasodásával nagymértékű korlátozások lehetségesek. Mindkét eset kedvezőtlen hatással lenne valamennyi, Magyarországon tevékenykedő gyógyszeripari vállalat gazdálkodására.

Ugyancsak egységes érdekképviselettel lenne biztosítható a gyógyszergyártói érdekek hatásos, versenysemleges képviselete. A gyógyszeriparban dolgozók és a jövedelmüket a gyógyszerpiacon szerzők számára létkérdés, hogy a gyógyszeres terápia hasznosságát, a gyógyszerekben rejlő értékeket megfelelően tudjuk bemutatni annak érdekében, hogy a gyógyszerekre fordított kiadások megfelelő szinten maradjanak. Az érdekképviseletek jelenlegi felépítése eltereli a figyelmet erről az alapvető kérdéstről azzal, hogy a gyógyszergyártók termékeinek sikerét egymás rovására, egymás ellen érvelve, folyamatos összetűzések árán próbálja biztosítani.

Hazánkban ma gyakorlatilag egy kétszintű multinacionális érdekvédelmi rendszer működik. A köztük lévő ellentétek miatt ezek egyike sem nyerhet felvételt a Gyógyszergyártói Szövetségek Nemzetközi Federációjába, ezzel egy erős, nyomásgyakorlási lehetőséggel rendelkező szervezet potenciális támogatását veszítjük el a gyógyszerek pozitív megítélésének kialakításáért folytatott küzdelemben.

A támogatási rendszer

A gyógyszer-támogatási rendszernek a legfontosabb eszköznek kellene lennie ahhoz, hogy a gyógyszerfogyasztás szerkezetét az egészségpolitikai elvárásoknak megfelelően alakítsuk. Ennek ellenére talán a gyógyszerek ártámogatási rendszere az egészségügy egyik legelentmondásosabb területe.

A morbiditási és mortalitási mutatók alapján meghatározhatók azok a területek, amelyek a lakosság egészségét a legjobban veszélyeztetik. Magától értetődőnek tűnik, hogy ezek a területek prioritással kellene bírjanak a gyógyszeres kezelésben is, ennek ellenére a gyógyszer-támogatások szerkezete nem igazodik hozzájuk. A szív- és érrendszeri betegségek kezelésében használt gyógyszer-

rekre fordított kiadások *aránya* az utóbbi időben jelentősen visszaesett és köztudott, hogy a daganatos megbetegedések kezelésére sem áll rendelkezésre megfelelő forrás. Így a betegek egy része nem kap megfelelő ellátást, míg más területeken felmerül a pazarlás lehetősége, de legalábbis állíthatjuk, hogy néhány terápiás területen a felhasználás – és ezzel a kiadások – növekedési ütemének indokoltságát nem vizsgálják. A jövőben ezeket az anomáliákat meg kell szüntetni. Aktívabban kell alkalmazni azokat a lehetőségeket, amelyek kellő mélységű elemzésekre alapozott döntésekkel a kiadás szerkezetét a megbetegedési mutatóknak megfelelően alakítják át.

A támogatási rendszerben a gazdaságpolitikai és a szociális érdekek túlzott súllyal jelennek meg. A rendszert olyan problémák kezelésére használják fel, melyek megoldása nem lenne feladata. Nem fogadható el például, hogy a gyógyszer-támogatási rendszer a gazdaságpolitikai célok érvényesítése érdekében termékeket vagy gyártókat diszkrimináljon.

Természetesen mindaddig, amíg nem jön létre egy átlátható, országos ellenőrzési rendszer, addig a torzítások hatása nehezen számszerűsíthető, a racionális gazdálkodást ösztönző intézkedések hatásának mérése, azok betartásának ellenőrzése pedig lehetetlen.

Összefoglalva: az egészségügy reformjának folytatásában rengeteg a teendőnk, példátlan kihívásokkal állunk szemben, de hiszem, hogy választ találunk a kérdésekre, ha egymás céljait ismerve együttműködünk, s mindezt egy átlátható rendszer talaján tehetjük, ahol az érdekeltek feladata és felelőssége egyértelmű. A Generikus Egyesülés az együttműködésre kész, a világos rendszer megteremtésében pedig az Önök partnere lesz.

I. Somody: *Current questions of the drug market.*

Generikus Gyógyszergyártói és Forgalmazói Egyesülés, Veresegyház, Léway u. 5. – 2112

Magyarország egyik nagy múltú, amerikai tulajdonú gyógyszergyára az

ICN Alkaloida Rt.

dinamikusan erősödő hazai és világpiaci pozíciójának fejlesztéséhez

felvételt hirdet

a marketing munka iránt érdeklődő, jogosítvánnyal rendelkező (és lehetőleg az angol nyelvet beszélő)

orvosok és gyógyszerészek részére

TERÜLETI KÉPVISELŐ valamint **TERMÉKMENEDZSER**
munkakörökbe

és tiszavasvári munkahelyre a tudományos munka iránt érdeklődőknek

készítményeink magyarországi törzskönyvezésével kapcsolatos teendők ellátására, valamint a humán klinikai vizsgálatok szervezésére és lebonyolítására

fejlesztő gyógyszerész munkakörbe

Munkatársainknak a versenyképes fizetés mellett harmonikus csapatmunkát, hosszú távú perspektívát, folyamatos és magas szintű szakmai fejlődési lehetőséget ajánlunk. A területi képviselők és termékmenedzserek munkájához cégautót biztosítunk.

Részletesebb felvilágosítást kérjen a 06 (42) 372-511/1342-es telefonszámon.

Ha Ön szereti az új kihívásokat, hosszú távon biztosítani szeretné egzisztenciáját kérjük, fényképpel ellátott szakmai életrajzát és bemutatkozó levelét – a megpályázott munkakör megjelölésével – 1998. február 13-ig küldje el a következő címre:

ICN Alkaloida Rt., Személyügy és oktatás, 4440 Tiszavasvári, Kabay János u. 29.

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42.8–11. 1998.

Szempontok időskorúak gyógyszeres kezeléséhez

Dr. Gergely Judit

Világszerte növekszik az idős korúak aránya a lakosságban. A gerontológia az öregedés folyamataival foglalkozik, függetlenül az idős korban bekövetkező valamely konkrét betegség következményeitől. A geriátriai farmakológia a 75 évet betöltött korosztály gyógyszeres kezelésére irányítja a figyelmet. A megváltozott gyógyszerérzékenység főleg farmakokinetikai változások következménye, amelyek egyedi különbséget mutatnak. A farmakokinetikát befolyásolja a test csökkent víztartalma, a megnövekedett zsírmennyiség, a légyszemek csökkent aránya. Lassulhat a gyógyszerek felszívódása. Megváltozik eloszlásuk a szervezet vizeitereiben, szöveteiben. A gyógyszermetabolizmus folyamatai közül a májban végbemenő első fázisú enzimatis reakciók gátlódnak, míg a konjugáció zavartalan. A gyógyszerek kiürülését a vesefunkció, a máj és a vese vérkeringése döntően meghatározza.

Az idős beteg sokszor több gyógyszert szed, egyidejűleg több betegségben szenved, így kialakulhatnak gyógyszeres interakciók. Különösen fontos ezt figyelembe venni krónikus betegségben szenvedők intercurrents betegségeinek gyógyszerelésénél. Magyarország lakosságának mintegy 20%-a idős korú. Megfelelő türelemmel és hozzáértéssel ismertessük velük a gyógyszeres kezelés célját, tartamát és kivitelezését. Nem lehet senki számára közömbös, hogyan alakul ennek a korosztálynak az egészségi állapota, aktivitása és részvétele a társadalom életében.

Világszerte növekszik az idős korosztály aránya a lakosságban. Az „idős kor” meghatározás önkényes. A legtöbb statisztika a 60 év felettiek, több monográfia a 65 év felettiek sorolja ide, míg a geriátriai farmakológia a 75 évet betöltött korosztályra irányítja a figyelmét. Magyarország lakosságának 19,3%-a, a hasonló földrajzi fekvésű Ausztriának 14,3%-a, Romániának kb. 10,2%-a az idős korú, 60 év feletti [1]. A kor azonban nem mindig a kronológiai értelemben vett kor függvénye, a szervezet öregedését számos tényező determinálja, amelyek egyedi különbséget mutatnak.

A gerontológia az öregedés folyamataival foglalkozik, függetlenül az idős korban jelentkező valamely konkrét betegség következményeitől. Az már régen ismert volt, hogy a gyógyszerek hatása, adagja más csecsemő- és gyermekkorban, mint a felnőtteknél. A gerontológiai kutatások azonban főleg az utóbbi két-három évtizedben

gyorsultak fel, összefüggésben az átlag életkor meghosszabbodásával. Az élettani funkciók 40–45 év felett többnyire fokozatosan csökkennek. Ez némileg általánosítás, mert pl. egészséges idősök egyharmadában nincs csökkenés a creatinin clearance-ben. Néhány élettani funkció korfüggő változását szemlélteti az **I. táblázat**.

Az egyes gyógyszerek, gyógyszercsoportok iránti érzékenységben bekövetkezett időskori változások kutatása egyre inkább azt igazolta, hogy ezek elsősorban farmakokinetikai tényezőkre vezethetők vissza, bár egyéb körülményeket is figyelembe kell vennünk. Ez utóbbiak közül meg kell említenünk az idős korban csökkent homeosztázáló képességet, így a csökkent hőszabályozást. Az idős ember nehezen viseli el az alacsony külső hőmérsékletet, csökken a szomjúságérzése, könnyen dehidrálódik. 50 év felett az évek számának növekedésével 1 mg/dl-rel nő a postprandiális vércukor szint. Csökken a prohormonok

I. táblázat

Néhány korfüggő élettani változás

Elem, hormon, etc.	20 év	50 év	70 év <
Serum össz. Ca ²⁺	8,8–10,0 µg/dl	8,8–10,0 µg/dl	8,8–10,0 µg/dl
Serum össz. PO ₄ ³⁻	2,5–4,5	2,3–4,1 µg/dl férfi 2,7–4,4 µg/dl nő	2,2–4,0 µg/dl 2,9–4,8 µg/dl
Serum össz. Mg ²⁺	1,7–2,6 mg/dl	1,7–2,6	1,7–2,6
1,25-(OH) ₂ -D-vit	15–60 pg/ml	változatlan	
Osteocalcin	40 µg/ml férfi 25–30 µg/ml nő	10 µg/ml 10 µg/ml	→
Ösztrogen kiválasztás (fertilis korú)	25–100 µg/die	menopausa 5–10 µg/die	
Serum testosteron	300–1000 µg/dl		csökken

tekintendő dehidroepiandrosteron és dehidroepiandrosteronszulfát mennyisége [2].

A megváltozott gyógyszerérzékenység, mint említettük, a farmakokinetika egyes szakaszainak érintettségére vezethető vissza. A farmakokinetika azon folyamatokat tárgyalja, amelyeket a szervezet gyakorol a gyógyszerekre, azok bejutása után, míg a farmakodinámia a gyógyszerek szervezetre gyakorolt hatásával foglalkozik. A farmakokinetika fázisai: az abszorpció = felszívódás, disztribúció = megoszlás, metabolizáció = átalakulás, elimináció = kiürülés. Az ezen lépéseket befolyásoló legfontosabb változásokat a **II. táblázatban** foglaltuk össze.

II. táblázat

A farmakokinetikát befolyásoló tényezők változása a kor függvényében

Változók	Fiatal felnőttek (20–30 év)	Idős felnőttek (60–80 év)
A szervezet víztartalma (a testtömeg %-ában)	61	53
A szervezet zsírtartalma (a testtömeg %-ában)	26–33 nők 18–20 férfiak	38–45 36–38
A lágyrészek aránya (a testtömeg %-ában)	19	12
Serum albumin g/dl	4,7	3,8
Vese tömege (a fiatal korosztály %-ában)	100	80
Máj vérellátása (a fiatal korosztály %-ában)	100	55–60

A gyógyszer útja a szervezetben a felszívódással kezdődik.

Felszívódás, abszorpció

Kevés bizonyíték van arra, hogy idős korban megváltozik a gyógyszerek felszívódása. A felszívódás folyamatának korfüggő csökkenésével azonban számolnunk kell. Rendszerint lassul a gyomorürülés, csökkenhet a bélperisztaltika (pl. sok pépes étel fogyasztása). Ezzel összefüggésben prokinetikus szereket szedhet a beteg,

ami megváltoztathatja a felszívódást és a bélpaszszázst, ugyanakkor gyógyszeres interakciók is felléphetnek.

Megoszlás, disztribúció

A gyógyszerek szöveti megoszlása függ az alkalmazás módjától (enterális, parenterális), a testtömegetől, a lágyrészek tömegétől, az egyes szöveti alkotók egymáshoz viszonyított arányától (**II. táblázat**). Más a vízterek megoszlása idős korban. Többnyire csökken a szérumban albumin, amely igen sok gyógyszert köt meg, elsősorban a gyenge savakat. Növekedhet viszont az alfa savanyú glycoproteinek aránya, amelyek a gyenge bázisokat kötik meg, gyógyszereink többsége pedig ebbe a csoportba tartozik (**III. táblázat**). A kis molekulású gyógyszerek többnyire nem specifikusan kötődnek a fehérjékhez vagy a foszfolipidekhez, és ez a kötés reverzibilis. A proteinkötés egyben depot hatást is jelent. Egyes központi idegrendszerre ható gyógyszerek elhúzódo hatását a fehérjekötés erőssége, affinitása szabja meg [3]. A gyógyszerek hatásukat csak szabad állapotban fejtik ki. A protein kötésből felszabadulva kérdés, hogy a hatás növekszik-e. Mivel az erős affinitással kötődő gyógyszerek is legfeljebb 30%-ban kötődnek fehérjékhez, így a hatékony gyógyszer koncentráció nem fog jelentősen növekedni [4]. Ehhez társul a szabad gyógyszer szint növekedésével arányosan növekvő elimináció. Idős korban azonban csökkent eliminációs rátával, clearance-el kell számolnunk. Nem lehet közömbös, különösen több gyógyszer együttes adagolásakor, hogy a fehérje kötésből mikor és mennyi gyógyszer szabadul fel. Az elimináció csökkenése klinikailag jelentős interakcióra vezet, így orális anti-diabetikumok hypoglycaemiát idézhetnek elő nemsteroid anti-rheumatikumok egyidejű szedése esetén [3]. A gyógyszer steady-state hatását a megoszlás jellemzően befolyásolja. Mivel idősekben a víztartalom csökkent, a zsírtartalom magasabb, a máj- és veseműködés többnyire beszűkült, így a fehérjekötés nemcsak a gyógyszer hatékony dózist, de a hatástartamot is befolyásolhatja.

III. táblázat

A gyógyszerek kötődésében várható változások

Gyógyszerkötő molekulák megnevezése mennyiségének változása		A kötődő gyógyszerek megnevezése szabad szérumszintjének változása	
Szérumban albumin	↓	enyhén savanyú gyógyszerek (szalicilátok, barbiturátok, warfarin, lorazepam, theophyllin, szulfanamidok)	↑
α_1 savanyú glycoprotein	↑	enyhén bázikus gyógyszerek (lidocain, amidazophen, noraminophenazon)	↓
α_2 globulin		pajzsmirigy hormonok, (T_3), szteroidok (szexuálissteroidok)	↓
		D-vitaminok	↔

Metabolizmus

A gyógyszerek metabolizmusa főleg a májban megy végbe. A gyógyszerek többsége testidegen anyag, xenobiotikum. A metabolizmus első szakaszában általában polaritásuk, vízdékonyságuk növekszik és ez teszi lehetővé a későbbiekben kiválasztásukat. A metabolizmus második szakaszában a gyógyszerek a test saját anyagaihoz, legnagyobb részben glükuronsavhoz, kisebb mértékben szulfátészterhez, glutathionhoz kötődnek. Ez a folyamat (a konjugáció), inaktíválja őket és a kiürülő gyógyszerek nagy része hatástalan metabolit. A májban végbemenő átalakulás részint enzimatis, a gyógyszerek egy részénél nem enzimatis. Több vizsgálat igazolta, hogy főleg az első fázis enzimatis reakciói gátlódhatnak idős korban, míg a konjugációs reakciók érintetlenek. A gyógyszerek egy részének átalakulása idős korban csökken, hatása elhúzódóvá válik, más gyógyszereknél nem mutatható ki változás. A prazosin metabolizmusával magunk is foglalkoztunk és experimentálisan nem volt különbség fiatal és idős állatok metabolikus folyamataiban [5].

A szérumbilirubin szint nemi és életkori különbségeket tükröz (IV. táblázat). Csökken továbbá a hepaticus clearance. A clearance az a szám, amely kifejezi, hogy a vérből (vagy vizeletből) egy perc alatt mennyi ürül ki. A hepaticus clearance azt jelzi, hogy a máj egy perc alatt mennyi gyógyszert vont ki a vérből. A gyógyszer clearance összegződik a vér, vizelet és egyéb kiválasztási utak (pl. verejték, kilélegzett levegő) clearance-ével. Figyelembe kell azt is vennünk, hogy idősebb korban gyakoribbak azok a betegségek, amelyek a máj keringését is érintik pl. a pangásos szívelégtelenség. Ezek a keringésfüggő gyógyszereliminációt gátolják, többek között a propranolol, verapamil, morfin metabolizmusát és kiürülését. A hepaticus clearance-ben bekövetkező változások néhány jellemző példáját tüntettük fel az V. táblázatban.

IV. táblázat

A szérumbilirubin-szint változása a nem és az életkor függvényében

Nem	Életkor (év)	Bilirubin mg/dl
Férfi	20–29	0,72
	60–70	0,55
Nő	13–19	0,61
	60–70	0,48

V. táblázat

Korfüggő változások egyes gyógyszerek hepaticus clearance-ében

Csökkenés	Nincs változás
Barbiturátok	Etanol
Diazepam (Seduxen)	Prazosin (Minipress)
Chlordiazepoxid (Elenium)	Szalicilátok
Imipramin (Melipramin)	
Propranolol (β -blokkoló)	
Theophyllin	

Kiválasztás, kiürülés, elimináció

A kiválasztás legfőbb szerve a vese, noha természetesen a máj, a tüdő és az egyéb szervek is szolgálnak

VI. táblázat

A creatinin clearance-e (ml/min) 1,73 m² testfelszínre számítva és képződése az egész szervezetben (mg/24^h)

Kor (év)	Creatinin clearance ml/min	Creatinin képződés mg/24 ^h
17–24	140	1790
25–34	140	1862
35–44	133	1746
45–54	127	1689
55–64	120	1580
65–74	110	1409
75–84	97	1259

VII. táblázat

Biológiai féleletidő (t_{1/2}) növekedése a kor függvényében

Gyógyszer neve	t _{1/2} (órákban)			
	20 év	40 év	60 év	80 év
Ampicillin	1,4		1,9	
Cefamandol (Mandokef)	1,6	1,8	1,8	
Doxycyclin	12	15	17,0	74
Digoxin	50		62	
Phenobarbital	76	80	100	95
Aminophenazon (Amidazophen)	3,1	5,9	7,0	8,2
Phenylbutazon	76	76	100	110

kiválasztó szervként. Idős korban csökken a vese tömege, romlik a vérellátása. A creatinin clearance egészséges idősök kétharmadában is csökken a korrallal (VI. táblázat). Ha pontos adatokra van szükség, akkor a 12- vagy a 24 órás creatinin clearancet meg kell határozni és ennek megfelelően kell a gyógyszer adagját kiszámítani. A beszűkült vesefunkció egyik fontos tényezője a meghosszabbodott féleletidőnek. A t_{1/2} az az idő, amely alatt a gyógyszer plazmakoncentrációja a felére csökken (VII. táblázat). A plazma felezési idő és a gyógyszer hatástartama között nem minden esetben van egyenes arány, különösen így van ez a liposzolubilis gyógyszerek esetében. Vannak bizonyos genetikai eltérések, egyedi variációk, sőt egyes gyógyszerek esetében a metabolizációs enzimek ún. polimorfizmusát is felismerték (pl. lassú és gyors acetilálók), mint a gyógyszermetabolizmus, féleletidő változásának okát.

Interakciók

Az egyidejűleg szedett gyógyszerek között interakciók léphetnek fel, farmakokinetikus, de farmakodinámiás szinten is. Igen gyakoriak a gyógyszerkölcsonhatások a Digitalis készítményekkel, az antiepileptikumokkal, a

véralvadásra ható szerekkel, az orális antidiabetikumokkal, nonsteroid antirheumatikumokkal [6]. Mivel e készítmények jó részét olyan megbetegedések kezelésében alkalmazzák, amelyek előfordulási gyakorisága nagyobb a közép- és időskorú populációban, így ezen készítmények együttes adagolása igen gondos dózis megválasztást és alkalmazási indikációt igényel [7].

Compliance

A compliance azt jelzi, hogy a beteg mennyiben tesz eleget a kezelésével kapcsolatos elvárásoknak, a gyógyszereszedésnek, az előírások betartásának. Egy felmérés szerint a betegek 50%-a veszi be a rendelt gyógyszert ambuláns ellátásban [8]. A non-compliance oka lehet feledékenység, nem veszi be, vagy éppen kétszer veszi be a gyógyszert a beteg. Ok lehet az is, ha már volt a gyógyszerrel rossz tapasztalata (allergia, szédülés, vagy nem hatott a szer). Klinikai és járóbeteg-ellátási tapasztalat, hogy akut betegség hosszabb ideig tartó kezelésekor romlik a compliance.

Külön gondosságot igényel a krónikus betegségben szenvedő és ezen betegség terápiájára beállított beteg kezelése, ha közben egy intercurrentis betegség lép fel és az ennek terápiájában alkalmazott gyógyszer interferál, vagy interakcióba lép az alapbetegség kezelésében adott készítménnyel. Ilyenkor a beteg ellenőrzését, a gyógyszer(ek) dózisének szükséges módosítását el kell végezni. Az intercurrentis betegség kezelésének befejezésekor az alapbetegség gyógyszer dózisének ellenőrzése és újbóli beállítása válhat szükségessé.

Mit tehetünk az idős betegek biztonságosabb kezeléseért?

Ajánlatos valamely először alkalmazott gyógyszert a legkisebb terápiás adagban adni és csak hatástalanság esetén növelni a dózist. Lehetőleg az első adagot este vegye be a beteg. Így az esetleges nemkívánt hatások (pl. szédülés, hirtelen vérnyomás változás) otthonában érik, ahol biztonságérzete nagyobb, szükség szerint le tud feküdni stb. Az idős betegek többsége igen érzékeny, fontos tehát az előírt gyógyszer alkalmazási módját, az alkalmazás gyakoriságát és a kezelés időtartamát kellő türelemmel és körültekintéssel megmagyarázni.

A gerontológiai korú lakosság helyes kezelése, a velük való kapcsolat megfelelő módja kihat nemcsak a betegre, hanem családjára, környezetére, közvetve az egész társadalomra.

IRODALOM

1. Health for all database 1994, 01. 01. – 2. Fehér T.: Orv. Hetil. 137, 2029 (1996). – 3. Wessler, I.: Arzneimittelther. 8, 167 (1990). – 4. Katzung, B. G.: Basic and Clinical Pharmacology. 6th edition. Appleton and Lange, Connecticut, 1995. – 5. Kulcsár-Gergely, J., Kulcsár A.: Acta Pharm. Hung. 59, 17 (1989). – 6. Mezey G., Aslam M.: Gyógyszeres interakciók. Springer Hungaria, Budapest, 1993. – 7. The Merck Manual of Geriatrics. Eds.: Abram W. B., Berkow, R. Rathway, N. Y., 1990. – 8. Ludwig E.: A racionális antibiotikum választás alapelvei (előadás). Debrecen, 1997.

J. Gergely: *Special aspects of pharmacotherapy in elderly patients*

The percentage of elderly age-group among the population is worldwide growing. Geriatric pharmacology focuses mainly to people over 75 years. Chronological age is however only one determinant of pharmacotherapeutic aspects in the elderly. The changed drug responsiveness is rather related to altered pharmacokinetics albeit some pharmacodynamic changes are also known. Pharmacokinetic are influenced in the old by decreased total and percentual body water, reduced lean body mass, increased fat content and impaired renal and hepatic circulation. Absorption may be slower, tissue distribution of bound to free drug concentration altered since albumin is reduced and α_1 -acidic glycoprotein level may be increased. These fractions are binding drugs possessing lower resp. higher pH. The phase I metabolism of drugs undergoing enzymatic cleavage by the mixed-function oxidase system of the liver cells is impaired. The phase II conjugation is undisturbed. The elimination processes are highly determined by hepatic and renal clearance which is in two-third of elderly declined. Thus half-life and duration of action of certain drugs is prolonged. The elderly patient often suffers in multiple diseases needing multiple therapeutic interventions giving possibilities to drug interactions. This is particularly important in patients suffering in a chronic illness with a well stabilized therapy (e.g. diabetes mellitus) when an intercurrent sickness necessitates also treatment(s).

About 20% of Hungarian population belong to the geriatric age. Competent and patient experts, medical doctors and pharmacists should explain to the elderly the aim, duration and procedure of the drug therapy to render a real help to aged persons.

Anxiolitikumok kutatás-fejlesztésének legújabb irányzatai

Kósa Levente

Az anxiolitikumok vagy szorongásoldók (szorongás csökkentő/gátló szerek) olyan nyugtató hatással rendelkező pszichofarmakonok, amelyek a kis dózisban hasonló effektust mutató szedato-hipnotikumokkal szemben még nagy adagban sem okoznak narkózist. Csillapítóan hatnak (anxiolitikus = aggodást oldó hatás) a szorongásban, fokozott idegfeszültségi állapotokban anélkül, hogy fáradtságot idéznének elő, mint az egyébként e célra szintén alkalmazható szedatívumok (nyugtató szerek) és hipnotikumok (altatók).

A szorongás normális lélektani jelenség is lehet, ez önmagában nem jelent betegséget. A szorongásos betegségek közé azokat a körképeket sorolják, melyeknél a szorongás meghatározó tünetnek tekinthető és a tünetek funkciók károsodását okozzák [1].

A szorongásos zavarokra a szorongás inadekvát megjelenése jellemző. Kórosnak azáltal minősíthető, hogy ez a reakció túlméretezett, indokolatlan, látszólag jelentéktelen események hatására is bekövetkezik (generalizált szorongás-szindróma). Más esetekben a szorongásos reakció átalakul, „strukturálódik”, speciális formákban jelenik meg (pánikbetegség, fóbiák, kényszerbetegség stb.).

A generalizált szorongás-szindróma (krónikus szorongás) és a pánikbetegség (akut szorongás) kezelésére használt szereket *szorongásoldóknak (anxiolitikumok)*, míg a kényszer neurózis (obsessiv-compulsiv syndroma) és a fóbiás neurózis kezelésére használt gyógyszereket pedig *antineurotikumoknak* hívjuk.

A régebben szorongásos neurózissnak nevezett, igen heterogén és nehezen körvonalazható diagnosztikus kategóriából az utóbbi időben legalább két, egymástól klinikailag, genetikailag és terápiás választ illetően is jól elkülönülő kisebb betegséget határoltak el.

Az egyik a *generalizált szorongásos betegség* (generalizált szorongás-szindróma), amelyre a tartós, perzisztens szorongás jellemző. Nem áll arányban a kiváltó stresszel, vagy kimutatható ok nélkül jelentkezik.

Ezzel szemben a *pánikbetegsége* a legváratlanabb helyzetekben, rohamszerűen jelentkező, általában rövid ideig (percekig) tartó igen heves szorongás, halálfélelem, az önkontroll elvesztésének fenyegető érzése, és az ehhez társuló intenzív, vegetatív-teszt tünetek (szívdobogás, mellkasi szorítás, remegés, izzadás, légszomj, verejtékezés, szédülés stb.) jellemzőek.

Ezen a terápiás szegmensen igen intenzív kutatás-fejlesztési munka folyik. A *Pharmaprojects* – mely a világ gyógyszer kutatás-fejlesztését a legteljesebben átfogó, figyelemmel kísért kiadványa – több mint száz, a preklinikai fejlesztési illetve klinikai fázisban lévő, ez irányban fejlesztendő molekuláról referál [2]. A *Drug Data Report* kiadvány – mely a gyógyszerjelölt molekulákat a legkorábbi dokumentálási fázistól, a szabadalmi irodalomtól

kezdődően követi nyomon – mintegy 3000 molekuláról referál [3].

Ennek a nagyfokú érdeklődésnek – a nagy piac mellett – az a magyarázata, hogy a ma leginkább használatos és leghatásosabb szerek, az 1,4-benzodiazepinek igen távol állnak az ún. ideális anxiolitikumoktól. Csak eszközt s nem megoldást jelentenek a szorongás kezelésében, mert igen sok kellemetlen mellékhatással rendelkeznek.

A szorongás kémiai patogenezisében mai ismereteink szerint a következő neurotranszmitterek, kotranszmitterek és neuromodulátorok vesznek részt: GABA, szerotonin, noradrenalin, kolecisztoxinin, neuropeptid Y, kortikotropin releasing faktor.

Jelenleg a legintenzívebb kutató munka a következő kutatási irányokban folyik [4]:

- benzodiazepin receptor ligandumok,
- szerotonerg rendszerre ható szerek,
- kolecisztoxinin receptor antagonisták,
- kortikotropin releasing faktor antagonisták.

Benzodiazepin receptor ligandumok

A benzodiazepin kategória kémiai és ugyanakkor gyógyszer osztályt is jelent. Több mint 3000 benzodiazepin molekulát szintetizáltak eddig, ezek közül mintegy 50 nyert gyógyszerként alkalmazást az orvosi gyakorlatban [5].

A benzodiazepinek újabb kutatása 1978-ban vett nagy lendületet, amikor a Roche cég kutatóinak sikerült kimutatniuk patkányagykéregben a benzodiazepin receptort, mely meglehetősen specifikusan és nagy affinitással köti meg a diazepamot [6]. Így indult meg a benzodiazepin (BZD)-receptorok intenzív kutatása, mely során bebizonyosodott a benzodiazepinek és a GABAerg rendszer közti közvetlen kapcsolat.

1987-ben szintén ez a cég hozza forgalomba az első specifikus BZD-receptor antagonistát, a *flumazenil*-t (Anexate), melyet az öngyilkosság céljából elkövetett benzodiazepin-túladagolás kezelésére használnak antidotumként [6, 8].

Radioaktívan jelzett molekulák (radioligandumok) segítségével sikerült feltérképezni az agy benzodiazepin-receptorainak eloszlását. A legtöbb BZD-receptort a szorongás megélésében leginkább érintett agykéreg, az érzelmi élet integrálásában vezető szerepet játszó amygdala valamint a hipocampus, a kisagykéreg (cerebellum) és a hypothalamus tartalmazza [6].

A benzodiazepin receptor a sejtmembrán azon része, melyhez a benzodiazepinek és a nem-benzodiazepin szerkezetű, de hasonló farmakológiai profilú vegyületek kötődnek. A BZD-receptorok a szerkezetileg nagyon bonyo-

lult GABA_A/benzodiazepin/kloridioncsatorna receptorfehérje-komplex részei. Ez a szupramolekuláris fehérje öt polimorf alegységből áll: GABA_A-receptorok; barbiturát kötőhely; konvulzáns (görcsokozó szer, pl. pikrotoxin) kötőhely; neurosteroid (pl. pregnenalone) kötőhely és ezen komplex közepén helyet foglaló kloridioncsatorna. A BZD-receptorok helyileg a GABA_A-kötőhelyeken találhatóak [5, 7].

A BZD-receptor ligandumok hatásspektruma

A BZD-receptorokhoz kötődő ligandumok lehetnek agonisták, inverz agonisták és antagonisták.

A klasszikus, klinikailag használatos benzodiazepinek BZD-receptor agonisták. A GABA (gamma-aminobutiric acid = gamma-aminovajsav) az emlősök központi idegrendszeri gátlás szabályozásában fontos szerepet betöltő, kizárólag gátló funkciójú neurotranszmitter. Leegyszerűsítve ezt az igen bonyolult biokémiai folyamatot, a benzodiazepinek farmakológiai hatásukat úgy fejtik ki, hogy a GABA gátló transzmitter hatását felerősítik (potenciروزák), ezzel csökken a neuronok ingerelhetősége, fokozódnak az agyi gátlási folyamatok, és ez szorongás csökkentő hatású.

A BZD-receptor inverz agonisták szintén a BZD-receptorokhoz kötődnek és azokat ingerelve az agonistakéval ellentétes hatást váltanak ki. Csökkentik a GABA gátló transzmitter hatását, ezért szorongáskeltő (anxiogén) hatásúak.

A BZD-antagonisták – mint pl. a flumazenil – meggátolják mind a BZD-receptor agonisták, mind a BZD-receptor inverz agonisták kötődését a saját receptoraikhoz, így in vivo meggátolják a benzodiazepinek központi idegrendszeri hatásait. Ezért használhatóak fel a benzodiazepin-túladagolás kezelésére.

Jelenleg – a klasszikus benzodiazepinek előbbieken említett alkalmazási korlátainak a meghaladásához – két fontosabb kutatási irányzat létezik [5]:

- a BZD-receptor altípus szelektív ligandumok és
- a BZD-receptor parciális agonisták kutatása.

BZD-receptor altípus szelektív ligandumok

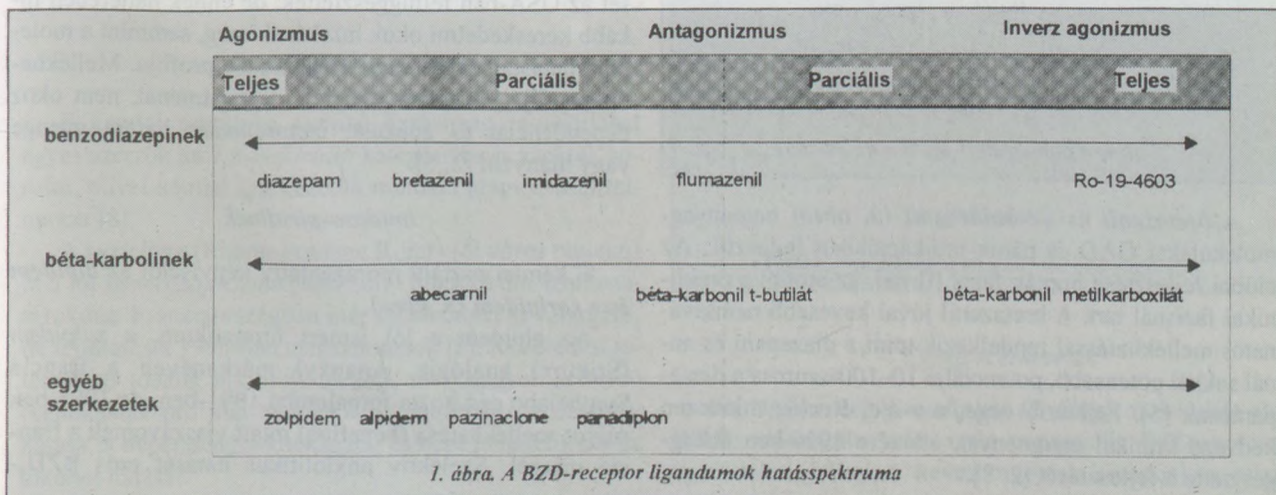
A BZD-receptor altípus szelektív ligandumok kutatása akkor vett lendületet, amikor bebizonyosodott, hogy a GABA_A/benzodiazepin receptorok nagyon heterogének, mintegy 16 alegységet sikerült azonosítani. Ezen alegységek különböző kombinációi receptor altípusokat alkothatnak, eddig 3 altípust sikerült világosan elkülöníteni, ezeket korábban BZD₁-, BZD₂- és BZD₃-receptor néven írták le, újabban omega_{1,2,3} néven emlegetik [5].

Ezen receptor elmélet szerint a BZD₁-receptorok főleg a kisagykéregben (cerebellum) találhatóak és rajtuk keresztül közvetítődik a szorongásoldás (anxiolízis). A BZD₂-receptorok főleg a hippocampusban és a striatumban fordulnak elő és a szedatív és az ataxiás (mozgás koordinációjának hiánya) hatások közvetítéséért felelősek. Mindazonáltal a BZD-receptor altípusok létezése eléggé ellentmondásos.

BZD-receptor parciális agonisták

Egy alternatív hipotézis szerint az anxioszelektívebb BZD-receptor ligandumok a BZD-receptor parciális agonisták lehetnek. A parciális agonisták az általuk elfoglalt receptornak csak egy részén fejtenek ki serkentő hatást, a receptor többi részén antagonistaként viselkednek. Igaziból a BZD-receptor agonisták és inverz agonisták nem két határesetet, hanem egy hatásspektrum két végpontját képviselik (lásd az 1. ábrát). Köztük helyezkednek el a parciális agonisták és a parciális inverz agonisták, azon ligandumok, melyek specifikus aktivitása egy és a zero között található (összehasonlításképpen a teljes agonisták ezen értéke eggyel, a teljes antagonistáké zéróval egyenlő) [5].

Ezen elmélet szerint – kissé leegyszerűsítve a dolgokat – a szorongásoldó hatáshoz elégséges a BZD-receptor egy részének az elfoglalása, míg a receptor nagyobb részeinek az elfoglalása maga után vonja a nem kívánt szedatív, izomellazító stb. mellékhatások megjelenését. A parciális agonisták esetében ennél fogva fennáll a lehetőség arra,



1. ábra. A BZD-receptor ligandumok hatásspektruma

hogy a kívánt szorongásoldó hatásról leválaszthatók legyenek a nemkívánatos mellékhatások.

A parciális agonisták a teljes agonistákhoz képest kevésbé hatékonyak, vagyis a velük elérhető maximális hatás (hatáserősség) kisebb. Ez jelentheti terápiás alkalmazhatóságuknak egyik gyenge pontját, főleg azon betegek esetében, akiket korábban a hatékonyabb teljes agonistákkal (pl. diazepam) kezeltek. Ugyanakkor nagyobb potenciállal rendelkeznek, vagyis alacsonyabb dózisban hatnak, mivel nagyobb affinitással kötődnek a receptorhoz. A klinikai gyakorlat szempontjából viszont a potenciál jelentősége mellékes, mivel ez csak a terápiás adag nagyságát határozza meg.

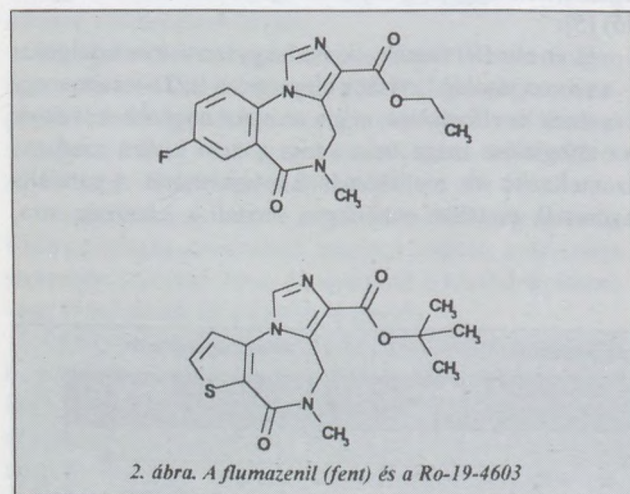
A teljes agonisták jelenlétében, a parciális agonisták ugyanazon receptorok elfoglalásáért versenyeznek, s mivel a teljes agonistáknál nagyobb affinitással rendelkeznek, ezért antagonistaként viselkednek és csökkenthetik a teljes agonisták hatásait (kompetitív antagonizmus).

Mivel a BZD-receptor parciális agonisták és a BZD-receptor altípus szelektív agonisták között elég nagy átfedések vannak, ezért legcélszerűbb a BZD-receptor ligandumokat kémiai szerkezetük szerint csoportosítani.

Imidazobenzodiazepinek

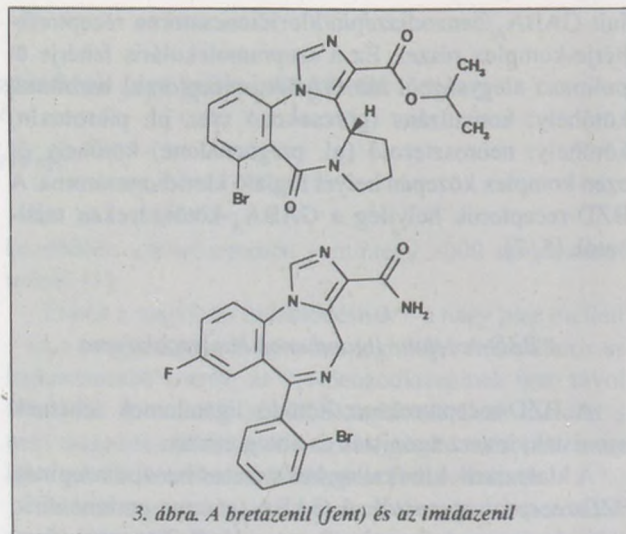
A BZD-receptor antagonistá **flumazenil** (2. ábra), Anexate néven 1987 óta van forgalomban antidotumként, az öngyilkosság céljából elkövetett benzodiazepin-túladagolás kezelésére [9].

A **Ro-19-4603** cégkódú BZD-receptor inverz agonista molekulát (2. ábra) biológiai tesztanyagként használják az anxiogenezis tesztekben [2].



2. ábra. A flumazenil (fent) és a Ro-19-4603

A **bretazenil** és az **imidazenil** (3. ábra) hatóanyagmolekulákat GAD és pánik indikációkban fejlesztik. Az előbbi fejlesztése humán fázis III-nál, az utóbbi a preklinikai fázisnál tart. A bretazenil jóval kevesebb nemkívánatos mellékhatással rendelkezik mint a diazepam és annál sokkal potensebb, potenciálja 10–100-szorosa a diazepaménak [5]. Fejlesztő cége, a svájci Roche, mindezen kedvező klinikai eredmények ellenére 1995-ben felfüggesztette a fejlesztését [2, 8].



3. ábra. A bretazenil (fent) és az imidazenil

Béta-karbolinok

A béta-karbolinok anxiolitikumként való kutatása a hetvenes évek végén indult el, amikor a BZD-receptor felfedezése után elméletileg felvetődött az a lehetőség, hogy ezen receptorok is rendelkeznek endogén ligandumokkal. Ez a gondolatmenet a morfin esetében már sikeresen vizsgázott, hiszen megtalálták az endogén morfinokat (endorfinok és enkefalinok). A béta-karbolin (vagy norharman) egy triciklusos indol alkaloida.

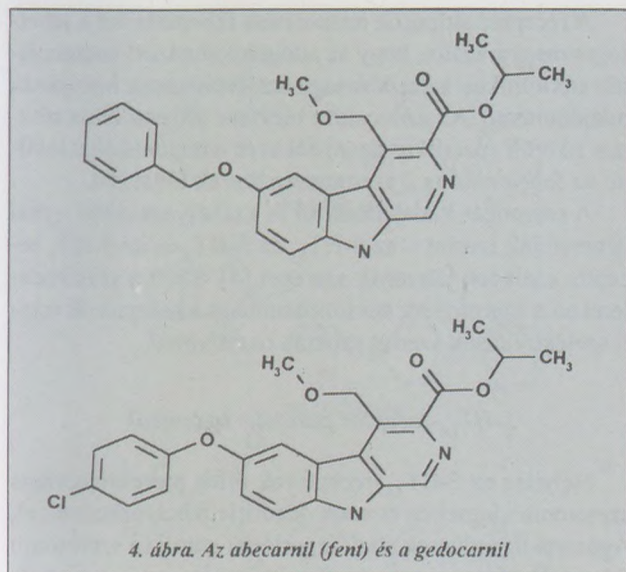
Hamarosan egymás után izolálták a szerkezetből a BZD-receptorokhoz kötődő endogén ligandumokat, melyek közül az első, a β -CCE (béta-karbolin-3-karbonsav-etilészter) a preparálás során keletkező műtermékek bizonyult, de elindított egy szintetikus kémiai munkát, melynek eredményeként a dán Ferrosan és a német Schering cég több érdekes központi idegrendszeri hatással rendelkező béta-karbolin-származékot állított elő [6]. Ezek közül legmesszebb a fejlesztésben az **abecarnil** és a **gedocarnil** (4. ábra) jutott. Az előbbi törzskönyvezés alatt van, az utóbbi fejlesztése pedig humán fázis III vizsgálatoknál tart [2, 8].

Az abecarnil hatásmechanizmusát tekintve egy parciális BZD-receptor agonista és szelektív BZD₁-receptor agonista, melyet a német Schering cég fejleszt. Fejlesztését az USA-ban felfüggesztették, de ennek hátterében inkább kereskedelmi okok húzódnak meg, semmint a molekula hatástalansága vagy mellékhatás profilja. Mellékhatás profilja jóval kedvezőbb a diazepaménál, nem okoz dependenciát és abúzust, izomrelaxáns hatása gyenge vagy hiányzik [2, 5].

Imidazo-piridinek

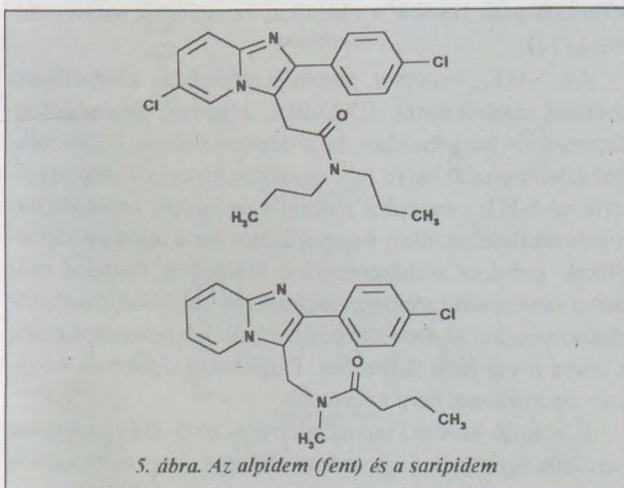
E kémiai osztály reprezentatív képviselői az **alpidem** és a **saripidem** (5. ábra).

Az alpidem a jól ismert hipnotikum, a **zolpidem** (Stilnox) analógja. Ananxyl márkanéven a francia Synthelabo cég hozta forgalomba 1991-ben, de 1995-ben súlyos mellékhatása (hepatitis) miatt visszavonták a francia piacról. Szelektív anxiolitikus hatását erős BZD₁-



receptor affinitásával magyarázták. Később kiderült, hogy szelektivitása csak korlátozott, mert az ún. perifériás BZD-receptorokra is hat, melyek a legnagyobb mennyiségben a májban található meg. Ez a tény magyarázhatja májműködés károsító hatását, amiért visszavonták a piacról ezt az igen ígéretes szert [5, 8].

A Synthelabo másik ígéretes anxiolitikumának, a saripidemnek a fejlesztése humán fázis II vizsgálatoknál szűnt meg [2].



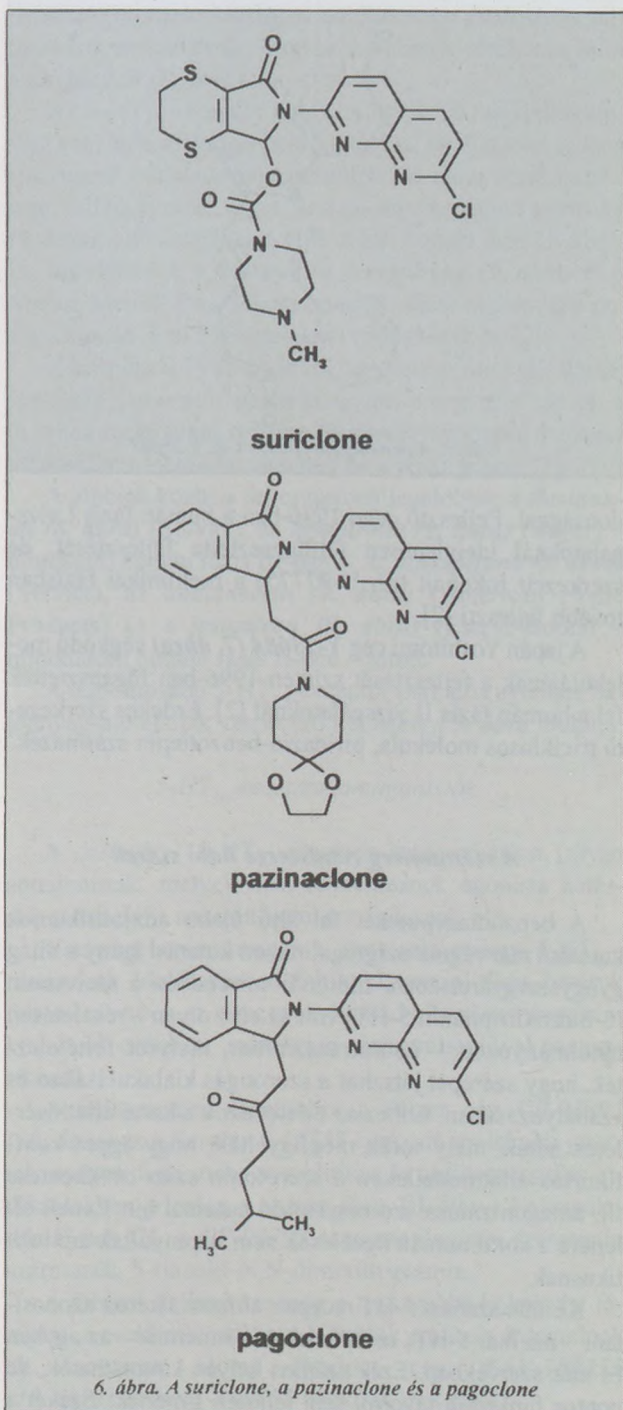
Ciklopirrolon származékok

E kémiai osztályba tartozó hatóanyag molekulákat egyes szerzők az 1,8-naftiridin kategóriába is szokták sorolni, mivel kémiai szerkezetük mindkét alapvázat tartalmazza [8].

A **suriclone** (Rhone-Poulenc Rorer) (6. ábra) molekula a jól ismert **zopiclone** (Imovane) hipnotikum szerkezeti rokona. Franciaországban már törzskönyvezés alatt állt, de fejlesztését 1996-ban megszüntették [2]. Közeledést jelentett az ideális anxiolitikum felé, mert nagyon kedvező mellékhatás profillal rendelkezik, minimális a szedatív hatása, a dependencia-kockázata, és nem potenciózza az alkohol hatását.

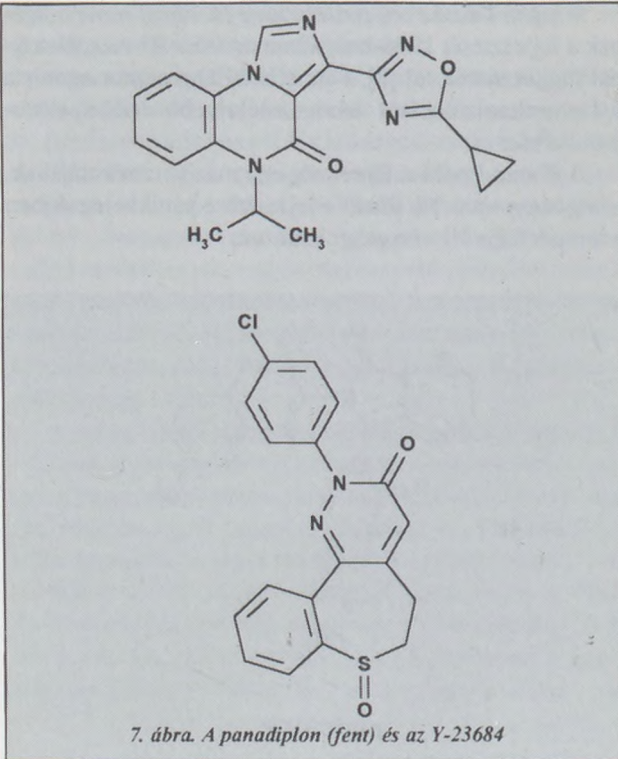
A japán Takeda cég **pazinaclone** (6. ábra) molekulájának a fejlesztését 1996-ban, a humán fázis III vizsgálatoknál függesztették fel [8]. Parciális BZD-receptor agonista hatásmechanizmusától anxioszektívebb hatásspektrumot vártak.

A Rhone-Poulenc Rorer cég egy másik molekulájának, a **pagoclone**-nak (6. ábra) a fejlesztése pánikbetegségben a humán fázis III vizsgálatoknál tart.



Egyéb szerkezetek

Az Upjohn cég **panadiplon** (7. ábra) molekulája egy imidazo-kinoxalin származék, a parciális BZD-receptor agonistákra jellemző kevert agonista/antagonista tulaj-



7. ábra. A panadiplon (fent) és az Y-23684

donsággal. Fejlesztő cége 1996-ban a humán fázis I vizsgálatoknál ideiglenesen felfüggesztette fejlesztését, de szerkezeti rokonait (pl. U-97775) a preklinikai fázisban tovább fejleszti [2].

A japán Yoshitomi cég Y-23684 (7. ábra) cégkódú molekulájának a fejlesztését szintén 1996-ban függesztették fel a humán fázis II vizsgálatoknál [2]. Érdekes szerkezetű triciklusos molekula, piridazin-benzotiepin származék.

A szerotonerg rendszerre ható szerek

A benzodiazepineket felváltó újabb anxiolitikumok kutatása már régóta megfogalmazott kutatási igény a világ gyógyszergyártásában. Időrendi sorrendben a szerotonin (5-hidroxitriptamin 5-HT) volt az első olyan – részletesen tanulmányozott – neurotranszmitter, melyről feltételezték, hogy szerepet játszhat a szorongás kialakulásában és szabályozásában. Ehhez az ötletet azok a korai állatkísérletek adták, mely során megfigyelték, hogy egyes konfliktusos állatmodelleken a szerotonin szint csökkentése ill. antagonizmusa szorongásoldó hatással bír. Ennek ellenére a korai humán kezelések nem bizonyultak anxiolitikusnak.

Később számos 5-HT receptor altípust sikerült azonosítani – ma már 5-HT₇ receptorokat is ismernek – az agyban és más szervekben. Ezek számos helyen kimutathatók, de pontos funkcióik távolról sem teljesen ismertek. Ezeket a receptorokat az aminosav szekvenciájuk és a hozzájuk kapcsolódó intracelluláris második transzmissziós rendszer („second messenger” = második hírvivő) szerint osztályozzák (pl. az 5-HT₁-receptorok „második hírvivője” a G_i regulátoros fehérjék, melyek a guanozin-trifoszfátot képesek megkötni; az 5-HT₃-receptoroké pedig a G_o-protein) [4].

A receptor altípusok azonosítása felvetette azt a lehetséges magyarázatot, hogy az addig alkalmazott antagonisták anxiolitikus hatástalansága szelektivitásuk hiányának tulajdonítható. Az azonosított receptor altípusokhoz részben sikerült specifikus agonistákat és antagonistákat találni, ez felgyorsította a szerotonerg szerek kutatását.

A szorongás kialakulásában és szabályozásában – mai ismereteink szerint – az 5-HT₁, az 5-HT₂ és az 5-HT₃ receptor családok játszanak szerepet [4]. Ezért a szakirodalomban a szerotonerg anxiolitikumokat a receptorok iránti szelektivitásuk szerint szokták osztályozni.

5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták

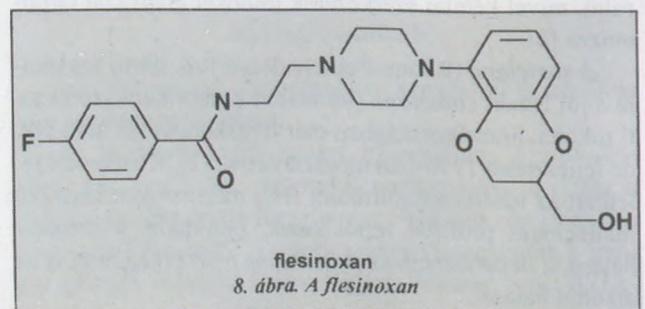
Helyileg az 5-HT_{1A}-receptorok főleg a preszinaptikus szerotonin idegsejten és azok dendritjein helyezkednek el. Agonista ligandumok általi ingerlésük gátolja a szerotonin felszabadulást (negatív feedback), tehát *autoreceptorokként* működnek. Az e receptorokra ható agonisták hatásmechanizmusa feltételezhetően e gátolt szerotonin felszabadulás következményeként kialakuló csökkent szerotonin transzmisszióval magyarázható.

Az 5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták kutatása iránti érdeklődést a *bupirone* (9. ábra) bevezetése és piaci sikere keltette fel. A bupiront eredetileg – dopamin antagonistá hatása miatt – atípusos antipszichotikumként fejlesztették. A generalizált szorongásos betegségben (GAD-ban) való hatásossága és az 5-HT_{1A}-receptorok iránti nagy affinitása csak később – a klinikai vizsgálatok során – derült ki [4].

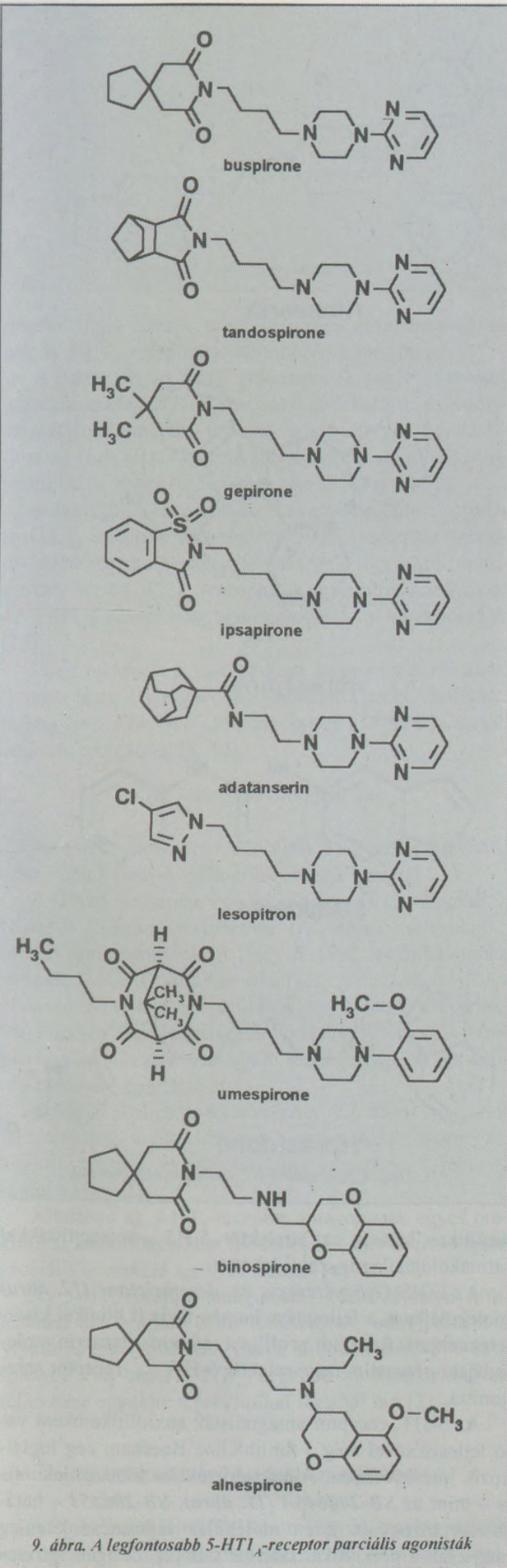
Az 5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták szignifikáns hatással rendelkeznek GAD-ban, a kevert szorongásos-depressziós kórképekben és a depresszióban. E látszólagos ellentmondás miatt egy egységes hipotézis szükségeltetik az 5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták hatásmechanizmusát illetően, mely magyarázatot adna mind az anxiolitikus, mind az antidepresszáns hatásukra. Paradox módon a potenciális antidepresszánsként való alkalmazhatóságukra éppen az anxiolitikus hatásuk késleltettségének a ténye hívta fel a figyelmet. Pánikbetegségben és kényszerneurózisban nem hatásosak.

Kielégítő klinikai tapasztalatról – az 5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták nagy száma ellenére – egyelőre csak a *bupirone*, az *ipsapirone*, a *gepirone* és újabban a *tandospirone* esetében beszélhetünk.

Az 5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták anxiolitikus profilja hasonlít a benzodiazepinéhoz. Ez nem véletlenszerű hasonlóság, mivel a szerotonin funkció csökkentése



flesinoxan
8. ábra. A flesinoxan



9. ábra. A legfontosabb 5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták

növeli a GABA-receptor által ellenőrzött kloridion-csatornán keresztüli ionáramlást. Ezért feltételezhetően az 5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták anxiolitikus hatása részben a megnövekedett GABA-receptor funkcióval magyarázható [4].

A kémiai szerkezet szempontjából az 5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták többsége buspirone analóg, vagyis a buspirone molekulában található két feltételezhető farmakofor (hatáshordozó) csoport – *azaspirodekán* és *pirimidinil-piperazin* – közül az egyiket vagy módosított változatukat tartalmazzák. Vannak azonban kivételek is, mint a **flesinoxan** (8. ábra).

Az 5-HT_{1A}-receptor parciális agonisták anxiolitikumként való fejlesztése igen sok buktatóval jár. Ezt jelzi az igen sok biztató molekula fejlesztésének idő előtti berekesztése vagy felfüggesztése. Így a Bristol-Myers Squibb **gepirone** (9. ábra) molekulájának a fejlesztését humán fázis III klinikai kísérleteknél, a Solvay cég **umespirone** (9. ábra) és a Marion Merrell Dow **binospirone** (9. ábra) molekuláját pedig a humán fázis I kísérleteknél rekesztették be [2].

A buspirone 1985-ös piaci bevezetése óta csak egyetlen 5-HT_{1A}-receptor parciális agonista érte el a piacot: a Sumitomo cég **tandospirone** (9. ábra) készítményét *Sediel* márkanéven 1996-ban vezették be a japán piacra [2].

A többiek közül a fejlesztésben legelőbbre a **flesinoxan** (8. ábra) (Solvay), az **ipsapirone** (9. ábra) (Bayer) – mindkettő humán fázis III-ban –, az **alnespirone** (9. ábra) (Servier), az **adatszerin** (9. ábra) (American Home Products) és a **lesopitron** (9. ábra) (Esteve-Boots) – mindhárom humán fázis II-ben – jutott.

A legfontosabb 5-HT_{1A}-receptor parciális agonista hatóanyag-molekulák szerkezeti képleteit a 9. ábra mutatja.

5-HT_{1A}-receptor antagonisták

A „csendes” 5-HT_{1A}-receptor antagonistákat (olyan antagonisták, melyek nem rendelkeznek agonista hatással) potenciális anxiolitikumként fejlesztik [4].

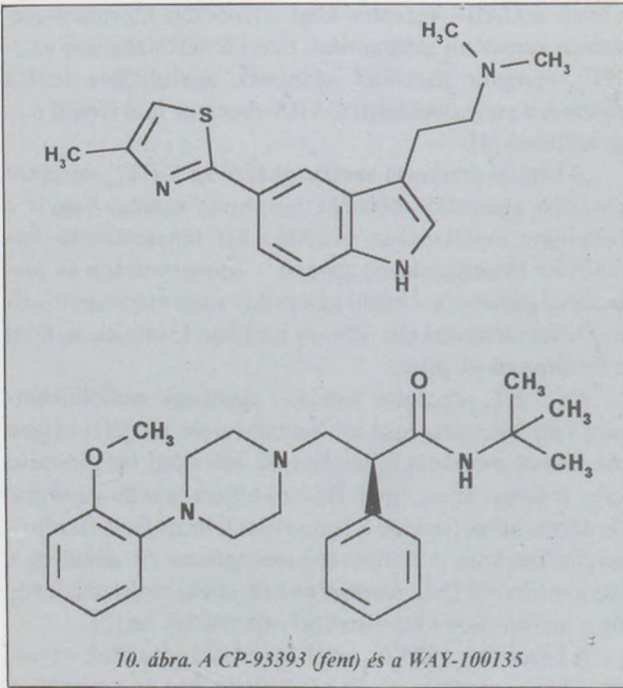
Hatásmechanizmusukat a posztzinaptikus 5-HT_{1A}-receptorok blokkolásával fejtik ki, anxiolitikus hatásuk feltételezhetően az e receptor-blokád következményeként kialakuló csökkent szerotonin transzmisszióval magyarázható.

A fejlesztésben legelőbbre a Pfizer cég **CP-93393** (10. ábra) és a Servier **S-15535** cégkódú molekulái jutottak, melyek fejlesztése anxiolitikus és antidepresszáns indikációkban jelenleg a humán fázis III illetve I vizsgálatoknál tart [2]. A **CP-93393** szerkezetileg egy szerotonin származék, 5-tiazolil-N,N-dimetiltriptamin.

A többiek fejlesztése még a legkorábbi fejlesztési fázisnál, a preklinikainál tart. Közülük említést érdemelnek az American Home Product cég **WAY-100135** (10. ábra) és **WAY-100635** cégkódú molekulái.

5-HT₂-receptor antagonisták

Az 5-HT₂-receptor családból a szorongás kialakulásában és szabályozásában – mai ismereteink szerint – az 5-HT_{2A} és az 5-HT_{2C} receptor altípusok játszanak szerepet



[4], habár az utóbbi években megjelentek 5-HT_{2B} receptorokra ható molekulák is [2].

Az 5-HT₂-receptor antagonisták kutatása és anxiolitikumként való fejlesztése iránti érdeklődést a **ritanserin** (11. ábra) (Johnson & Johnson, Janssen) molekulának a generalizált szorongásos betegségben (GAD) tapasztalt hatásossága keltette fel [4].

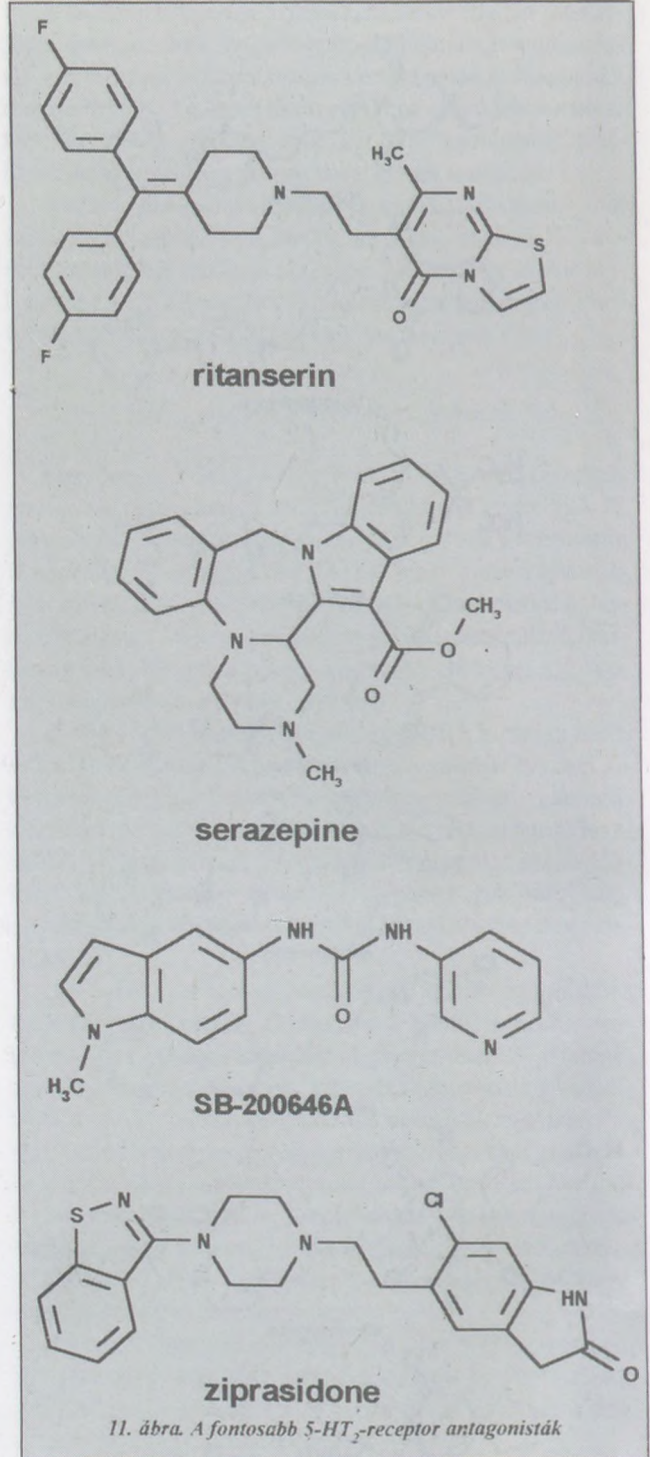
A **ritanserin** – mely egy nemszelektív 5-HT_{2A/2C}-receptor antagonistája, szerkezetileg a már forgalomban lévő **ketanserin** szerkezeti analógja – klinikai hatásosságát a GAD-ban szenvedő betegeken már 1985-ben kimutatták [4].

A molekula fejlesztését anxiolitikus és antidepresszáns indikációkban a humán fázis III klinikai kísérleteknél berekesztették [8]. Érdekes módon a **ritanserin** a preklinikai – állatokon végzett – anxiolitikus teszteken nem bizonyult egyértelműen hatásosnak. A **ritanserin** – mely azóta referens molekula az anxiolitikumok fejlesztésében – esete is bizonyítja, hogy az állatkísérletek prediktív értéke nem mindig egyértelmű, sokszor megkérdőjelezhető az állatokon észlelt pozitív eredmény előrevetítése az emberi szervezetre.

A nemszelektív **ritanserin** után sikerült szelektívebb antagonistákat szintetizálni, melyek vagy az 5-HT_{2A}- vagy az 5-HT_{2C}-receptorokra hatnak.

Igen ígéretes molekulának tűnt a Novartis (Ciba-Geigy) cég szelektív 5-HT_{2A}-receptor antagonistája, a **serazepine** (11. ábra), melynek fejlesztését humán fázis II klinikai kísérleteknél abbahagyták [2, 8]. A kémiai szerkezet szempontjából a serazepine egy egyedülálló pentaciklusos gyűrűrendszer első reprezentánsa, ahol a kondenzált gyűrűrendszer egy 1,4-benzodiazepin ciklust is tartalmaz.

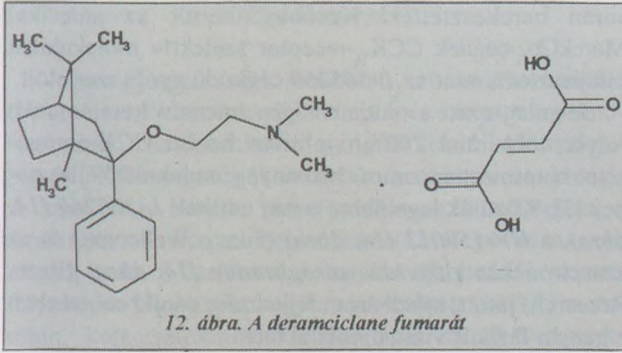
Az 5-HT_{2C}-receptor antagonisták kutatása iránti érdeklődést az a tény keltette fel, hogy a meta-klórfenilpiperazin (**mCPP**) molekula anxiogén (szorongáskeltő) hatását az 5-HT_{2C}-receptorok közvetítésével fejtik ki [4]. Az **mCPP** az atípusos antipszichotikum **trazodone** metabolitja. Egy hipotézis szerint e receptorok blokája an-



xiolitikus hatású, ezt szelektív 5-HT_{2C}-antagonistákkal farmakológiailag igazolni lehetett.

Az EGIS Gyógyszergyár Rt. **deramciclane** (12. ábra) molekulájának a fejlesztése humán fázis II klinikai kísérleteknél tart. Receptor profilja a referens ritanserin molekulájához hasonló, nemszelektív 5-HT_{2A/2C}-receptor antagonistája.

Az 5-HT₂-receptor antagonisták anxiolitikumként való fejlesztésével még a SmithKline Beecham cég foglalkozik intenzívebben. Állatkísérletekben több molekulája is – mint az **SB-200646A** (11. ábra), **SB-206553** – hatásosnak bizonyult. Ezen molekulák fejlesztése jelenleg még csak a preklinikai fázisnál tart [2], de igen ígéretes



molekuláknak tűnnek, mivel igen nagy affinitással kötődnek az 5-HT₂-receptorok különböző altípusaihoz.

A Pfizer cég az 5-HT_{2A}/dopamin D₂-receptor antagonistá **ziprasidone** (11. ábra) nevű molekuláját elsősorban antipszichotikumként fejleszti a skizofrénia kezelésére (humán fázis III). Alacsonyabb dózisban anxiolitikus hatással is bír, ebben az indikációban is fejleszti [2].

Végezetül, legújabbán kevert receptor profilú (5-HT_{2A/C}-receptor antagonistá, 5-HT_{1A}-receptor agonista) hatóanyag molekulákat fejlesztenek. Egy újabb hipotézis szerint az 5-HT_{2A/C}-receptorok antagonizálása fokozza az 5-HT_{1A}-receptorok agonizmusának a hatékonyságát [10].

Ilyen molekula a már említett **adatanserin** (9. ábra) (humán fázis II vizsgálatok), valamint a preklinikai kutatásban lévő **FG-5974** (Pharmacia) és **HT-90B** (Chugai) cégekű molekulák [3, 10].

5-HT₃-receptor antagonisták

Az 5-HT₃-receptor antagonisták elsősorban mint antiemetikumok (hányáscsillapítók) váltak ismertté.

A Glaxo Wellcome cég **ondansetron** (13. ábra) és a Novartis (Sandoz) **tropisetron** (13. ábra) molekuláit – melyek antiemetikumként 1990 ill. 1992 óta forgalomban vannak – GAD indikációban is fejleszti [2]. Az ondansetron fejlesztése pánikbetegség indikációban jelenleg a humán fázis III vizsgálatoknál tart. A Novartis a tropisetron szerkezeti analógjait anxiolitikus és antidepresszáns irányban fejleszti.

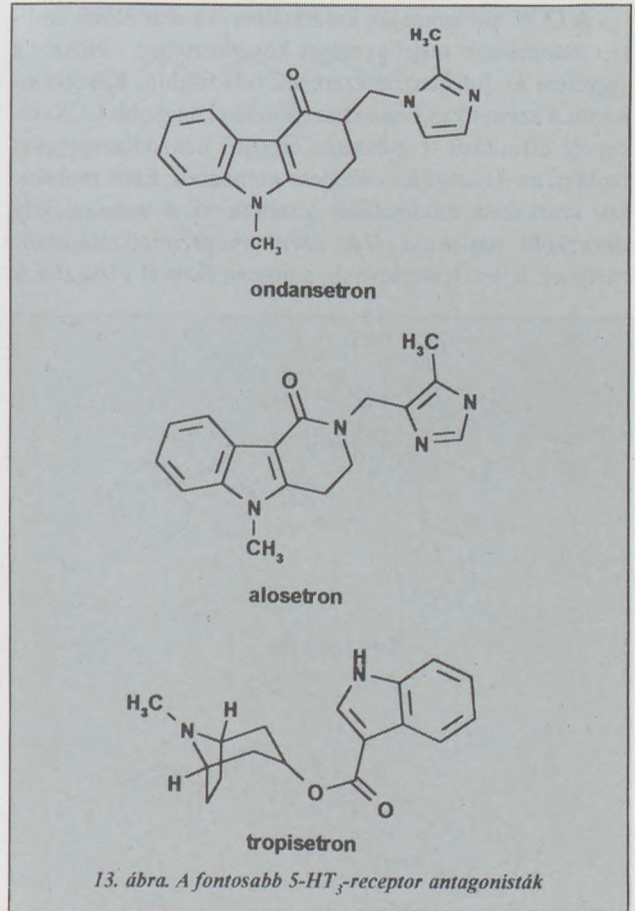
A Glaxo Wellcome az **aloseptron** (13. ábra) nevű molekuláját több indikációban is – szkizofrénia, szorongás, kognitív zavarok és irritabilis bél szindróma – fejleszti (humán fázis II).

Általában az 5-HT₃-receptor antagonisták egyes preklinikai anxiolitikus állat modelleken (fény averzió teszt, szociális interakció teszt) hatásosak [4].

Az 5-HT₃-receptor antagonisták közül néhányat kifejezetten anxiolitikus célra fejlesztenek, mint például a Wyeth-Ayerst (American Home Product) **SEC-579** és a spanyol Vita cég **VA-21B7** cégű molekulái, melyek fejlesztése egyelőre a preklinikai fázisnál tart [2].

Kolecisztokinin_B-receptor antagonisták

A kolecisztokinin (CCK) az egyik legelterjedtebb neuropeptid a központi idegrendszerben, ahol főleg szul-



fatált oktapeptid (CCK_{8S}) formájában fordul elő. A KIR-ben kotranszmitter/neuromodulátor funkciója van. A szorongással kapcsolatos agyrégiókban – mint az agykéreg, hippocampus, hypothalamus – különösen magas a CCK szint.

Fontos szerepe van a periférián is, ahol hormonként többek között a hasnyálmirigy szekréciót és az epehólyag összehúzódást szabályozza.

Két receptor altípusa ismeretes, a CCK_A (A = alimentary) és CCK_B (B = brain). Ez utóbbi a KIR-ben igen elterjedt és fontos szerepet játszik a pánikbetegség patogenezisében, mindazonáltal a CCK_A-receptorok – melyek a periféria mellett kisebb mértékben a KIR-ben is előfordulnak – szerepét sem lehet kizárni a pánikbetegség patomechanizmusából.

A CCK iránti érdeklődést – a szorongásban való esetleges szerepét illetően – az a kezdeti megfigyelés keltette fel, hogy a CCK központi és perifériás hatásait a benzodiazepinek (mint a diazepam) meggátolhatják. Mivel azonban a benzodiazepinek CCK receptorok iránti affinitása nagyon alacsony (mikromoláris), ezért nyilvánvaló volt, hogy ezek a hatások nem direkt receptorális interakció következményei. Később megfigyelték, hogy a CCK-receptor agonisták, mint a CCK₈, CCK_{8S}, CCK₄ és pentagasztrin bizonyos állatmodelleken anxiogén hatással rendelkeznek. Később arra is fény derült, hogy a CCK felszabadulást más neurotranszmitter rendszerek – mint a dopamin és a szerotonin – modulálhatják. Mindezek a tények azt sugallták, hogy a CCK-receptor antagonisták a pánikbetegség potenciális gyógyszerjelöltjei lehetnek [4].

A CCK antagonisták kutatásában – a már előbb említett tudományos megfigyelések következtében – először a figyelem az 1,4-benzodiazepinek felé fordult. Később sikerült a szintetikus benzodiazepineknel nagyobb CCK-receptor affinitású természetes eredetű benzodiazepineket izolálni az *Aspergillus alliaceus* gombából. Ezen molekulák szerkezeti módosításai vezettek el a nemselektív *devazepid* molekula (14. ábra) megszintetizálásához, melynek fejlesztését később, a humán fázis II vizsgálatok

során berekesztették. Később sikerült az amerikai MerckCo. cégnek CCK_B-receptor szelektív molekulákat kifejleszteni, mint az *L-365260* cégkódú gyógyszerjelölt.

Jelenleg ezen a területen igen intenzív kutatómunka folyik, több mint 200 anxiolitikus hatású CCK-antagonista hatásmechanizmusú hatóanyag molekulát fejlesztenek [3]. Közülük legelőbbre a már említett *L-365260* (14. ábra), a *GV-150013* (14. ábra) (Glaxo Wellcome) és az azaspirodekán alapvázú *spiroglumide* (14. ábra) (Rotta Research) jutott, mindhárom fejlesztése pánikbetegségben a humán fázis II vizsgálatoknál tart.

Kortikotropin releasing faktor antagonisták

A kortikotropin releasing faktor (CRF) vagy kortikoliberin egy 41-aminosavból álló neuropeptid hormon, mely a KIR-ben valószínűleg kotranszmitter funkciót tölt be. A legnagyobb koncentrációban az agy azon régióiban fordul elő, melyek a hipotalamo-hipofízis rendszer szabályozásában vesznek részt. Az emlősökben az anxiogén ingerek a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HHA) tengely mentén közvetítődnek, a stressz e tengely aktiválásával váltható ki. Úgy tűnik, hogy a CRF ennek a tengelynek a legfőbb aktiválója, és egyesíti a szervezetnek a stresszel szembeni endokrin és viselkedési reakcióit [11].

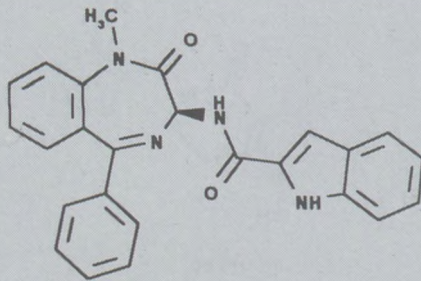
A CRF a nevét onnan kapta, hogy szabályozza a kortikotropin felszabadulását. Kissé leegyszerűsítve, ez a nagyon bonyolult biokémiai folyamat a következőképpen írható le: a CRF – környezeti ingerek hatására – a hipotalamusz parvocelluláris neuronjaiban szintetizálódik, majd a hipofízis elülső lebenyébe (adenohipofízis) jutva serkenti az ACTH (adrenokortikotrop hormon vagy kortikotropin) és a béta endorfin kiválasztást. Az ACTH a mellékvesekéregbe jutva stimulálja a glükokortikoidok (szénhidrátcsere szabályozó szteroid hormonok) szintézisét és kiválasztását.

Patkányokban az anxiogén ingerek, a stressz hatására megnő a plazma katekolamin (adrenalin és noradrenalin), valamint az ACTH és glükokortikoid szintje. Sok állatmodellel a CRF-nek önmagában is anxiogén hatása van.

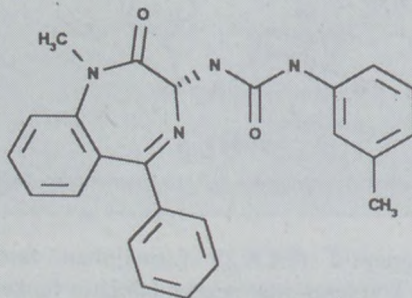
A benzodiazepinek, mint a *klórdiazepoxid* a CRF gátlásával csökkentik a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg tengely aktivációját, mely a plazma csökkent ACTH és kortikoszteron koncentrációjában nyilvánul meg, így igen jól mérhető. Az agyi CRF receptorok azonosítása után ez a tény keltette fel a CRF-receptor antagonisták kutatása iránti fokozott érdeklődést.

Jelenleg ezen a területen is igen intenzív kutatómunka folyik, több mint 100 anxiolitikus hatású CRF-receptor antagonistá hatásmechanizmusú hatóanyag molekulát fejlesztenek [3]. Közülük említést érdemelnek az *SC-241* (DuPont Merck), a *CP-154526* (Pfizer) és a pirazol-3-on alapvázú *NPC-22009* (Nova Pharma) cégkódú molekulák (15. ábra). Mindhárom fejlesztése egyelőre a preklinikai fejlesztésnél tart.

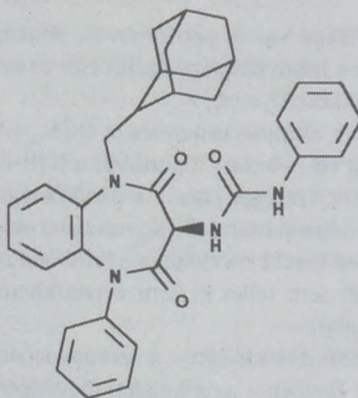
A felsorolt cégek mellett még a Neurocrine Biosciences kutatóintézet – a Janssen céggel kooperációban – foglalkozik behatóbban kismolekulájú, nempeptid szerkezetű CRF-receptor antagonistá molekulák kutatásával [4].



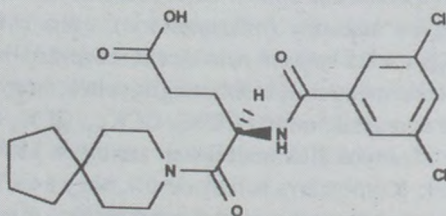
devazepide



L-365260



GV-150013



spiroglumide

14. ábra. Fontosabb kolekisztokinin_B-receptor antagonisták

Egyéb szerek

A már klasszikusnak mondható két kutatási irányzat (benzodiazepin receptor ligandumok és szerotonerg rendszerre ható szerek) valamint az újabb keletű kolecisztokinin és CRF antagonisták mellett még számos más kutatási irányzat is létezik. Mivel a szorongás, a félelem, a stressz, az averzió patomechanizmusa kielégítően ma sem ismert, számos területen a kutatás alap kutatás szinten folytatódik. Úgy tűnik, hogy a már említett GABA, szerotonin, kolecisztokinin, kortikoliberin neuro-transzmitterek/kotranszmitterek mellett számos más anyag (pl. neuropeptid Y, substance P) is részt vesz a szorongás kialakulásában vagy közvetítésében, tehát az említettek kivül léteznek más közbeavatkozási lehetőségek is a szorongás leküzdésére.

A teljesség igénye nélkül felsorolom az anxiolitikumok kutatás-fejlesztésének ma művelt egyéb irányzatait [2, 3]:

- neurokinin₁-receptor antagonisták,
- GABA_A-receptort moduláló neuroszteroidok,
- neuropeptid Y-receptor antagonisták [12],
- excitációs aminosav (NMDA)-receptor antagonisták
- melatonin agonisták (a Servier cég S-20098 cégkódú molekulájának a fejlesztése – alvászavarokkal társult szorongás indikációban – már a humán fázis II klinikai vizsgálatoknál tart),
- szigma opioid receptor agonisták,
- substance P antagonisták.

GLOSSZÁRIUM

Neurotranszmitter: kémiai ingerületátvivő anyag, amelyet a neuron szabadít fel, serkentvén vagy gátolván a szomszédos neuronok működését (pl. szerotonin, acetilcolin, dopamin, noradrenalin, glicin, glutamát).

Neuromodulátor: az az anyag, mely módosítja a receptor neurotranszmitterre adott válaszkésztségét, így módon a neurotranszmitter funkcióját vagy hatását, pl. neuropeptidek.

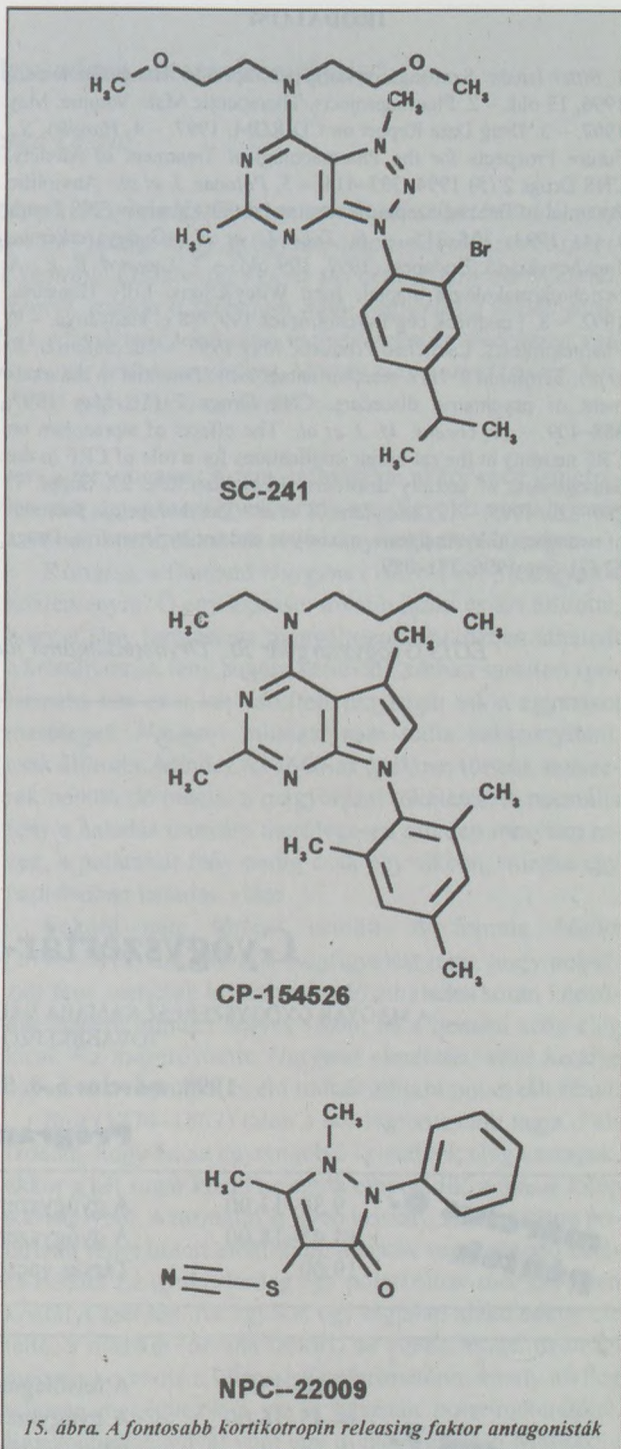
Kotranszmitter: olyan peptid szerkezetű ingerületátvivő anyag, mely az idegsejtekből való felszabadulást követően specifikus receptorokat aktivál, átalakítva ezzel a membrán klasszikus neurotranszmitterekkel szembeni válaszkészségét (pl. enkefalinok, substance P, szomatosztatin).

Agonista: olyan vegyület, mely megfelelő affinitása lévén kötődik valamilyen receptorhoz és azon serkentő hatást kifejtve beindítja azt a biokémiai folyamatsort, amely a gyógyszerhatást eredményezi.

Inverz agonista: a receptorokon a szokásos agonistával ellenkező hatást kiváltó vegyület (pl. a benzodiazepin receptor inverz agonistái szorongást és konvulziót okoznak).

Parciális agonista: olyan vegyület, mely az általa elfoglalt receptornak csak egy részén fejt ki serkentő hatást, a receptor többi részén antagonistaként viselkedik.

Antagonista: olyan vegyület, mely megfelelő affinitással rendelkezve kötődik valamilyen receptorhoz, de azon



15. ábra. A fontosabb kortikotropin releasing faktor antagonisták

nem fejt ki aktivitást. Vagyis ezek a vegyületek a teljes receptortelítődés ellenére nem váltanak ki semmiféle közvetlen hatást, más szóval specifikus aktivitásuk zéróval egyenlő. Hatásukat közvetve fejtik ki oly módon, hogy a receptorok elfoglalásával megakadályozzák a fiziológiai endogén szabályozó anyagok (neurotranszmitterek, hormonok, autakoidok) kötődését saját receptoraikon vagy más agonista gyógyszer-molekula kötődését a receptorhoz, így azok hatását gátolják.

Autoreceptor: a preszinaptikus idegvégződésen elhelyezkedő receptor, amely az ugyanazon végződésből felszabaduló transzmitterre reagál. Preszinaptikus receptornak is nevezik.

IRODALOM

1. *Bitter István*: Szorongásos kórképek. Springer Hungarica Kiadó, 1996, 13 old. – 2. *Pharmaprojects, Therapeutic Main Volume*, May 1997. – 3. *Drug Data Report on CD-ROM*, 1997. – 4. *Handley, S.*: Future Prospects for the Pharmacological Treatment of Anxiety. *CNS Drugs* 2 (5) 1994, 397–414. – 5. *Potocar, J. et al.*: Anxiolytic Potential of Benzodiazepine Receptor Partial Agonists. *CNS Drugs* 1 (4) 1994, 305–315. – 6. *Tőke L. et al.*: Gyógyszerkémia. Tankönyvkiadó, Budapest, 1992, 199 old. – 7. *Leonard, B. E.*: A pszichofarmakológia alapjai. John Wiley&Sons, Lilly Hungária, 1992. – 8. Lundbeck cég Psychotropics 1997/98 c. kiadványa. – 9. *Pharmaprojects, Launched Products*, May 1997. – 10. *Stefanski, R. et al.*: Serotonin 5-HT₂ receptor antagonists. Potential in the treatment of psychiatric disorders. *CNS Drugs* 7 (5), May 1997, 388–409. – 11. *Owens, M. J. et al.*: The effects of alprazolam on CRF neurons in the rat brain: implications for a role of CRF in the pathogenesis of anxiety disorders. *J.Psychiatr.Res.* 27, Suppl. 1, 209–220, 1993. – 12. *Munglani, R. et al.*: The therapeutic potential of neuropeptid Y. Analgesic, anxiolytic and antihypertensive. *Drugs* 52 (3), Sep 1996, 371–389.

Levente Kósa: *New trends in the research and development of anxiolytics.*

The review paper discusses the most recent main trends in the research and development of anxiolytics mentioning as well the recent advances in the neurobiology of fear and anxiety, the role and nature of neurotransmitters involved in these disorders. This trends are improving the prospects of finding alternatives to benzodiazepines in the treatment of anxiety disorders. Four trends are presented in detail, mentioning the names of drug candidates in the R & D pipeline:

- benzodiazepine receptor ligands (partial agonists, receptor subtype-selective ligands, non-benzodiazepine ligands)
- compounds acting via the serotonergic system (5-HT_{1A} partial agonists, 5-HT_{1A} antagonists, 5-HT₂ antagonists, 5-HT₃ antagonists)
- cholecystokinin (CCK) receptor antagonists
- corticotropin releasing factor (CRF) antagonists

· EGIS Gyógyszergyár Rt., Orvostudományi főosztály, Budapest, Keresztúri út, 30–38. – 1106

Gyógyszertár-működtetés '98

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZ KAMARA VÁLLALKOZÓ GYÓGYSZERÉSZI TAGOZATÁNAK
TOVÁBBKÉPZŐ KONFERENCIÁJA

1998. március 6–8. Siófok, Hotel Ezüstpart

Programelőzetes

március 6. péntek	9.30–13.00	A gyógyszertár-működtetés jogszabályi vonatkozása
	14.45–18.00	A gyógyszertár-működtetés gazdasági aspektusai
	19.00	Társas vacsora
március 7. szombat	8.30–13.15	A felsőlégutak megbetegedései és kezelésük gyógyszertári lehetőségei
	14.45–16.00	A gyógyszertárak és a társadalombiztosítás kapcsolatai, különös tekintettel a kötelező egészségbiztosításról szóló törvényre és végrehajtási utasítására
	16.00–18.00	A megyei vállalkozó gyógyszerészi tagozatok találkozója
	20.00	Fórum a tagozatok szerepéről és feladatáról az MGYK-ban Fogadás
március 8. vasárnap	9.00–11.00	A gyógyszertárak és a biztosítók kapcsolatai
	11.00–13.00	A gyógyszertár-működtetés munkajogi vonatkozása KOZULTÁCIÓ
	13.00	A konferencia zárása

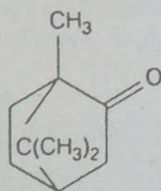
Az izlandi páttól a gyógyszerek modern sztereokémiájáig*

Dr. philos. Borka László

Hosszú volt az út attól az 1669-es megfigyeléstől, hogy az Izland szigetén talált szép kristály a fénysugarat kettősen töri addig, hogy gyógyszeralapanyagok sztereospecifikus szintézisét végre tudjuk hajtani. Először fel kellett deríteni a fény természetét, majd a sarkított (polarizált) fényét, azután a szénatom négy vegyértékét kellett felismerni, majd az olyan kristályok vártak magyarázatra, melyek egymás tükörképei voltak, végül a molekuláris aszimmetriát kellett megérteni. Miután ma ez mind ismert, fontos újdonságokat várhatunk a jövő évszázadban e téren.

Bevezetés

Ha az olvasó legközelebb Párizsban jár, látogassa meg a Hotel de Ville-t. Maga az épület, a párizsi városháza is mégér egy sétát, mert építészetiileg nagyon szép. De amiért külön is figyelemreméltó, az a számtalan elhunyt francia híresség szobra, ami az épület mind a négy oldalát díszíti. Itt áll *Lavoisier*, *Pigalle* (a korában híres szobrász) és 4 természettudós szobra, akik történetünkben fontos szerepet játszanak. Ezek *Pasteur*, *Malus*, *Biot* és *Le Bel*. Nekik köszönhetjük, hogy megértjük és háromdimenziósan tudjuk ábrázolni pl. a kámfor szerkezetét, ahogy ezt az Európai Gyógyszerkönyvben látjuk (1. ábra).



1. ábra. Racemic camphor is (1R,4S)-1,7,7-trimethylbicyclo[2.2.1]heptan-2-one

Ez a szerkezet talán egyszerűnek tűnik, holott az út a szép izlandi kristálytól, az izlandi pát egy tulajdonságának megfigyelésétől az ábra megértéséig igen hosszú volt. Nyomdai okokból kétdimenziósan, laposan rajzoljuk az ábrát, holott a valóságban ez egy komplikált, háromdimenziós szerkezet.

A furcsa izlandi kristály

Kezdjük a történetet *Bartolinus Erasmus* (1625–1698) dán orvossal, aki az akkori dán-izlandi szoros kapcsolatok révén egy szépen kifejlett izlandi kristályhoz jutott. Ezt később izlandi pátnak nevezték (mészpát, kalciumkarbonát, kalcit). Azt vette észre, hogy ha keresztül néz a kristályon, akkor mindent kettősen lát. A kristály kettősen

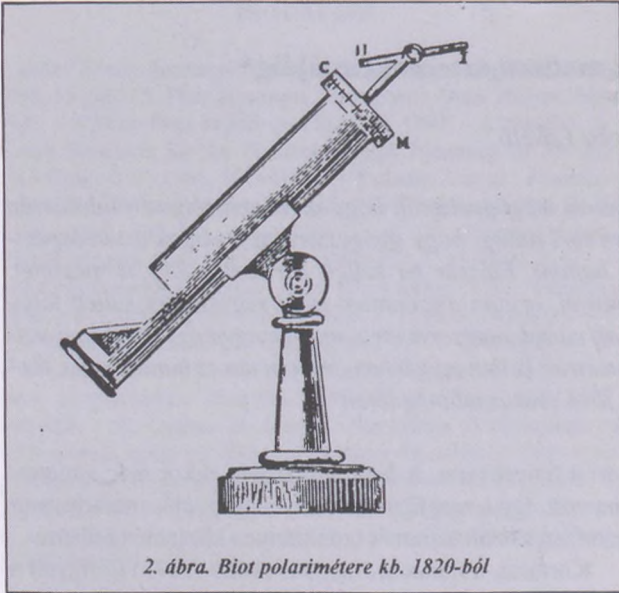
töri a fénysugarat. A fény természete ekkor még ismeretlen volt, így a megfigyelés csak megfigyelés maradt, amit azonban közölt korának tudományos közleményeiben.

Kortársa, a flamand *Huygens* (1629–1695) felfigyelt a közleményre. Ő egy lépéssel tovább jutott és azt állította, hogy a fény természete megváltozott, miközben áthaladt a kristályon. A fény sugara kettévált, síkban sarkított (polarizált) lett és a két sarkított fénysugár síkja egymásra merőleges. *Huygens* mindezt nem tudta bebizonyítani, csak állította. Mindez az 1660-as években történt, műszerek nélkül, de mégis: a magyarázat tökéletes. A normális fény a haladás irányára merőlegesen minden irányban rezeg, a polarizált fény pedig csak egy síkban, mintha egy papírlapban haladna előre.

Sokáig nem történt semmi. A francia *Malus* (1775–1812) azt a fontos megfigyelést tette, hogy polarizált fény nemcsak kristályon való áthaladás során képződik, hanem minden fényes síkon, ha a beesési szög elég kicsi. Ez megerősítette *Huygens* elméletét, ettől kezdve egyszerű üveglappal is elő tudtak állítani polarizált fényt.

Biot (1774–1862) talán a sor legfontosabb tagja. Felfedezte, hogy ha az egytengelyű kristályok elég vastagok, akkor a két sugár közül az egyik elnyelődik, a másik kilép a kristályból. A turmalin is ilyen kristály. Ezáltal tiszta polarizált fényt tudott előállítani, a másik sugár zavaró hatása nélkül. Ez gyakorlatilag egy polarizátor. *Biot* két ilyen kristályt szerzett. Az egyiket egy téglalap alakú edény elé tette, a másikat (az analizátort) az edény mögé, és ezzel megszerkesztette a világ első polariméterét, amely elvileg teljesen megegyezik a ma is használt polariméterekkel. Ez azonban magával vont egy új megfigyelést. Mégpedig azt, hogy ha a két kristály tengelye egymással párhuzamosan áll, akkor keresztülhalad rajtuk a fény, de ha az egyiket elfordítjuk 90°-kal, akkor a fény kioltódik. Kevés olyan műszer van, ami 1820 körül látott napvilágot, és amit még ma is használunk (2. ábra). *Biot* kísérletei nagy feltűnést keltettek tudományos körökben. Sok kutató szerkesztett magának polarimétert és minden létező-nemlétező átlátszó tárgyat, folyadékot megvizsgáltak. Ismét *Biot* nyert: óriási volt meglepetése, mikor azt fedezte fel, hogy a közönséges cukor oldata elfordítja a polarizált fényt és az analizátort utána kellett fordítani, hogy a fény újra kioltódjon. Az elfordulás szöge függött a cukor tisztaságától és koncentrációjától. Ezzel a kísérlettel megalapította a szacharimetriát és még ma is, 170 évvel később

*A Gyógyszeranalitikai Kollokviumon 1997. március 20-án Siófokon elhangzott előadás alapján



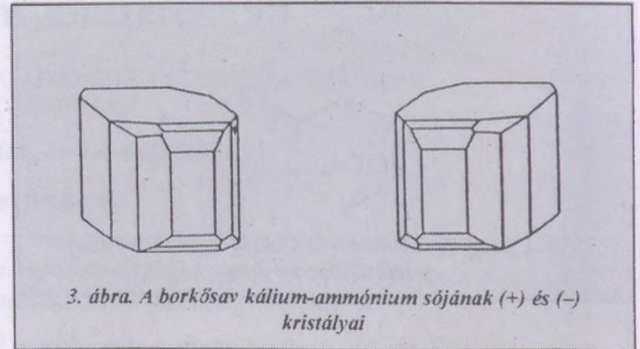
2. ábra. Biot polarimétere kb. 1820-ból

mokból áll. A polarizált fényt részecskék előrehaladásával valóban nem lehetett megmagyarázni.

Biot, akinek tudományos érdemeit nem lehet eléggé becsülni, azt a konvenciót javasolta, hogy az olyan oldatokat, amelyek a polarizált fényt jobbra forgatják nevezük pozitív forgatóknak, jobbraforgatóknak (d) vagy (+) jelöléssel és fordítva. Ez a konvenció máig megmaradt, némi javítással. Biot azt is észrevette, hogy a borkósav oldata a fény hullámhosszától függően fordította el a polarizált fényt. 150 évvel később erre a megfigyelésre alapult az ORD (Optically Rotatory Dispersion) módszer kidolgozása, ami a konformációanalízis legfontosabb segéd-eszköze. Többek közt a szteroidok szerkezetének feltárása is az ORD segítségével történt.

Pasteur

Miután a jobbra- és balraforgató anyagok létezése többé nem volt vitás, várható volt, hogy ennek a kristályok külső formájában is legyen megjelenése. Nagy volt a 26 éves vegyész Pasteur (1822–1895) öröme, amikor egy krikristályosodott masszából kézi nagyító és csipesz segítségével kétfajta kristályt tudott elkülöníteni. Az anyag a borkósav kálium-ammónium sója volt. Ha ez az anyag 27 °C alatt sűrűsödik be az oldatból, akkor a (+) és (-) egyedek külön-külön kristályosodnak ki. Ezek a kristályok látványosan különböznek, egymás tükörképei (3. ábra).



3. ábra. A borkósav kálium-ammónium sójának (+) és (-) kristályai

ugyanazt a mérési elvet ismertetik a gyógyszerkönyvek és használják gyakorlatban a cukorgyárak. A Norvég Gyógyszerkönyv 1913-as kiadása már leírja a polarimétert.

Az angol Nicol (1768–1851) egy olyan prizmat szerkesztett 1828-ban, ami a mai napig használatban van – és Nicol-prizmának hívjuk. Ez kettéfűrészelt, kicsit megcsiszolt, s fordított állapotban visszarágasztott izlandi pátból áll, ami csak az egyik polarizált fénysugarat engedi át, míg a másikat oldalra tereli. Így tiszta sugarat nyert, a második sugár zavaró hatása nélkül. Ha 2 prizmán nézünk keresztül s az egyiket addig forgatjuk, míg a fény kialszik, akkor „keresztezett Nicolok”-ról van szó (crossed Nicols). A modern polarizációs mikroszkópok ezt az elvet használják fel, bár ma már gyárilag készült polaroidszűrők vették át az izlandi pát szerepét.

Polaroid szemüvegek

Természetes polarizált fény vesz körül bennünket csaknem mindenhol. Minden vízszintes, fényes felület polarizálja a fényt, így a folyók, tavak víztükre, autók tejeje is polarizált fényt küld tovább, ha a Nap alacsonyan áll és a beesési szög kicsi. Ez a szög anyagonként változik pl. üvegnél 55° vagy kevesebb. Ezek a felületek polarizátorok. Az emberi szem nincs felszerelve analizátor-receptorokkal, de több jel mutat arra, hogy az állatvilágban nem ritkaság a polarizált fény felfogása. Lehetséges, hogy a madarak is használják a polarizált fényt tájékozódásul, vonulásukkor. Mindenesetre a szemüvegyárak annak tudatában, hogy a természetes polarizált fény csak egy adott síkban terjedhet és terjed, az analizátorüveget erre a síkra merőlegesen szerelik be a keretbe. Így keresztezett Nicolot kapunk, s pl. a víz felületéről jövő zavaró csillogások kialszanak. Az ilyen szemüveg akkor hasznos, ha vízparton vagy vízen vagyunk.

Az 1800-as években a polarizált fényt kezdték a gyakorlatban is használni, egyben eldöntöttnek látszott az a vita, hogy a fény hullámként terjed-e avagy részecskéből áll. Hooke már 1665-ben azt állította, hogy a fény hullá-

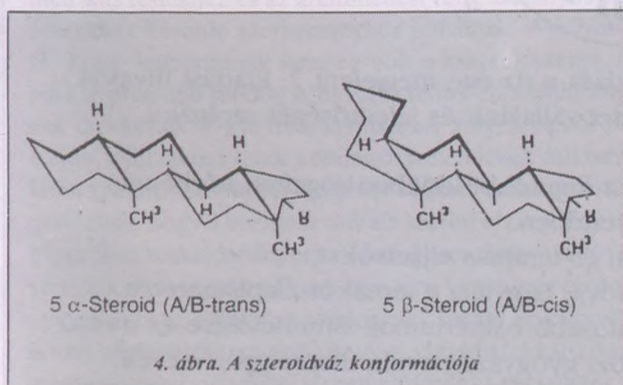
Pasteurnak meg kellett ismételnie az egész kísérletet Biot laboratóriumában, a College de France-ban, olyan anyagokkal, amit Biot adott neki. Mikor a kísérlet újra sikerült s a fiatal Pasteur Biot elé tette a tükörképes kristályokat, az öreg mesternek könnybe lábadt a szeme, megragadta Pasteur karját s megindultan mondta: „Gyermekem, én egész életemben szerettem a tudományokat, ezért ez a kísérlet a szívemet melegítette”. Tegyük hozzá, hogy Pasteur nemcsak kiváló megfigyelő volt, de szerencsés is. Ha pl. Marseilles-ben dolgozik az egyetemen egy forró dél-franciai nyáron, a kísérlet sosem sikerül, mert 27 °C fölött a kristályok nem különülnek el, hanem 1:1 elegyet, racemátot adnak. Persze azt is mondhatjuk, hogy „Chance favours the prepared mind” s Pasteurnak aztán igazán felkészült elméje volt.

Évek elteltével, sok gondolkodás után 1860-ban Pasteur forradalmian új elmélettel jelentkezett. Azoknak az anyagoknak, amelyek a polarizált fényt elfordítják, mole-

kuláris szinten aszimmetrikusnak kell lenniük. Maguknak a molekuláknak is egymás tükörképének kell lenniük. Az idő érett volt minderre, hisz *Kekulé* 2 évvel azelőtt fogalmazta meg a szénatomról szóló elméletét, miszerint a szénatomnak 4 egyenlő vegyértéke van. Ez alapjaiban változtatta meg a molekuláris világgépet. A 22 éves *van't Hoff* Utrechtben és a 27 éves *Le Bel* Párizsban (egyidőben és egymástól függetlenül) továbbítte *Kekulé* elméletét és azt állította, hogy optikai aktivitás, aszimmetria lép fel, ha a szénatom 4 vegyértékéhez négy különböző atom, vagy atomcsoport kötődik. Mindez csak elképzelés volt, hiányzott a bizonyíték, amelyet 1913-ban *Bragg* röntgenspektroszkópiás mérése pótolta, mellyel megmutatta, hogy a gyémántnak valóban 4, tetraéderszögű vegyértéke van.

Optikailag aktív gyógyszerek

Most tehát megvolt az elméleti alap a természetben előforduló optikailag aktív anyagok megértéséhez. De mi vezetett innen a gyógyszerekhez? Vegyük példának a 17- β -esztradiolt, azt a hormont, amit izolálva transzdermális tapasz formájában írnak elő posztmenopauzális panaszok enyhítésére. Ezt a fontos hormont 1936-ban izolálták először, felderítették molekulaformáját: $C_{18}H_{24}O_2$; mol. súly: 272,4. Ez azonban semmit nem árul el a molekula térbeli formájáról. Ugrásszerű információöbölés volt az, amikor a szteroidmolekulák közös vázának struktúrája feltárult (4. ábra). Ez az izolált kristályok röntgen- és infravörös spektroszkópiája segítségével történt, mindarra a tudásra alapozva, amit *Kekulé*, *Le Bel* és *van't Hoff* adott a tudománynak.



Ez már egész más, mint azt tudni, hogy hány C, H és O van a molekulában. Így, háromdimenziós ábrázolásban már érthetővé vált az is, hogy miért megtámadhatatlan a molekula bizonyos pontokban, amik térbelileg védett helyzetben vannak. Kiderült, hogy nemcsak az esztradiol, de a legtöbb természet által szintetizált anyag optikailag tiszta izomer. Ma a legnagyobb természetességgel írja fel az orvos az esztradiol tapaszt, pedig mindez a természetesség egy izlandi barlangban talált szép kristállyal indult el.

Ma racémátokat is és tisztán optikailag aktív gyógyszereket (enantiomereket) is találunk a gyógyszerkönyvekben és a forgalomban. De jelenleg az amerikai Food

and Drug Administration (FDA) nem törzskönyvez olyan racémátokat, amiknek két aktív összetevőjét a kényezető gyógyszergyár nem izolálta és klinikailag nem vizsgálta. Gyakori az az eset, hogy az egyik izomer potensebb a másikonál. A mellékhatások terén is különbözőek lehetnek. Ha technikailag nagyon nehéz a két izomert elválasztani, de a gyár demonstrálja, hogy a két izomer közül az egyik közömbös, ártalmatlan, akkor engedélyezik a racémát forgalomba hozatalát. Ez csak az egyike az FDA filozófiájának, messze vezetne a részletekbe menni. Leszögezhetjük azonban, hogy a racémát elfogadása csak kompromisszum lehet, amennyiben elfogadjuk két anyag keverékét, s úgy kezeljük, mintha egy anyagról lenne szó. Az igaz, hogy szimmetrikus környezetben (pl. vízben) ezek egyformák, de szervezetünk koránt sem szimmetrikus: gondoljunk csak enzimeinkre, sztereospecifikus receptorainkra. Elegendő példa van arra, hogy bizonyos gyógyszer molekula (d) és (l) formája különböző módon hat a szervezetre. (Mellesleg ma már, amikor röntgenspektroszkópiai analízissel fel lehet térképezni a molekulák ún. abszolút konfigurációját, nem használjuk a d és l betűket, hanem az R és S konvenciót, szigorú szabályok szerint.) Példának hozhatjuk fel a trihexilfenil (benzhexol) nevű antikinergumot, amit sikerrel választottak szét a (+) és (-) izomerre. Ismert, hogy csak a (+) izomer az aktív, de mindkét forma kivált kellemetlen mellékhatásokat. Ha pl. egy 10 mg-os tablettát írnak elő a betegnek, akkor abból 5 mg váltja ki a kívánt hatást, de sajnos a mellékhatást is. A másik 5 mg csak a mellékhatást növeli. Ennek ellenére ma is a racémátot használjuk. A szerző számára paradoxon, hogy miközben 0,1%-os nagyságrendű szennyeződések keresünk és analizálunk gyógyszerekben, addig elfogadjunk 50:50%-os keveréket, amelyből az egyik a legjobb esetben felesleges.

Megállapíthatjuk, hogy a természet ügyesebb szintetikus vegyész, mint mi vagyunk. Ha mi laboratóriumban szintetizálunk egy gyógyszert, aminek molekulájában egy, vagy több aszimmetrikus (királis) szénatom van, akkor mindig racémátot nyerünk. Ezt aztán több, kevesebb nehézséggel és sikerrel próbáljuk kettéválasztani. Nem így a természet, mely szemmel láthatóan optikailag aktív építőköveket használ, és az eredmény optikailag tiszta izomer lesz. Egy felmérésnél 475 természetes anyagból 461 optikailag tiszta anyagot találtak. 480 szintetikus anyagból viszont 422 racémát volt és csak 58 optikailag aktív izomer.

A jövő

Ha visszatekintünk a modern gyógyszerészeti sztereokémia fejlődésére, meg kell hajolnunk a régi vegyészek és fizikusok intellektuális teljesítményei előtt. Primitív segédeszközök segítségével és modern műszerek nélkül mély belátást nyertek a fény természetébe, a molekulák szerkezetébe. Szerényeknek kell lenniük, ha azt hisszük, mindent tudunk a sztereokémia terén. Lehet, hogy ez még csak a kezdet. A jövőben valószínűleg mélyebb lesz tudásunk a receptorok mechanizmusáról, jobban megértjük,

miért hat *in vivo* az egyik optikai izomer s miért nem a másik. Ezen felül sokat várhatunk a sztereospecifikus szintézisektől, s jobb módszereink lesznek a racémátok elválasztására is.

IRODALOM

1. *Hallas, G.*: Organic Stereochemistry. McGraw-Hill, London, 1967. – 2. *Wainer, I. W. (Ed.)*: Drug Stereochemistry. Marcel Dekker, Inc. New York, 1993.

L. Borika: *From the Iceland spar to the modern stereochemistry of medicines.*

It was a long way from the observation of the beautiful double-refracting Iceland spar in 1669, until the accomplishment of stereospecific synthesis of basic materials of drugs. At first the nature of light was to be recognised then the phenomenon of polarization. After identification of the four valencies of carbon enantiomorphous crystals required an explanation and at last molecular asymmetry was to be investigated. Nowadays all those are well known, thus we are expecting important novelties in that field in the next century.

A Magánygyógyszerészek Országos Szövetsége gondozásában megjelent
a **Kórképek, tünetek, terápia** című,
elsősorban a közforgalmú gyógyszertárakban dolgozó gyógyszerészek munkájának
támogatására szerkesztett kiadvány.



A könyv 460 oldal terjedelmű, bővített, 3. kiadása a tíz éve megjelent 2. kiadást hivatott pótolni és a gyógyszerészet növekvő szerepvállalását és jelentőségét szolgálni.

Ismerteti a több mint 500 leggyakoribb és a legutóbbi időkben rögzített kórképet
– ábécé sorrendben.

Összefoglalja a diagnosztikai és terápiás eljárásokat,
illetve a homeopátia létjogosultságát elfogadva, tárgyalja e témakör alapismereteit.
Kitér a forgalomban lévő antibiotikumok, a fontosabb baktériumok ismertetésére és utolsó
negyedik fejezete a hatóanyagok, nemzetközi gyógyszernevek, illetve gyári nevek,
laboratóriumi diagnosztikában használt normáltartományok táblázatszerű bemutatásával,
valamint a fontosabb rövidítésekkel zárul.

A kiadványt név- és tárgymutató, továbbá irodalomjegyzék teszi még áttekinthetőbbé.

Ára: 2950 Ft (ÁFA-val)

Megrendelhető postán vagy utánvétellel, illetve faxon (117-4852);

megvásárolható a MOSZ budapesti irodájában:

1051 – Budapest, Zrínyi utca 3. B épület, III. emelet, Kocsis Istvánné.

Csodálatos futball-labda A fullerének felfedezése

Dr. Stájer Géza

Jó tíz éve még tankönyvi tétel volt, hogy a szén két módosulatban fordul elő: a lágy grafit és az igen kemény gyémánt formájában. Ám ez a tétel már a múlté. 1996-ban Kroto, Smalley és Curl Nobel-díjat kaptak azért, mert egy további, esztétikailag is megnyerő szén-alakzatot fedeztek fel, a szén harmadik allotróp módosulatát, amelynek felhasználási lehetőségei egyelőre beláthatatlanok.

1991. december 10-én a brit felsőházban szokatlan napirendi pont került tárgyalásra. A lordok különös témával, egy molekulával foglalkoztak. Ez a molekula futball-labdához hasonlított és 60 szénatomból állt. A My Lords kezdetű felszólalások azonban, melyek a különös képződmény létrehozására vonatkoztak és használhatóságát többnyire megkérdőjelezték, a kutatási támogatásra nem hoztak érdemleges döntést. Dehát, mi is az a vegyület, amelynek vitájában az angol főurak nem tudtak egyezsége jutni?

A forma szépsége [1, 2]

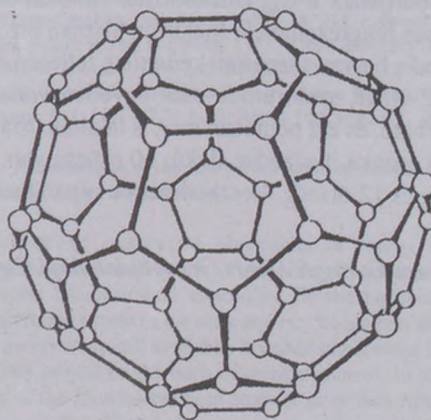
A kémikusokat már régóta foglalkoztatta olyan szintézisek kidolgozása, melyekkel esztétikus, a platonai szimmetrikus testekhez és az archimedesi félig szabályos poliéderekhez hasonló szerkezetekhez juthatnak. Ám Harold W. Kroto kutatásainak nem ez volt a kiindulópontja. Őt, sokkal prózaibb módon a hosszú, telítetlen szénhidrogének érdekelték. Ugyanis a kémikusok a nyolcvanas évek elején, csillagközi terek kémiai összetételének mikrohullámú spektroszkópia segítségével végzett kutatásakor úgy gondolták, hogy a kozmosz mérete szerint elvileg akár egy gigantikus reakcióedénynek is felfogható. Szimulációs kísérleteik eleinte csak néhány egyszerű vegyületet eredményeztek, ám az előállított szerkezetek listája egyre bővült. Kroto elképzelése az volt, hogy e vizsgálatokkal sikerül megtalálnia a csillagközi térben előforduló vegyületek jeleit.

Az intenzív érdeklődés többnyire eredményhez vezet: Kroto talált ilyen különleges szerkezeteket. Sőt még továbbiakat is felfedezett Smalley és Curl laboratóriumában a texasi Rice Egyetemen, amikor azzal a készülékkel dolgozott, mellyel héliumban grafit céltárgyat lézerrel elpárologtattak, tehát szén-lézerplazmát hoztak létre. Abból indult ki – és mint utóbb kiderült teljesen jogosan –, hogy az eljárás során a világűrben levő szénatom-láncok keletkezési körülményeit utánoznia sikerül. Feltűnő volt, hogy a folyamat tömegspektrometriás követésekor, mindig talált egy 720 atomtömeg-egységű jelet. Ez a jel a szénatomra volt visszavezethető, és azt valószínűsítette, hogy a talált képződmény 60 szénatomból áll. Olykor megjelent azon-

ban egy második csúcs is, ami a C_{70} jelenlétére engedett következtetni. (A C_{70} , sőt a C_{84} és a C_{240} kalitkajellegű szénmolekulák képződését később igazolták.)

Rejtélyes szerkezet

Természetesen a kísérlet minden résztvevőjét izgatta a kérdés, hogy milyen is lehet ez a C_{60} vagy C_{70} alakzat. Kroto feltételezte, hogy a lézer a grafit felületéről hexagonális széndarabkákat szakít le, és ezek ketrecalakban összehúzódnak. Csak egy ilyen zárt szerkezet magyarázza a képződmény stabilitását, mert ebben a szén minden vegyértéke telítve van és nincs szabadon álló végatom rajta. Krotot az egész dolog Richard Buckminster Fuller extravagáns építész (1895–1983) geodétikus kupolájára emlékeztette, amely 1967-ben a Montreáli Világkiállításon oly nagy hatással volt rá. (A nem-euklideszi geometriában a geodétikus vonalak az euklideszi geometria egyeneseinek felelnek meg; geodétikus = a legrövidebb távolság két pont között egy gömbfelületen.) Krotonak az a gondolata támadt, hogy az ismeretlen szerkezet egy ilyen kupolaalakú képződmény. Smalley azt javasolta neki, hogy vegyen olyan könyvet, ami az építészettel foglalkozik. Egy sor modellen történő próbálkozás után, melyeket papírból, golyó alakú rágógumiból és fogpiszkálóból építettek, felfigyeltek, hogy molekulájuknak van egy széles körben elterjedt szerkezeti analógja, a futball-labda (1. ábra).



1. ábra. A C_{60} molekula perspektivikus ábrázolása; a futball-labdához való hasonlóság nyilvánvaló

Amikor Kroto hozzáfogott, hogy az új felfedezést papírra vesse, talán néhány Monty Python írás plágiuma motoszkált a fejében, melyeket korábban a sussexi egyetemi kabarében játszottak. Innen támadt az a gondolata, hogy az új anyagot Buckminster-fullerénnek nevezze el. Smalley és Curl az ötletért nem lelkesedett ugyan, de végül hagyták magukat meggyőzni.

A fullerének felfedezésével ismét sikerült a térbe hatolni. Századunk utolsó harmadában a kémia pregnáns törekvése volt a harmadik dimenzió meghódítása, azaz eltávolodni azoktól az átalakításoktól, melyek a papír síkján adekvát módon követhetők, és közeledni azokhoz az alakzatokhoz, melyeknek térbeli dimenziója van, ezért például más molekulákat belsejükben fogva tudnak tartani. Kroto bizonyítékot akart. Ha tényleg üreges, kalitka-szerű szerkezetről van szó, belsejébe idegen atomokat lehet zárni. Végül a bizonyítékot *Heath* nevű munkatársa szolgáltatatta, aki lantánnal egy stabilis C_{60} La komplexet állított elő.

Heidelbergi sokk

Minden eddigi eredmény ellenére Krotonak továbbra is maradt bizonytalanságérzete. A javasolt szerkezet legfőbb bizonyítéka egy tömegspektrumban látható csúcs volt, ám a képződmény előállításához megfelelő szintetikus módszer nem állt rendelkezésre. Amikor egyik munkatársa néhány kezdeti szintetikus eredményt már elért, Krotonak sokkoló élményben volt része. *Philip Ball*, a *Nature* folyóirat szerkesztője ugyanis felkérte őt, hogy véleményezze a heidelbergi *W. Krätschmer*, *D. Huffman* és munkatársaik dolgozatát. Ezek a német szerzők a csillagközi por kémiajával foglalkoztak és egy szén-ívfényben előállított grafit-filmet analizáltak. Eközben sikerült nekik C_{60} -as kristályokat is izolálni. „Meglehetősen le voltam sújtva a fiaskó miatt – így Kroto –, és ebéd után felhívtam Ballt. Javasoltam, a közleményt haladéktalanul fogadja el, és arra kérttem, adja át őszinte gratulációmát Krätschmernek és kolégáinak”.

Kroto ez után végső hajrára összpontosított. Sikerült is munkacsoportjának a C_{60} Buckminster-fullerén szerkezetét mágneses magrezonancia spektrum alapján bizonyítani. Mivel mind a hatvan szénatom kémiaiilag teljesen egyenértékű, a ^{13}C -NMR spektrumon csak egyetlen vonal jelentkezése várható, és ezt pontosan meg is találták. Maga a C_{60} egyébként csonka ikozaéder alakú, 60 csúcsa van, melyek 20 hatszög és 12 ötszög illeszkedésekor képződnek.

(Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Gyógyszerkémiai Intézet, Szeged, Eötvös u. 6. – 6720)

De mire jó ez az anyagcsoport?

A felfedezés elindította a fullerénkutatás intellektuális járványát és ez szerepet játszott a Nobel-díj bizottság döntésében. (Zárójelben jegyezzük meg, hogy a Nobel-díjasokról eredetileg készült fényképen öten látszottak: a három díjazott kutatón kívül *Heath* és még egy munkatárs is szerepelt, de két alakot később egyetlen nyisszantással eltávolítottak a képről.) A fullerénekről írt közlemények száma exponenciálisan magasra szökött. Végül a témáról naponta már több cikk is megjelent, köztük magyar nyelvű szakirodalmi közlemény és monográfia [3]. A Nobel-díj odaítélését követően a Gyógyszerészet is hírt adott az eseményekről [4]. 1991-ben a *Science* a C_{60} -at az év molekulájává választotta, 1992-ben a tíz legtöbbet idézett kémiai publikáció a fullerénekről foglalkozott. A nagy érdeklődés oka a fullerének tulajdonságaiban rejlik: a stabilitás, a sokféle közegben való oldhatóság, a számos kémiai átalakítási lehetőség, a félvezető tulajdonságok és a fémek kristályrácsba beágyazásával a szupravezetés képessége. Ehhez járul még, hogy a fullerének más anyagokat belsejükben megkötni képesek, és hogy származékaik előállíthatók stb. Felhasználásuk elképzelhető a katalízisben, a komputertechnikában, és nem utolsósorban vírusellenes hatású anyagként az orvostudományban és a gyógyszerészetben.

Ám mindez egyelőre csak lehetőség, meg nem valósult álom. Talán a Nobel-díjnak még érnie kellett volna? Mindenesetre az utolsó tíz évben feltárult egy csodálatos alapkutatási terület, amelyről számos érdekes felfedezés várható. De ahogyan a tiszteletreméltó lordok laikus vitájában a lényeg tapintható, sok még a fikció, a bizonytalanság és a feltételezés. Az viszont sajnos tény, hogy *W. Krätschmer* kimaradt az ünneplésből és a díjosztásból. Pedig éppen ő volt az, aki elsőként tartotta kezében a molekulát, és akinek szintetikus módszere nélkül a bekövetkező kutatási fellendülés bizonyára elmaradt volna.

IRODALOM

1. *G. Stoll*: Die Schönheit der Form, Deutsch. Apoth. Ztg 137, 594 (1997). – 2. *Braun T.*: A fullerének felfedezése, Magy. Kém. Lapja 51, 493 (1996). – 3. *Braun T.*: A káprázatos C_{60} molekula, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1996. – 4. *Dobson Sz.*: Az Életlari-Orvosi és a Kémiai Nobel-díj 1996. Gyógyszerészet 40, 863–866 (1996).

G. Stájer: *The wonderful football-ball. Discovery of the fullerenes.*

GYÓGYSZERÉSZETTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 29–30. 1998.

A régi magyarországi jezsuita patikák ismertetése a legújabb kutatások alapján

Sági Erzsébet dr.

A régi magyarországi jezsuita patikák a XVII–XVIII. században az osztrák provinciához tartoztak. A valaha közös, Habsburg-házi királyaink által kialakított egységes közgazgatás következtében az egykorú okmányok nagy része, csakúgy, mint a rend dokumentumai fellelhetők. A szakma régi tartozása volt, hogy a témát eredeti források alapján feldolgozza. A múltban 9 jezsuita patika ismertetése történt meg, most 15-ről tudunk. A Németország és Ausztria területén levők ismertetése helytörténeti anyag felhasználásával a helybeli szakmatörténészekre vár.

A régi magyarországi jezsuita patikák az osztrák rendtartományhoz tartoztak és csak a XIX. században lett önálló magyarországi rendtartomány.

A valaha közös, Habsburg-házi királyaink által kialakított egységes közgazgatás következtében az uralmuk alá tartozó országokban az okmányok a központi szerv anyagában nagy részben rendezetten, együtt megtalálhatók. Ehhez kellett a rend eredeti, egykorú, a témához tartozó forrásanyagát hozzárendelni.

A Jézus Társaság magyarországi patikáiról e század huszas éveiben jelentek meg az első közlemények, és napjainkig kilenc patikáról találunk ismertetést a gyógyszerészi szakirodalomban. Most további hat egykori jezsuita patika létezéséről szerezhetünk tudomást. A szerzők elévülhetetlen érdeme, hogy e téren úttörők voltak, azonban közléseiket általában nem dokumentálták. Ezért kortársaink közül többen szükségét látták annak, hogy egy-egy patika anyagát újra feldolgozzák. Ahol ez megtörtént, jelen cikk szerzője csak ismertetőként – illetve ahol az szükséges volt – adatpontosítóként van jelen [1, 2].

A Jézus Társaságot *Loyolai Szent Ignác* alapította, és azt 1540-ben *III. Pál pápa* a „Regimini militantis” kezdetű bullájával hagyta jóvá. Fő célja az egyházi élet megreformálása és fellendítése volt.

A jezsuita rend gyógyszerrel való kereskedését *VIII. Orbán pápa* Rómában tilalom alá vette. Az 1615 évi rendi közgyűlés foglalkozott a témával és megállapította, hogy az alkalmilag történő gyógyszer eladást jótéteménynek, szeretetből fakadó cselekedetnek és nem kereskedésnek kell tekinteni [3].

A gyógyszertár létesítését sem a rendházakban élő mintegy másfél tucat szerzetes, sem a kollégiumokban tanuló néhány száz egészséges fiatal nem indokolja. Egyértelmű, hogy a patika tartással a rend a lakosság javát kívánta szolgálni, a patika jövedelme pedig hozzájárult a fenntartási költségekhez. Egyébként számos adat van arra is, hogy a rászorulónak ingyen adott ki gyógyszert. Mint-hogy a jezsuita rend alaptevékenységét tekintve nem volt gyógyító rend, ezért a gyógyszertárat tartó rendházban csak egy gyógyszerész képesítésű szerzetes fráterre volt a patika bízva, aki mellé alkalmaztak egy-két világi gyógyszerészt, egy laboránst és olykor gyakornokot.

XIV. Kelemen pápa a „Dominus ac Redemptor” brévéjével 1773. július 21-én megszüntette a Jézus Társaság működését és egyben kérte a keresztény uralkodókat, hogy ebben segítségére legyenek, szabad kezét adva nekik a rend vagyonának felhasználására [4]. A királynő úgy határozott, hogy Magyarországon a jezsuita rend iskoláit tovább működteti, az értékesíthető javakat pedig árverésen eladhatja és a befolyt összeget a tanulmányi alapba vonja. Így került sor a rend kezén levő patikák polgári kézbe adására.

A feloszlási bizottságok feladatukat megkapták és azt végrehajtották [5].

A jezsuita rend a XIX. századi újjáéledése után – minthogy már volt elegendő gyógyszertár az országban – már nem létesített patikát.

A rendtartomány egykori jezsuita patikái hat országban találhatóak: Németországban és Ukrajnában egy-egy, Horvátországban és Romániában kettő-kettő, Magyarországon négy, Szlovákiában hat, a többi Ausztriában [6]. Az ausztriai és a németországi jezsuita patikák ismertetésére források hiányában nem vállalkozhattam.

IRODALOM

1. *Abay Nemes Gyula*: Jezsuita gyógyszerészek és gyógyszertárak Magyarországon. Gyógyszerészi Értesítő 1924. 1., 4., 5., 8., 9. sz. és Baradlai János-Bárony Elemér szerk.: A magyarországi gyógyszerészet története. Bp. 1930. 207–214. old. – 2. *Orient Gyula*: Szerzetes- és orvoslapok kórházainak keletkezése Erdélyben. Erdélyi Múzeum 1933. 38. 121–122. old. – 3. *Koch, Ludwig*: Jesuiten-Lexikon. Paderborn. 1936. – 4. *XIV. Kelemen pápa*: Örök emlékeztetnek okáért. Róma, Nigrónus, 1773. (Orsz. Széchényi Kt. 610. 733 sz.) – 5. MOL. M. Kancell., Dep. Litt. pol. C 66; 1773: 144., No 4681. 1773. szeptember 20. – 6. *Lukács Ladislaus S. I.*: Catalogus personarum et officiorum Prov. Austr. S. I. 1551–1773. I–XI. Róma. Inst. Hist. s. I. 1978–1995.

E. Sági: *Introduction of ancient pharmacies of Jesuits in Hungary on the basis of recent investigatios*

In the XVII–XVIII century the pharmacies of Jesuits in Hungary belonged to the Austrian province of the order. In consequence of the uniform public administration established by the Habsburg kings of Austria and Hungary most of the contemporary documents as well as the records of the order are still available. It was an old demand for the elaboration of this subject on the basis of original sources. In the past nine pharmacies of the Jesuits have been studied, since then fifteen of them have been recorded. Those pharmacies belonging to the territory of Austria and Germany will be expored by the pharmacist historians of the respective area.

Az egykori ungvári jezsuita patika

Sági Erzsébet dr.

Užhorod Ukrajna. Az első rendi patikus 1745 őszi megjelenéséhez köthető a patika alapítása. A gyógyszertár kezdettől fogva közforgalmú volt. A rend 1773 évi feloszlásakor a becsértéke 800 frt volt.

Ungvár Ung megye megyeszékhelye volt, most Ukrajna Užhorod városa.

Az ungvári jezsuita rendház története Homonnán kezdődik. *Homonnai Drugeth György*, Ung és Zemplén vármegye főispánja hívta be a jezsuitákat. 1613-ban lakhelyet és jószágot adományozott nekik, ők kollégiumot alapítottak és megkezdték a tanítást. 1619-ben Bethlen Gábor katonái elől Lengyelországba menekültek és csak tíz évvel később tértek vissza. Biztonsági okból pártfogójuk fia, János később a rendházat Ungvárra helyezte át. 1644-ben I. Rákóczi György csapatai elől ismét eltávoztak, majd Thököly Imre serege 1679-ben és 1685-ben ostromolta a várat, emiatt megint menekültek. Az iskola 1700-ban újra működött, de a Rákóczi-szabadságharc miatt 1711-ig nem volt folyamatos sem az oktatás, sem a jelenlét, holott az iskola nagyon népszerű volt: három megyéből küldték oda a szülők a fiaikat tanulni. A rend feloszlásakor 1773-ban hatosztályú volt a gimnázium [1, 2].

Homonnán 1640–1642 években ápolóként, majd 1643-ban patikusként tartózkodott *Petrus de Portes fráter*, azonban ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy ott közforgalmú gyógyszertár lett volna [3].

Az ungvári kollégium naplója 1745 november 5-én és 19-én név szerint említi *Christophorus Hartl* jezsuita patikust és azt is, hogy gyógyszert készít [4].

A jezsuita patika fennállása idején sem a városban, sem a megyében nem volt másik gyógyszertár, tehát annak kezdettől fogva közforgalmúnak kellett lennie, amit az is megerősít, hogy hatóságilag ellenőrizték [5].

Lehetséges, hogy a gyógyszertár berendezése már a patikus megjelenése előtt elkészült. Ezt látszik igazolni az a tény, hogy az ungvári kollégiumban tartózkodott asztalos műhelyfőnökként 1742 évben *Codelli József*, akinek a kőszegi, a szakolcai és a székesfehérvári patikabútor készítése is tulajdonítható [6]. Ennek eldöntése a művészettörténészekre vár.

A patika világi alkalmazottai voltak: egy gyógyszertárvezető, egy beosztott gyógyszerész és egy laboráns. Az ő együttes bérük évi 400 frt volt [7].

Az ungvári jezsuita patika rendi gyógyszerészei:

– 1745 ősztől 1761-ig *Christophorus Hartl*. Róla több ízben feljegyezték a háztörténetben, hogy számos alkalommal távoli helységekre is beteghez hívták, mivel ő a rendbe lépése előtt sebész is volt. Mellette dolgoztak

1750-ben *Mathias Stadler*, 1751–52-ben *Carolus Smichei*, 1754-ben *Adamus Schwinghaimber*, 1757–60-ban *Ferdinandus Ibandt* és 1761-ben *Josephus Winkler* mint beosztottak.

– 1762–1767 között *Ferdinandus Ibandt*,

– 1768-ban *Wenceslaus Dukat*,

– 1769–1770 között *Franciscus Tandler*,

– 1771-ben *Matthaeus Rauzi*,

– 1772–1773 között *Joannes Nep. Friesl* [8, 9].

A rend 1773 évi feloszlásakor a bizottság úgy döntött, hogy a gyógyszertár eladásáig az ott lévő jezsuita fráter maradjon. Kapott 100 frt-ot polgári öltözetre és 48 frt-ot három hónapra, mint a többi szerzetes [10].

A gyógyszertár becsértéke 800 frt volt, azt az 1775 június 18-án megtartott nyilvános árverésen az eddigi provizor *Joannes Nep. Friesl* vette meg 1000 frt-ért [11]. A leltárba vett 35 könyvet az egyetem könyvtárának kellett elküldeni [11]. Az új tulajdonos győri születésű volt, még a rendbe lépése előtt 1764 évben a komáromi *Melchior Khielnél* nyerte el a testimonium tirocinalet, a pesti egyetemen 1786-ban vizsgázott [12].

A gyógyszertárra működési ideje alatt panasz nem volt.

IRODALOM

1. *Gyenis András S. I.*: A régi magyar jezsuita rendházak. Bp. 1941. 54. old. – 2. *Mészáros Károly*: Ungvár története a legrégebb időktől máig. Pest, 1861. – 3. *Lukács Ladislaus S. I.*: Catalogus personarum et officiorum Prov. Austriae. S. I. Róma, Inst. Hist. S. I. 1978–1995. – 4. Bp. Egyet. Könyvtár, Cod Ab 127, Diarium Coll. Ungv. 1734–48. – 5. MOL, Htt., Acta San., C 37; Lad D; Fasc. 8. – 6. BEK Cod. Ab 127. – 7. MOL, M. Kanc., Acta Gen., A 39; 1773; No 2989. – 8. *Lukács, L.*: passim. – 9. *Grabarits István-Grabaritsné Iház Zuzsanna*: Az osztrák jezs. rendtart. patikái és patikusai. 1716–1773. Orvostört. Közl. 107–108 (1984) 134–160. old. – 10. MOL, Htt., Litt. pol., C 67; 1773; Fasc. 124. No 90. – 11. MOL, idem C 67; 1775; Fasc. 22. No 34. – 12. SOTE Album Chyrurgorum et Pharmacopaeorum.

E. Sági: *The late pharmacy of Jesuits at Ungvár*

Uzhorod, Ukraine. The foundation of the pharmacy can be associated with the appearance of the first Jesuit pharmacist in the autumn of 1745. This was a community pharmacy from the beginning. The order was dissolved in 1773 – at that time the estimated value of the pharmacy was 800 frt.

ANNO... Gyógyszerész-évfordulók, 1998.

Szmodits László

150 éve

● 1848. június 23-án született *Gálfi Gallik Géza* († 1900) gyógyszerész, a kassai Kereskedelmi és Iparkamara vegyész. A bécsi egyetemen 1871-ben szerzett gyógyszerészi oklevelet. A berlini és a bonni egyetem laboratóriumaiban bővítette tudását. 1873-ben a sátoraljaújhelyi „üdvözítő” gyógyszerár tulajdonosa, majd a kassai „Isten szeme” patikát vezette 1882–1894 között. A kassai Kereskedelmi és Iparkamara laboratóriumában élelmiszereket, ivóvizeket vizsgált. Jelentős a rendőr-orvosi működése is. E tárgy körben ő írta az első hazai szakkönyvet. Javasolta, hogy a gyógyszerárak ellenőrzéséhez gyógyszerészek is szükségesek [3].

● 1848. augusztus 15-én Nyitrán jelent meg az első magyar nyelvű gyógyszerészi szaklap a „Gyógyszerészi Hírlap”, *Láng Adolf Ferenc* gyógyszerész szerkesztésében. A lap célkitűzése volt, hogy saját folyóiratuk legyen a gyógyszerészeknek, mely betekintést nyújt a kor gyógyszerészi, közegészségügyi és természettudományos életébe. Sajnos az 1848-as forradalmi év nem kedvezett a szakmai-tudományos életnek, emiatt a lap még az év vége előtt megszűnt [8].

125 éve

● 1873. július 10-én született Mezőtúron *dr. Ernst Kálmán* gyógyszerész, vegyész. A Budapesti Egyetemen 1893-ban nyert gyógyszerészi oklevelet, majd a II. sz. Kémiai intézetben, *Lengyel Béla* professzornál volt tanársegéd. 1901-ben avatták gyógyszerész doltorrá. 1900-ban a Földtani Intézet kötelekben vegyész, majd fővegyész, végül igazgatóhelyettesi kinevezést kapott. Számos, a mezőgazdasággal kapcsolatos munkája jelent meg. Főként a tözegek kémiai vizsgálatával foglalkozott. Jelentős az a monográfiája, amelyben a Balaton-fenék iszapja kémiai viszonyainak tanulmányozásáról számolt be. Ásvány- és közetelemzéseket végzett *Papp Károly* és *Rozlosnik Pál* geológiai munkáihoz. Munkássága elismerésül „Kísérletügyi Főigazgató” címmel tüntették ki. 1899-től tagja volt a Földtani Társulatnak, később választmányi tag, majd 1949-től tiszteletbeli tag. Budapesten, 1957. április 8-án hunyt el [21].

● 1873. október 2-án halt meg Budapesten *Dorner József* gyógyszerész, botanikus. Győrben született 1808. november 2-án. A győri „Magyar Korona” gyógyszerárban volt gyakornok. A gyógyszerészségdi vizsga letételét követően, 1827 és 1831 között, Pesten és Pozsonyban segédként dolgozott. 1832-ben Bécsben szerzett gyógyszerészi oklevelet. Néhány évig Pozsonyban volt gyógyszerár, melyet a növénytan iránti érdeklődésének hatására csakhamar eladott, és a Helytartó Tanácsnál vállalt

hivatali állást. 1848-ban az *Eötvös József* vezette Közoktatási Minisztériumban dolgozott. A szabadságharc leverését követően munkahelyére nem térhetett vissza. Ekkor minden idejét a növénytan kutatásokra fordította. A botanika fejlődését tanulmányozva, arról győződött meg, hogy a fejlődést a növények szöveti szerkezetének és élettanának a kutatása jelenti.

1853-ban a szarvasi evangélikus gimnázium tanárának hívták meg. 1860-ban a pesti evangélikus gimnáziumban folytatta tanári működését. Ez időben írta növénytan állattani és ásványtani könyveit.

Számos publikációja jelent meg, amelyek az oktatással ill. növénytan kérdésekkel foglalkoztak. A Magyar Tudományos Akadémia levelező tagjává választotta, több hazai és külföldi tudományos egyesületnek volt a tagja. Munkái közül kiemelkednek az egyes vidékek flóráját bemutató könyvei [20].

● 1873. október 7-én hunyt el Budán *Ráth Péter* gyógyszerész. 1812. március 12-én született Budán. Édesapja tabáni „Szent Háromság” gyógyszerárban volt gyakornok. Gyógyszerészi oklevelét 1828-ban a Pesti Egyetemen szerezte. Ezt követően Grazban és Brünmben volt alkalmazásban. Édesapja halálakor 1836-ban tért vissza és átvette a gyógyszerár vezetését. A közéletben élénken részt vett, tagja volt a Budapesti Testületnek, annak alapszabályát kidolgozó bizottságának, majd a testület titkára, később pénztárnoka lett. 1850-ben alelnöknek, 1854-ben elnöknek választották. Az elnökségről röviddel halála előtt mondott le. Az Országos Közegészségügyi Tanács megalakulásakor rendkívüli taggá nevezték ki. Tagja volt az I. Magyar Gyógyszerkönyv szerkesztőbizottságának. Sokat tett az ország valamennyi gyógyszerészt egyesítő testület megalakítása érdekében. 1872-ben, amikor az Országos Egyesület megalakult, őt választották meg az első elnöknek. 1868-ban Buda II. kerületének országgyűlési képviselőjéül választották. Több egyesület és intézet vezetőségének volt a tagja [22].

● 1873. november 16-án, Felső-Olcsváron született *dr. Baradlai (Breit) János* gyógyszerész, író, történész. 1890-től Gölnicbányán volt gyakornok. Gyógyszerészi oklevelét 1898-ban Bécsben szerezte. Mezőtúron volt segéd és közben 1900-ban, Debrecenben tett érettségi vizsgát. Ezt követően előbb Lussinpiccoloban, az olasz Rivierán, majd Svájcban volt segéd. Vendéghallgatóként egy-egy félévet hallgatott a bolognai ill. a zürichi egyetemen. 1901-ben hazai jött és a Gyógyszerészi Közlönynek lett belső munkatársa. Megválva a laptól, előbb Ausztriában volt segéd, azt követően Sopron megyében gyógyszerár bérlő. 1914-ben megvette a dunaharaszti patikát, itt 1928-ig dolgozott. Közben a Budapesti Egyetemen orvosi és jogi előadásokat hallgatott. 1918-ban a Közegészségtani Intézetben doktorátust tett. Miután eladta a duna-

haraszi patikát, előbb társ lett a Szent László úti patikában, később – 1933-ban – az V. kerületben szerzett patikajogot.

Napi- és szaklapok állandó munkatársa. Történeti közleményeinek száma több száz. Főműve a Bársony Elemérrel közösen írt, 1930-ban megjelent „A magyar gyógyszerészet története” című 2 kötetes mű [19].

100 éve

● 1898. augusztus 8-án halt meg *csávási Kiss Károly* (*1820) gyógyszerész, a Magyarországi Gyógyszerész Egyesület elnöke. Gyógyszerészi oklevelét 1846-ban szerezte a Pesti Tudományegyetemen. Rövid ideig Temesvárott volt patika tulajdonos. 1872-től a Magyarországi Gyógyszerész Egyesület első alelnöke, majd 1886–1889 között az egyesület elnöke volt. Az Országos Közegészségügyi Tanács tagjaként, a szakmai képzés fejlesztésének egyik szószólója. Tagja volt még a budapesti gyakoronoki tanfolyam, és az egyetem vizsgabizottságának is [7].

● 1898. szeptember 8-én meg *dr. Traxler László* (*1864) gyógyszerész, gyógyszerész- és bölcsészdoktor. Gyógyszerészi oklevelét 1886-ban szerezte a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen. Gyógyszerészdoktori diplomáját 1897-ben, a bölcsészdoktorátust pedig 1898-ban szerezte meg. Nagyon jól képzett gyógyszerész volt. A „Manuale Pharmaceuticum” című könyvét 1892-ben adta ki, mely az első ilyen témájú munka volt hazánkban. Néhány évig még a kolozsvári patikájában dolgozott. Súlyos betegségét felismerve, véget vetett életének [13].

● 1898. szeptember 15-én született *dr. Némedy Imre* († 1959) gyógyszerész, gyógyszerészdoktor, egyetemi docens. Gyógyszerészi oklevelét 1922-ben szerezte a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen. Gyógyszerészdoktori diplomát pedig 1926-ban kapott. Az Egyetemi Gyógyszerészeti Intézetben töltötte pályáját. Egyetemi adjunktus 1940-től, egyetemi magántanár 1942-től. Részt vett 1948-ban a Gyógyszerészi Múzeum anyagának rendezésében. Egyetemi docens 1954-től. Négy szakkönyvén kívül számos dolgozata jelent meg a szaklapokban [14].

75 éve

● 1923. április 20-án halt meg *Kazay Endre* gyógyszerész, akit Winkler professzor a „magyar Scheele” jelzővel emlegetett. Életútjával és munkásságával az elmúlt évtizedekben többen is részletesen foglalkoztak. A Magyar Gyógyszerészeti Társaság 1968-ban emlékermet alapított arcképével a kiemelkedő tudományos vagy társasági munkát végzők elismerésére.

Kazay jelentősebb életrajzi adatai: 1876. november 10-én született Nagybányán. Hat gimnáziumi osztály elvégzését követően 1894-ben kezdte meg gyógyszerész gyakoronoki munkásságát; 1898-ban tett gyakoronoki vizsgát. Ezt követően több városban „segédként” dolgozott. 1901–1903-ban Than professzor tanársegédnek hívta meg, de ő már elkötelezte magát az ógyallai gyógyszertár

gondnokának. Később elfogadta a budapesti „Galenus” gyár vezetői állását. 1915-ben a Vas utcában bérelt, 1918-ban pedig Vértestarcsán gyógyszertárat vett, melyet haláláig igazgatott.

Sokoldalú, gazdag munkásságát a több mint 300 dolgozata és könyvei jelzik. Az első jelentős munkája az 1901-ben Nagybányán kiadott „Gyógyszerészi lexikon” négy kötete volt [18].

50 éve

● 1948. március 1-jén született *Nyerki Tibor* († 1995) gyógyszerész, az Országos Fréderic Joliot-Curie Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Intézet tudományos munkatársa. Gyógyszerészi oklevelét 1976-ban szerezte a Semelweis Orvostudományi Egyetemen. Pályakezdeként a Medicor Művek hematológiai laboratóriumában új eljárást dolgozott ki a vér alakos elemeinek automata vizsgálatára. Az Országos F. J.-C. Sugárbiológiai Intézetben pedig a csontvelő és a nyirokkeringés vizsgálatára alkalmas *technécium-izotópos* készítményt (Nano Albumin) állított elő. Közreműködött még más radioaktív gyógyszerek előállításában és ellenőrzésében is [1].

● 1948. március 26-án halt meg *dr. Baintner Ferenc* (*1871) gyógyszerész, gyógyszerészdoktor, mezőgazdasági vegyész. Gyógyszerészi oklevelét 1893-ban szerezte a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen. Gyógyszerészdoktori diplomát 1894-ben kapott. Előbb Magyaróváron a Gazdasági Akadémia tanársegédje (1894–1896), majd a Kolozsvári Gazdasági Akadémia és Vegykísérleti Állomás vezetője 1896–1920 között. Kutatási témái: a bivaly- és a juh tej, valamint tejtermékeinek vizsgálata, a szeszgyárak jövedelmezősége [2].

● 1948. július 4-én halt meg *Prodam Guidó* (*1882) gyógyszerész, repülő, repülőgép-szerkesztő. Gyógyszerészi oklevelét 1904-ben szerezte a kolozsvári Ferenc József Tudományegyetemen. Több évi segédeskedés után, rövid ideig bérelte a dorogi „Szent Margit” patikát. Repüléssel 1910-től foglalkozott. Pilóta vizsgát 1912-ben tett. Az I. világháborúban az olasz harctéren mint hadirepülő vett részt. Hadifogságát követően patikajogot nyer Budapest II. kerületében. Gyógyszertárának a „Rokkant Sas” nevet adta [4].

● 1948. július hónapban hunyt el *iff. Pillich Ferenc* (*1876) gyógyszerész, természetbúvár, entomológus. Gyógyszerészi oklevelét 1897-ben szerezte a Pázmány Péter Tudományegyetemen Budapesten. Ezután apja, id. Pillich Ferenc simontornyai „Szerecsen” gyógyszertárában dolgozott. Később a patika vezetője lett. Sokat kutatott a helyi flórát és faunát. Főleg a lepke- és rovarfajok érdekelték. Néhány növény- és rovarfajt róla neveztek el. A szaklapokban húsz közleménye jelent meg [5].

● 1948. július 31-én halt meg *Fördös Lajos* (*1893) kecskeméti gyógyszerész, feltaláló. Gyógyszerészi oklevelét Budapesten, 1920-ban szerezte a Pázmány Péter Tudományegyetemen. Patikajogot nyerve Kecskeméten, 1927-ben „Szent László” néven gyógyszertárat nyitott. Számos újszerű gyógyszerkészítményt állított elő és ho-

zott forgalomba: köszvény elleni „aktív iszap”, inzulinpótló cseppek. Jelentős közéleti munkát végzett a Magyarországi Gyógyszerész Egyesület Pest-Pilis-Solt-Kiskun megye déli kerületében [6].

● 1948. október 29-én halt meg *id. Bayer Antal* (*1860) gyógyszerész, a Magyarországi Gyógyszerész Egyesület elnöke. Gyógyszerészi oklevelét 1884-ben szerezte a bécsi egyetemen. Alkalmazottként előbb a bécsi „Salvator”, majd a pesti „Angyal” patikában dolgozott. 1888-ban megvásárolta Budapesten, az Andrássy úton levő „Vörös Kereszt” gyógyszertárat. Hazánkban ő hozott forgalomba elsőként ampullázott gyógyszereket. 1902-től a Budapesti Gyógyszerész Testület alelnöke, 1905–1918 között pedig a Magyarországi Gyógyszerész Egyesület elnöke. Sokat fáradozott a nyugdíjas gyógyszerészek szociális helyzetének javításáért. Az Országos Közegészségügyi Tanács és a Fővárosi Törvényhatósági Bizottság tagja volt [11].

● 1948. november 16-án halt meg *dr. Barta Endre* (*1882) gyógyszerész, gyógyszerészdoktor, gyógyszerüzem-tulajdonos. Gyógyszerészi oklevelét Budapesten, a Pázmány Péter Tudományegyetemen szerzett 1903-ban. Gyógyszerészdoktorrá 1904-ben avatták. A budavári „Fekete Sas” patika gondnoka volt előbb, majd 1909-től a pesti „Szent Szív” gyógyszertár tulajdonosa. Pestszenterzsébeten gyógyszerüzemet alapított. A kalcium, a bróm és a jódterápia lelkes hirdetőjeként többféle gyógyszerkülönlegességet hozott forgalomba [12].

● Az Iparügyi Minisztérium kezdeményezésére 1948. október 10-én indult meg az első budapesti *gyógyszerész-technikusi* tanfolyam. *Fehér László* gyógyszerész, vezető tanár mellett, *Kenéz Endre*, *Kolos Ede*, *Ligeti Ferenc* és *Ligeti Viktor* gyógyszerészek voltak az első tanárok. Az Egészségügyi Minisztérium irányítása alá az 1949/1950. tanévtől került a tanfolyam. A későbbiek folyamán már minden megyében megkezdődött a technikusképzés [9].

● 1948. október 11-én nyitották meg a budapesti Egyetem Gyógyszerészeti Intézetében az *Ernyey József Gyógyszerészi Múzeumot*. Anyagát a Magyar Nemzeti Múzeum gyógyszerészi gyűjteménye és az egyetemi Gyógyszerészeti Intézet régi eszközei képezték. Sok ajándékozó is gyarapította a gyűjteményt. A múzeum létrehozásában hervadhatatlan érdeme volt *dr. Mozsonyi Sándor* egyetemi tanárnak, valamint *dr. Halmaj János* egyetemi magántanárnak. A kiállítási részleg 1963-ban sajnos megszűnt, de az értékes anyagot újra kiállította az 1965-ben megnyitott Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár [10].

25 éve

● 1973. július 23-án halt meg *dr. Halmaj János* gyógyszerész, egyetemi tanár. Nyitrán született 1903. március 3-án. Iskoláit Bonyhádön végezte, és az ottani „Arany Sas” gyógyszertárban volt gyakornok. Gyógyszerészi oklevelét Budapesten a Pázmány Péter Tudományegyetemen kapta meg 1925-ben. Baján ill. Szigetváron volt beosztott gyógyszerész. Gyógyszerészdoktori oklevelét 1931-ben ugyancsak Budapesten a PPTE Általános

Növénytani Intézetében kidolgozott disszertációja alapján nyerte el. Ezt követően az Intézetben tanársegédként munkálkodott. 1939-ben az orvostudományi karhoz tartozó Gyógyszerismereti Intézetbe helyezték át. 1940-ben adjunktussá nevezték ki, 1942-ben pedig magántanárrá habilitálták. Megbízást kapott a „Gyógyszerészet története” tárgy előadására. 1948-ban az intézet vezetőjének Lipták Pál professzornak a halála után, mint tanszékvezető egyetemi docens kapott kinevezést az intézet élére. 1957-ben nevezték ki egyetemi tanárnak. 1954–1964 között a Gyógyszerésztudományi Kar dékánhelyettesi tisztét töltötte be. A gyógyszerészi tudományok kandidátusa címet 1956-ban nyerte el. Tevékenyen részt vett az V. és a VI. Magyar Gyógyszerkönyv farmakognóziái részének szerkesztésében, mint az albizottság tagja ill. elnöke. Intenzíven foglalkozott a gyógynövények szabványosításával. A Magyar Szabványügyi Hivatal Gyógynövény Szakbizottságának tagja, majd elnöke volt.

Munkásságának jelentős részét képezték a gyógyszerészeti történetével foglalkozó témák. Számos hazai és külföldi tudós életrajzát dolgozta fel.

Tagja volt a Magyar Gyógyszerésztudományi Társaságnak, hosszú ideig a titkári tisztet töltötte be.

Munkásságának eredményeit a mintegy 200 írásműve, valamint a Novák Istvánnal írt farmakognóziái tankönyve dokumentálják [16].

● 1973. október 20-án halt meg *dr. Mártonfi László* gyógyszerész, a marosvásárhelyi Orvosi-Gyógyszerészeti Egyetem egyetemi tanára. Szamosújváron született 1903. január 3-án. Szilágysomlyón érettségizett. Gyógyszerészi oklevelét 1927-ben, gyógyszerészdoktori címét 1931-ben a kolozsvári Tudományegyetemen szerezte. 1926 és 1932 között Kolozsváron a Gyógyszerészi Karon gyakornok, majd tanársegédként tevékenykedett. 1933-tól 1949-ig Kolozsváron gyógyszertár-tulajdonos volt. 1949 februárjában nevezték ki egyetemi tanárnak. A marosvásárhelyi Egyetemen a gyógyszerészi kémia oktatását szervezte meg. Egyetemi működése során hasznosította mind a régebbi oktatói, mind a gyógyszertárban szerzett tapasztalatait. Tudományos munkásságának témáját az olajos kontasztanyagok előállításának, a növényi olajok tárolás közbeni változásának tanulmányozása képezte. A kén meghatározására kidolgozott eljárást a Román Gyógyszerkönyv is átvette. Részt vett a VII. és a VIII. kiadású Román Gyógyszerkönyv szerkesztésében. Tagja volt a Bukarestben megjelenő „Farmacia” szaklap szerkesztőbizottságának [15].

IRODALOM

1. Gyógyszerészet 39, 398. (1995). – 2. Magyar Életrajzi Lexikon. I. köt. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1967. 70. old. – 3. *Soproni L.*: Gallik Géza. Gyógyszerészet 23, 102–105 (1979). – 4. *Táplányi E.*: Prodam Guido. Gyógyszerészet 27, 67–69 (1983). – 5. *Kolozs Cs.*: Két magyar entomológus gyógyszerész. Gyógyszerészet 18, 69–70 (1974). – 6. *Lóránd N.*: Emlékezés Fördös Lajos gyógyszerészre. Gyógyszerészet 14, 295–296 (1970). – 7. *Lóránd J.*: csávási Kiss Károly halála. Gyógyszerészi Hetilap, Budapest, 1898. 546. old. – 8. *Rixer A.*: A gyógyszerészek ma-

gyar nyelvű publikációs lehetőségei a XIX. században. Gyógyszerészet ünnepi különszám, 1997. 14. old. – 9. *Ligeti V.*: A gyógyszerész-technikus képzés 10 éve. *Gyógyszerészet* 4, 27–30 (1960). – 10. *Marosné Lugosi M.*: A magyar gyógyszerészi múzeumok keletkezése. *Gyógyszerésztörténeti Diárium*, Budapest, 1974. 2. szám, 182. old. – 11. *Rádóczy Gy.*: Bayer Antal. *Gyógyszerészet* 33, 263–365 (1989). – 12. *Hegedűs L.*: Barta Endre. *Gyógyszerészet* 27, 383–385 (1983). – 13. *Deér E.*: Traxler László emlékezete. *Gyógyszerészi Hetilap* 1899. 210. old. – 14. *Csipke Z.*: Megemlékezés dr. Némedy Imréről. *Gyógyszerészet* 4, 111–112 (1960). – 15. *Rác G.*: Dr. Mártonfi László. *Gyógyszerészet* 18, (4), 152 (1974). – 16. *Verzárné Petri G.*: Dr. Halmi János professzor életútja. *Gyógyszerészet* 17, (11), 435 (1973). – 17. *Zboray B.*: Halmi János egyetemi tanár irodalmi munkássága. *Gyógyszerészet* 18, (11), 418–422

(1974). – 18. *Lárencz L.*: Gyógyszer. tört. *Diarium*. (4), 180 (1973); (1), 350 (1975). – 19. *Baradlai J.*: Önéletrajz. In: *Baradlai-Bársony: A magyar gyógyszerészet története*. II. köt. Budapest, 1930. 682–684. old. – *Zboray B.*: dr. Baradlai János. *Gyógysz. tört. Diarium* 1975. 75. old. – 20. *Baradlai J., Bársony E.*: A magyar gyógyszerészet története. Budapest, 1930. I. köt. 333. old., II. köt. 339. old. – *Szmodits L.*: Dörner József gyógyszerész, neves botanikus. *Gyógyszerészet* 23, (2), 62 (1979). – 21. *Magyar Életrajzi Lexikon*. Budapest, 1912–1935. I. köt. 422. old. – 22. *Baradlai J., Bársony E.*: A magyar gyógyszerészet története. Budapest, 1930. II. köt. 188. old.

L. Szmodits: *Anniversaries of pharmacists in the year 1998.*

Budapest, Högyes Endre u. 1. – 1092

FELHÍVÁS

Tisztelt Kollégák, tisztelt Kollégák!

Amint bizonyára tudják, 1997. évi személyi jövedelemadójuk 2x1%-át közcélra fordíthatják. Ebből 1%-ot a külön törvényben meghatározott alapítvány, társadalmi szervezet vagy külön nevesített intézmény, elkülönített alap javára utalhatják.

A kedvezményezettek körébe tartoznak többek között azok az alapítványok, amelyek betegségmegelőző és gyógyító, oktatási vagy tudományos kutatási tevékenység támogatásával foglalkoznak. A „Gyógyszerészet az Egészségért” alapítvány e feltételeknek megfelel, mivel alapító okirata szerint az alapítvány célja: a gyógyszerészek, tudományos fejlődésének, korszerű ismereteik bővítésének, ezáltal a betegségek megelőzésében és gyógyításában való minél aktívabb bekapcsolódásának elősegítése, a gyógyszerészeti tudományok fejlesztése, a tudományos kutató munka anyagi támogatása.

Kérjük éljenek ezzel a lehetőséggel, és támogassák a Magyar Gyógyszerészeti Társaság által kezdeményezett

„Gyógyszerészet az Egészségért” alapítványt

Az Alapítvány címe: 1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Az Alapítvány adószáma: 18048195-1-41

Fontos, hogy az említett 1% részét képezi az APEH számára befizetett személyi jövedelemadónak, azonban a befizető rendelkezése alapján az APEH ezt továbbítani köteles a kedvezményezettnek. A rendelkezéshez az APEH által kiküldött formanyomtatványt, a „Rendelkező nyilatkozat”-ot kell kiállítani. A kitöltött rendelkező nyilatkozatot az önadózók az adóbevallási csomagban helyezhetik el, vagy akik munkáltatójukon keresztül adóznak, azok legkésőbb március 25-ig munkáltatójuk adóügyeket intéző egységéhez juttassák el.

Köszönettel:

Magyar Gyógyszerészeti
Társaság elnöksége

„Gyógyszerészet az egészségért”
alapítvány kuratóriuma

AKTUÁLIS OLDALAK

KONZÍLIUM A GYÓGYSZERÜGYRŐL II. RÉSZ

Az összeállítás I. részét dr. Somody Imre, dr. Matejka Zsuzsanna, dr. Botz Lajos és dr. Mikola Bálint közleményeivel a Gyógyszerészet előző számában közöltük. Jelen összeállításunkban Csató Zsuzsa, valamint dr. Ternák Gábor és dr. Almási István dolgozatait jelentjük meg. A III. részt következő számunkban olvashatják.

Gyógyszerészet 42. 35–48. 1998.

Az egészségkárosodott emberek mozgalmainak sikerei és kudarcai a gyógyszerpolitika alakításában

Csató Zsuzsa

Kik az önszolgáltatók?

Tanúi lehettünk és lehetünk, amint az elmúlt évtizedben jónéhány hátrányos helyzetű embercsoport lassan magára talált, önnön érintett tagjaiból megszerveződött. Ma, 1998-ban mintegy 800, egészségkárosodott embereket segítő alapítvány és egyesület, s ezen túl további legalább hatszáz klub, csoport működik. 74 speciális megbetegedést, állapotot szolgáló szervezet országos szinten képvisel egy-egy betegséget, állapotot. Vannak közöttük óriások, mint a négy nagy fogyatékoság képviselői, amelyek taglétszáma 20–130 000 között van (a Vakok és Gyengénlátók Szövetsége; a Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége; a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége és az Értelmi Fogyatékosok és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége) és vannak ritka betegségek, amelyek nagyon súlyosak, gyakran korai halálhoz vezetnek, azonban az egész országban 10–30 embert sújtanak. Így ezen betegeknek és képviselőiknek mások a feladataik és más a munkastílusuk is. A két véglet között azonban szinte minden formát, munkamódszert megtalálhatunk.

Alig akad köztük szervezet, amely megmaradna a pusztán „papírmunkás” érdekvédelelnél. Vannak olyan alapvető igények, s ezeket kielégítő szolgáltatások, amelyeket kivétel nélkül mindegyikük megszervez. Ilyen a *tájékoztató*, pl. arról, hogy milyen szakmai segítséget, hol és milyen feltételekkel kaphat a beteg itthon, és minél ismeretlenebb a betegség, annál inkább külföldön. Szinte kötelező az *egyéni tanácsadás, ügyintézés*, lényegében a sorstársak, vagy szakemberek által végzett szociális munka. A mentálhigiénés tevékenységnél jóval hatékonyabb, természetesebb, emberség és megértés diktálta támaszt nyújtanak a *telefonos és személyes beszélgetések*. A nehézségek elviselését, s a „kibeszélem magamból” lehetőségét is segítik a *klubok, a beszélgető közösségek*.

Ezek a szervezetek, csoportosulások szolgáltatásokat szerveznek, kezdetben tagjaiknak, de nagyon hamar kiderül, hogy nagy szüksége van rá a csoporton kívüli sorstársaknak is. Ma bizton mondhatjuk, hogy ezen a téren az alapítványok és az egyesületek indítják szinte az összes modell értékű, úttörő kísérletet, s köztük az érintettek saját csoportjai vezetnek. Számukra igazán fontosak és sürgetőek e szolgáltatások.

Az egészségügy

A krónikus betegek életének minősége és színvonala egyértelműen az egészségügyi ellátásuk színvonalától függ. Nem kis mértékben, hanem legalább 60–80%-ban. Ami ezen túl szükséges, abban mindenütt úttörő szerepet játszanak az önszolgáltató szervezetek, amelyek igyekeznek tagjaiknak minél szélesebb körű segítséget nyújtani. Párhuzamosan folyik az igények felmérése és a szolgáltatások nyújtása.

Alapvetően szükség lenne pl. minden krónikus beteg *oktatására*. Így megismerhetnék a betegségüket, az ezzel járó szükséges és egészséges életmódot, a rohamok, a rosszabbodás előjeleinek megfigyelését és ezen keresztül a megelőzést. A cukorbetegknél, a hemofiliásoknál és a vesebetegek egy részénél különös hangsúlyt kap, hogy képesek legyenek önmaguk kezelésére. *Tény, hogy az önszolgáltatás tanítását a betegek egyesületei kezdték meg. De az is tény, hogy ez nyilvánvalóan állami feladat, és ideje lenne átvállalni, legalább a pénzügyi oldalát. Egyébként ez, mint igazi megelőzés, jó üzlet, lehetőség az OEP, az állam számára is.*

Alapvető, hogy a betegek *lelki támaszt* kapjanak. Itt nem csupán a fenti betegek közösségeiről, a telefonszolgáltatásokról és a beszélgetésekről van szó, hanem a legtöbbször hiányzó pszichológusról, a terápiáról is. Holott a krónikus betegekkel dolgozó néhány lélek-szakember ismeri legjobban, milyen nehéz megemészteni, hogy ezután valaki nem „teljes ember”, hogy örökre sztómával, inzulininjekciókkal, dialízissel, a rohamok, a halál előcsarnokában él. Olyan „apróságok” nehezítik az életüket, mint a gyógyszerek mellékhatásai; így a régóta asztmások osteoporosisa, „előregedő” bőre, a vesebetegek magas vérnyomása, és az a tény, hogy a pszichiátriai betegeknek, ha gyógyíthatók is, gyógyszereik „mellékhatásaként” nem lehet gyermekük. Miközben e betegek mindent megtesznek azért, hogy életük szebb legyen, meg kell tanulniuk ezekkel a korlátokkal élni. Nekik, családjuknak és barátaiknak is. Ehhez ma nem jár hivatalos segítség. Sőt vannak, akik úgy gondolják, hogy ez a betegszervezetek dolga. Szerintem gondja, de ha valaki terápiára szorul, az szakmai segítséget igényel.

A szűrés és a diagnózis hiánya rábírta a betegek szervezeteit, hogy maguk kezdjék szervezni mind a szűrése-

ket és az egyéb megelőző tevékenységet, mind pedig a diagnózis elősegítése érdekében, a ritkább betegségeik ismertetéseit. Nem ritka, hogy a szemész nem veszi észre, ha valaki csőlátó, hogy értelmi fogyatékkal élők „ismeretlen eredetű anyagcsere-rendellenességként” élnek le életüket. Van, amikor ez sokat számít, van, amikor nem. De aki benne van, tudni szeretné, mi vár rá, van-e remény. Ez nem mindegy. A betegek szervezeteinek nyomására jött létre, elsősorban a fenti hányok pótlására, Dániában a Ritka betegségek központja is.

A betegek magukra maradnak a betegágyukban is, pedig szükségük lenne itt is a segítségre. A hozzátartozó, ha jön is, sok az egyéb dolga. Vele különben sem lehet arról beszélni, ami nehéz. Éppen hogy meg kell nyugtatni, előtte erősnek kell látszani. Viszont lehet panaszkodni egy sorstársnak, aki már átélt ilyen katasztrófát. Tanulni lehet tőle, aki már megtanult, pl. gégeműtét után hangokat adni. A betegszervezetek egy kis része már képes megszervezni, hogy ha a beteg kívánja, odaül az ágya mellé egy sokat próbált, jó erőben lévő, jó kedélyű és a lelki válságokat elméletben és gyakorlatban is ismerő tagjuk.

Az csak illúzió, hogy ha valaki hazajut a kórházból, akkor már meggyógyult. Ekkor kezdődik az igazán nehéz időszak. Itthon mindenki egészséges, csak ő más. Nincs, akihez forduljon, mindent magába temet, könnyen magába fordul. Kell, hogy legyen, akit felhívhat, aki eljön, aki nem sajnálja, hanem megérti.

De szükség van segítségre a rendelőintézetekben is. Ma még egyedi, hogy az Onkológiai Intézet halljában önkéntesek fogadják a vizsgálatokra érkezőket. Ha úgy látják, hogy szükség van rá, elkísérik őket, nem hagyják egyedül a diagnózisra várva, rajtuk van a szemük, hogy a dolgok rendben menjenek, ne kelljen sokat várni stb.

De mindezen tevékenységek nem merítik ki sem az igényeket, sem a teendőket. Szinte mindegyik betegszervezet gondosan ápolja a jó kapcsolatot a speciális kezelőhelyeik munkatársaival és különösen az orvosaival. Ennek a viszonyoknak a függvénye, hogy tehessenek a beteg érdekében.

Mostanában egyre gyakrabban, különösen az „ágylépítések miatt” a speciális ellátóhelyek fennmaradásáért kell harcolni. A közelmúlt legnagyobb sikere, hogy az asztmás betegek fellépése nyomán újra megnyitott a Kékestetői Szanatórium. De ritka a siker.

A gyógyszer

A legtöbb krónikus beteg (kivéve pl. a táplálékérzékeny és az agysérült embereket) „gyógyszerfüggő”. A gyógyszer minősége, elérhetősége és ára számukra döntő kérdés. Vannak olyan betegségek, ahol az elsődleges, optimális gyógyszerek ingyenességét már elérték az orvosok szakmai kollégiumai. Ilyen a cukorbetegség inzulinja, az epilepszia, a pszichiátria gyógyszereinek egy része. Bizonyos gyógyszerek kiemelt támogatását azonban már a betegek szervezetei harcolták ki. Ilyenek a vesebetegek, a hemofiliások gyógyszerei.

Ma még sok olyan krónikus betegség van, ahol a spe-

ciális gyógyszereknek az ára elemi csapás az érintett emberek és családjaik számára. Így pl. az asztmás betegek egyes lokális szteroidjai, a migrénesek imigránja, a depressziós betegek gyógyszerei, számos krónikus betegség nélkülözhetetlen, de ma szinte megfizethetetlen szereit, a fájdalomcsillapítók, az antibiotikumok, az erősítőszer stb. A megoldás a speciális betegségek kielégítő kezeléséhez kapcsolódó gyógyszerek kiemelt támogatása és a felhasználás ellenőrzése volna.

Alapvető probléma, hogy az alapgyógyszer támogatott, de a betegséggel vagy a gyógyszerrel járó másodlagos tünetek kezelésének gyógyszerei nem, vagy csak kis részben. Pl. a kemoterápiától legyengült szervezetet erősítő szerek és ezen betegek antibiotikumai, a régóta asztmások oszteoporózist megelőző, kezelő szereit sem.

Korlátozottan, de már lehetséges az otthoni szakápolás, kezelés, de a szabályozás miatt ez szinte elérhetetlen a krónikus betegek számára. Úgyis szólva lehetetlen az otthoni halál méltóságának megteremtése is. Megfizethetetlen a nővér, nem megy ki időben az orvos, nem jár automatikusan az otthoni fájdalomcsillapítás stb. Mindez megoldható lenne, de a többség nem jut hozzá. A továbbiakban néhány „öreg”, lassan évtizedes múltú szervezet gyógyszerproblémái következnek, példaként és a teljesség igénye nélkül.

A vesebetegek

A vesebetegek életét – ha már nem működik kielégítően a veséjük – a dialízis minősége, továbbá a veseátültetés lehetősége és minősége határozza meg. Ha ezek során akár az ellátás, akár az ehhez szükséges eszközök, gyógyszerek hiányoznak vagy nem elég jók, úgy a vesebeteg élete nem csupán megrövidül, de a beteg sokkal többet szenved. A transzplantáció esélyei sokkal jobbakká tölünk nyugatra. Nálunk a vesebetegek még gyakran önként lemondanak arról, hogy a vesére várók listáján legyenek.

Ugyanakkor a jelenlegi jó minőségű dialízis nem kis részben a vesebetegek szövetségének köszönhető. Ők harcolták ki, hogy a dialízis során mindenki hozzájusson az eritropoetinhez, ami a dialízisen lévő életének minőségét és hosszát is a többszörösére növeli. Ők érték el, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár oly mértékben támogassa a dialízist, hogy komoly piaca legyen, s ezért ma egyre több nyugati cég indít dialízis állomást Magyarországon. (Miközben az állami ellátás ugyanezen támogatásért nem képes dialízist nyújtani.) Elérték azt is, hogy egyre bővül a vesebetegek speciális szállítását megoldó betegszállító buszrendszer. Ők szervezték meg az első üdülőt, ahová átmenetileg dializáló állomást telepítenek, s ez máig a legtöbb vesebeteg egyetlen üdülési lehetősége.

A sikerlista mögött az eredmények megvédéséért folytatott mindennapi harc és a helyzet bizonytalansága áll.

A cukorbeteg

Bár e szövetség ma még inkább erősödik mint erős, viszont a cukorbetegekkel foglalkozó orvosok eredm-

nyeként ezen betegek ellátása ma jó minőségű. A cukor-betegeknek ahhoz, hogy könnyebb legyen az életük, nem csupán jó minőségű és ingyenes inzulinra van szükségük – ez ma megvan –, hanem arra is, hogy képesek legyenek az önkezelésre, hogy ki tudják számítani: mikor, milyen gyógyszerre és mennyire van szükségük, és be tudják adni maguknak a szükséges adagot – azaz a hangsúly itt és most a betegoktatáson és az önkezelésen van. De, elsősorban a megfelelő életmód lehetősége, az elérhető árú és tisztas választékú táplálék megteremtése terén sok még a tennivaló.

A táplálékérzékenyek

Egészen más a táplálékérzékeny, így a liszt-, a tejcukorérzékeny, a táplálékallergiás, a fenilketonuriás stb. emberek problémája. Számukra nem az egészségügy és nem a gyógyszer a legfontosabb, de annál jelentősebb az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatása. Mivel a speciális élelmiszerek elviselhetetlenül drágák és gyakran csak külföldről szerezhetők be, a betegek az állam, az OEP és a Népjóléti Minisztérium támogatása nélkül nem boldogulnak. Mindkét oldalon azonnal lépnie kellene. Az államnak megfizetnie a speciális élelmezés szükségleteit, hiszen ezek ezen betegek számára épp olyanok, mint a többi betegnek a gyógyszereik. Azt gondolom, ezt senki sem vonja kétségbe, csak éppen sem az orvosok, sem a kormányzat illetékesei nem ismerik a szükségletet, a költségeket. Ezek a szervezetek, talán a fenilketouriasok egyesületének kivételével még „újszülöttek”, csak készülnek a tárgyalásokra. Valószínűleg a helyzetük rendezetlenségének egyik rejtett indítéka az a tény, hogy a cukor-betegek tábora félmillió, s az ő táplálkozás támogatásával járó bármilyen lépés költségvonzata óriási. Talán a cukor-betegeken segíthetnek az egészséges életmódprogramokra rendelkezésre álló pénzeszközök is, de ez a ritka betegségekben szenvedők táplálékgondjait nem oldja meg.

A veleszületett rendellenességek

Ezekben belül is a genetikai betegségek, különösen a ritkák, súlyosak, korai halállal végződők kezelése fejlődik a leglassabban. Ez a leghálátlanabb, legkevésbé látványos sikert hozó orvosi feladat. Talán emiatt dolgoznak itt a legelhivatottabb orvosok és szakemberek, és emiatt alig vannak pályaelhagyók. A betegek a legtöbbször nem gyógyíthatóak, az állapotuk nem stabilizálható, legfőljebb a tünetek enyhíthetők. Így problémáik zöme nem a gyógy-szerekhez kapcsolódik.

Az Egészségkárosodottak Tanácsa

1996 ősze óta az Országos Egészségbiztosítási Pénztár vezetésén belül a Gyógyszer és Segédeszköz Főosztály bizottságaiba állandó meghívott az Egészségkárosodottak Tanácsa (EKT). Az Egészségkárosodottak Tanácsa a 74 országos jelentőségű, egy-egy konkrét betegséget, állapotot képviselő egyesület, szövetség, alapítvány néhány éves

együttműködése. A szükség hozta létre, hiszen természetes, hogy bár az érintettek véleményét fontosnak tartják, nem kívánnak több tucat szervezettel tárgyalni. Így az EKT megszervezi a fellépéseket, véleményeket a hatékony információcserét. Az együttműködés egyre olajozottabb, bár még nem lehetünk elégedettek eredményeinkkel. Az EKT részt vehet a gyógyszerek ártárgyalásaiban és a támogatások megítélésében. Óriási előrelépés a döntésekben való részvétel, viszont a tapasztalatok megmutatták, hogy föl kell nőnünk a feladathoz. Megtapasztaltuk, hogyan működik a mechanizmus, hogyan dől el a gyógyszer-támogatása, mit is jelentenek a „fantomgyógyszerek”. Most vált kézzelfogható hátránnyá, hogy az EKT-nak *nincsen fizetett apparátusa, kizárólag önkéntesekkel dolgozik*. Látható, hogy mindenképpen egy-egy koordinátornak kell összefognia ezt a tevékenységet, akinek ismernie kell a bizottság működését, s azt, hogy a tárgyalandó anyaghoz milyen szakértelem szükséges.

A sikeres működéshez az állandó koordinátor mellett az aktuálisan érintett szervezetek szakértő képviselőinek is jelen kell lenniük az őket érintő kérdéseknél. Ott kell lennie az írásos szakmai véleménynek is, alátámasztásul, mert szakmai kérdésekben, a betegeknek megvan a saját tapasztalata, véleménye, célja, de ezek megvédése egyedül, szakmai segítség nélkül, nem megy.

Segíthet az adott szakmai kollégiummal közös fellépés. Ez azonban nem mindig megy. Ha eltér a véleményük, akkor saját szakértő kell, márpedig ez azt jelenti, hogy az adott szakértő szembe kerülhet saját szakmai kollégiumával, s ez egzisztenciális veszélyeket hordozhat a számára. Ezeket a gondokat csakis diplomáciai készségünk fejlesztésével, az orvosokkal való még jobb kapcsolattal lehet megoldani. Ehhez nem elég a betegek aktivitása, mert az orvosoknak is el kell fogadniuk, hogy a betegeknek más lehet a tapasztalatuk vagy kívánságuk mint az orvosoknak, vagy mint az az irodalomból kitűnik.

Ez a rendszer egyáltalán nem működik a ritka betegségeknek. Itt a betegek szervezeteinek vezetőségeiben ott vannak a saját orvosai. Ez ugyan egységes fellépést biztosít, de kérdés, mi van akkor, ha a betegek mást gondolnak, kívánnak, mint a szakma. Szerencsére ez ritka. Az viszont biztos, hogy saját orvosaiikkal szemben az érdekvédelmük működésképtelen lenne. Miközben ez érthető, a betegeket függővé teszi. Ez a gyógyszerválasztásra is igaz.

Hosszú távon biztos, hogy az a jó, ha a betegek szervezetei írásban, az itt elvárt követelmények szerinti színvonalon írják le problémáikat és megoldási javaslatukat is. Ez az adatgyűjtés elindult, de a tudományos megalapozottságú állítások és a betegek mindennapi gondjai, tapasztalatai között nagy a szakadék. E téren most kezdődött el a szakmai felkészülés, a tapasztalatok „bizonyítása”. Ilyen jellegű „betegcentrikus” felmérések már készültek az epilepsziás, az asztmás és a depressziós betegek gyógyszereiről is. Ezek egyrészt a betegek gyógyszerkiadásait mérik fel, másrészt a betegek csoportjaiban „gyógyszer közvélemény-kutatást” szerveznek.

A jelenlegi ismereteink szerint alapvető gond, hogy óriási eltérések lehetnek regionálisan, aszerint, hogy kik

ott az orvosok, mi a szakmai véleményük, és milyen az elkötelezettségük.

A gyógyszerekkel kapcsolatos másik probléma, hogy a betegek szervezetei elsősorban gyógyszergyártó és kereskedő szponzorok támogatásából valósíthatják meg programjaikat. E szervezetek komoly erőfeszítéseket tesznek azért, hogy megőrizzék függetlenségüket, a független tájékoztatást, de ez ma nem mindig sikeres. A szponzorok nélkül a szervezetek „éhen halnak”. Megoldást a gyógyszergyártók, a kereskedők és a betegek szervezetei által közösen elfogadott, a támogatásokról szóló etikai kódex hozhat. Akkor talán megszűnhet az a ma még gyakori követelés, hogy a gyártók által a támogatás fejében írt, tehát reklámértékű és a betegek újságjában megjelentetett gyógyszerismertetőtől azt követelik, hogy ne reklámként jelenítsék meg. Ez pedig a betegek félre tájékoztatását okozhatja.

Az Egészségkárosodottak Tanácsa részt vesz a segédeszközök támogatásáról szóló döntésekben is. Míg a gyógyszer főszerepet játszik a legtöbb betegségnél, addig a segédeszközöknek néhány jól körülhatárolható betegségcsoportnál van nagy jelentősége. Így a daganatos betegek mellprotézisei, a mozgáskorlátozottak kerekesszékei, járógépei, a hallássérültek eszközei, a vakok és gyengénlátók botjai, műszemei, speciális nagyítói és szemüvegei csakis saját csoportjaik számára ismertek, fontosak. Így itt a betegek jelenlegi szervezeti felépítése mellett mindössze öt-nyolc szervezet érintett. Ezek együttműködése, koordinálása könnyebb, bár hiányzik az együttgondolkodás, a kompromisszum-keresés. Ha azonban a koordinátor személye megfelelő, akkor mindannyian szóhoz jutnak, s kiállhatnak önmagukért. Pl. a mozgáskorlátozottak eszközei egyben eszközei a reumás betegségekben szenvedőknek, így a lupus, a myasthenia gravis, és a Bechterew-kór szervezeteivel is egyeztetni kell.

Ennél nagyobb nehézséget jelent, hogy a segédeszközök támogatásának szabályozása enyhén szólva bizonytalan. Rengeteg a méltányosságból felírható eszköz. A humánnummal a gazdaságosság áll szemben, és örökös a félelem, hogy túllépik a keretet.

A kuszaságon segíthetne egyrészt a tiszta, átlátható szabályozás és a korrumpálódás kizárása minden szinten, másrészt pedig a segédeszköz-kölcsönző hálózat kialakítása. Ennek előkészületei már folynak. Jelenleg a Magyar Zsidó Szociális Segély Alapítványnak, a Máltai Szeretet-

szolgálatnak, a Vöröskeresztnek és néhány segédeszközgyártónak van kölcsönzője, de ezek széleskörűen nem ismertek, és az sem tudott, hogy milyen igénnyel lehet hozzájuk fordulni.

A jövő

Minden érintett szervezetnek szüksége lesz gyógyszerügyekben jártas betegekre és vele állandó kapcsolatban lévő szakértőkre, továbbá mindannyiuknak rendszeres kapcsolatban kell állniuk egymással és a gyógyszer-koordinátorral.

A beteg szervezetek közti együttműködés jelenlegi szervezettsége még nem tart itt, így erre a feladatra külön föl kell készülni. Össze kell gyűjtenünk a jelenleginél jóval alaposabban a szervezetek alapproblémáit, megoldási javaslatait és ezt közvetíteni kell az OEP felé.

A segédeszközök terén javaslattal kell előlépnünk mind a szabályozás, mind pedig a segédeszköz-kölcsönző terén.

Ha nem vagyunk képesek a saját javaslatainkat összehangolni és továbbítani, úgy könnyen eszközzé válhatunk az OEP és mások döntéseiben, ahol a velünk való egyeztetésre hivatkozhatnak, mi viszont nem tudjuk érvényesíteni akaratainkat.

Ugyanakkor e két bizottságban sokat tanultunk. S e tapasztalatokat tovább kívánjuk vinni, amikor az egészségpolitika minket érintő döntéseiben, azok előkészítésében is részt kívánunk venni. Ehhez azonban az kell, hogy megtanuljunk együttműködni, kialakítsuk ennek biztos rendjét és kontrollját, laikus szakértők legyünk bizonyos területeken.

Az eddigi tapasztalatok még felhívták a figyelmet arra is, hogy szükség lenne a gyógyszerekről független, mindenkinek szóló és közérthető tájékoztatásra, írásban és szóban egyaránt.

Megjegyzés: A „Közérdekű információk” között közzéljük a jelentősebb egyesületek, szövetségek elérhetőségi adatait.

CONSULTATION IN MATTERS OF DRUG. II. PART

Zs. Csató: *Successes and failures in drug policies in the mirror of the movement of health scared people.*

Antibiotikum felhasználási szokások és a levonható költséghatékonysági tanulságok

Dr. Ternák Gábor és dr. Almási István

Az antibiotikumok közismerten a leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek közé tartoznak. A kórházba felvett betegek kb. negyede kap antibiotikumokat és a háziorvosok által felírt recepteknek – egy megyei felmérés szerint – a 10%-a antibiotikum, de az egyes körzetek között igen jelentős az eltérés (4–40%).

Az antibiotikumok indikációjának menetét sokféle tényező befolyásolja. A legfontosabb tényező az orvosnak az antibiotikumokról, azok alkalmazási módjáról, hatásáról és egyéb tulajdonságairól való ismerete, mely a kórházakban és a háziorvosok körében is igen eltérő. Ezt követi csak az orvos által vélelmezett kórkép természete és a beteg állapota, ill. olyan addicionális tényezők, hogy mi be kerül az adott gyógyszer, ill. milyen gyógyszerügynök járt ott utoljára és egyebek. Más gyógyszerektől eltérően az antibiotikum alkalmazásoknak egyik fontos jellemzője, hogy míg pl. diabeteses beteg gyógyításának kritériuma a magas vércukor érték, vagy a hypertóniás beteg gyógyításához szükséges, hogy magas legyen a beteg vérnyomása, addig az antibiotikumot indikáló orvos ritkán veszi magának a fáradságot, hogy meggyőződjön az általa észlelt kórkép infekt eredetéről.

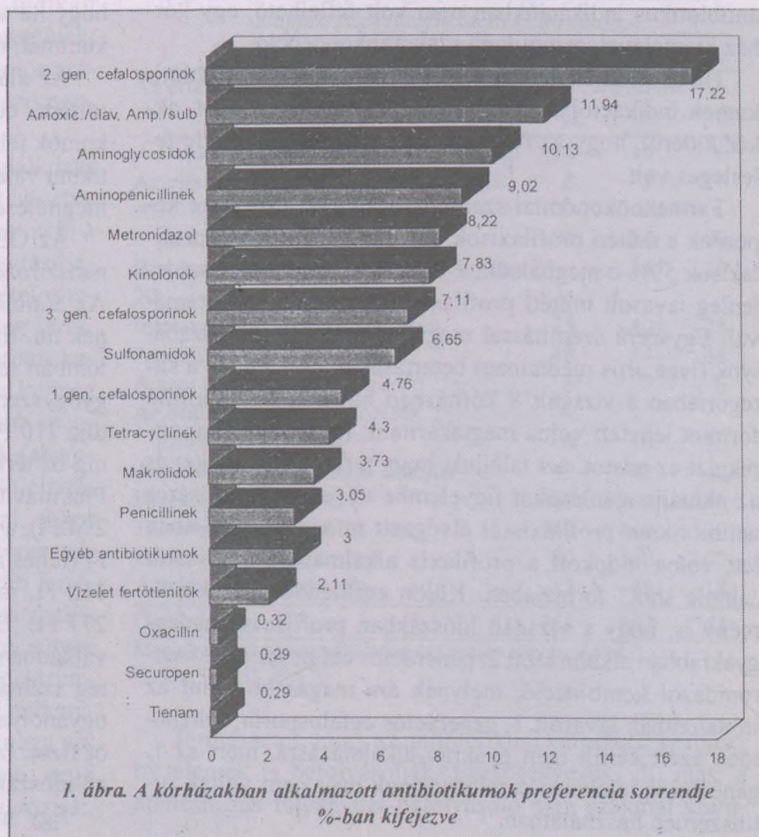
Magyarországon már a '80-as évek elejétől igyekeztek rámutatni az antibiotikum alkalmazásokkal kapcsolatos hibákra [2], de komolyabb érdeklődés hivatalos helyről csak akkor mutatkozott, amikor már fontosnak tűntek a cost-benefit elvárások és fogalmunk sem volt arról, hogy az antibiotikumok alkalmazása területén mi a helyzet. Egyre sürgetőbb volt, hogy választ kapjunk a „mi és mennyi” kérdésre.

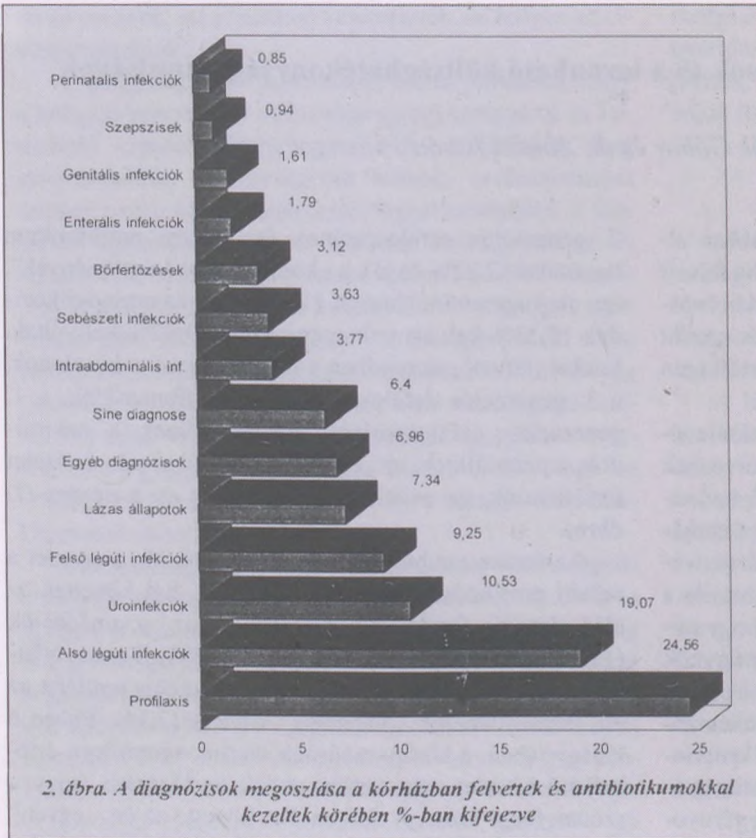
Az első és a fekvőbetegeket érintő hazai vizsgálatokat, a Népjóléti Minisztérium kezdeményezésére, 1995 második felében végeztük el [6, 7], mely 8 fekvőbeteg intézetre terjedt ki (2 megyei kórház, 2 városi kórház, 2 fővárosi kórház, 1 speciális sebészeti intézet és 1 egyetemi klinika). A felmérés során csaknem 14000 kórrajzot dolgoztunk fel, mely magában foglalta az 1995. január 1.–31. között elbocsátott betegek adatait. A feldolgozás során kb. negyed millió adat keletkezett, melynek számítógépes feldolgozását folyamatosan végeztük. Szeretnénk megjegyezni, hogy a saját vizsgálatunkhoz hasonló felméréseket az egészségügyre sokkal többet költő országokban már kb. 15–17 éve elvégezték és a tanulságokat levonták.

Megfigyeltük, hogy az összes betegnek 27,61%-a kapott antibiotikumot. A leggyakrabban alkalmazott antibiotikumok a

2. generációs cefalosporinok (az összes antibiotikum használat 17,22%-ával), a „kombinációs készítmények”, így az Augmentin, Unasyn 11,94%-kal, az aminoglikozidok 10,13%-kal, az aminopenicillinek 9,02%-kal voltak. Ezeket követi sorrendben a metronidazol, a kinolonok, a 3. generációs cefalosporinok, a szulfonamidok, a 1. generációs cefalosporinok, a tetracyclinek, a makrolidok, a penicillinek, az „egyéb” antibiotikumok, a vizelet fertőtlenítők, az oxacillin, a securopen és a tienam (1. ábra).

Az összes antibiotikum alkalmazások kb. negyedét a műtéti profilaxisok képezték (24,56%). Ezt követték az alsó légúti fertőzések (19,07%), az uroinfekciók (10,53%), a felső légúti infekciók (9,25%). Fontos adatként értékeltük, hogy az első négy indikációs területet az ún. lázas állapotok „diagnózis” követte (7,34). Ebben a kategóriában, a kórlap tanúsága szerint, semmilyen értékelhető kísérlet nem történt annak tisztázására, hogy a szóban forgó lázat mi okozza. Ezt követte az ún. „egyéb” kategória (6,96%), ahol az antibiotikum adását nem indokolta fertőzés eredetű megbetegedés, ill. az ún. „sine diagnose” kategória, ahol semmilyen diagnózist nem lehetett kideríteni, amely az antibiotikus kezeléseket indokolta volna. A diagnózisok gyakoriság szerinti sorrendjét a 2. ábrán mutattuk be.





Az antibiotikumok preferencia sorrendjében jelentős eltéréseket találtunk, még a hasonló kategóriájú kórházak között is. Az egymással összehasonlítható osztályok antibiotikum preferencia arányait vizsgálva tízszeres eltéréseket is találtunk, amelyek nem voltak magyarázhatóak a profilaxis különbségeivel, csupán arra utaltak, hogy az antibiotikus indikációkban nem volt fellelhető, egy kórház kivételével, semmilyen szakmai koncepció.

Ha összeadjuk azokat a csoportokat, ahol az antibiotikumok indikációjára nem találtunk semmilyen okot, akkor kiderül, hogy az összes kezeléseknél negyede-ötöde felesleges volt.

Farmakoökonomiai szempontból külön csoportot képeznek a műtéti profilaxisok, mivel az alkalmazott profilaxisok 59%-a meghaladta a 48 órát, és ez ellentétes a jelenleg javasolt műtéti profilaxisok szokásos időtartamával. Egyszerű számítással megállapítható, hogy a szabályok (lege artis medicinae) betartásával, csak ebben a kategóriában a vizsgált 8 kórházban havonta 3,7–5 millió forintot lehetett volna megtakarítani. Ha tovább finomítjuk ezt az adatot, azt találjuk, hogy a rizikótényezőket és az aktuális ajánlásokat figyelembe véve, csak az összes antibiotikum profilaxissal elvégzett műtét 20–30%-ában lett volna indokolt a profilaxis alkalmazása a javasolt „single shot” formájában. Külön említendő az a körülmény is, hogy a vizsgált időszakban profilaxisként leggyakrabban alkalmazott 2. generációs cefalosporin + metronidazol kombináció, melynek ára magasabb, mint az irodalomban javasolt 1. generációs cefalosporin, feltehetően azért került igen gyakran alkalmazásra, mert az 1. generációs injekciós cefalosporinok még nem voltak rutinszerűen használatban.

A kórházi nozokomiális fertőzések arányát átlagosan 6,78%-nak találtuk. A nozokomiális fertőzést kapottak átlagos ápolási ideje 12,15 nappal volt hosszabb a többiekénél. Természetesen tudomásul kell venni, hogy a kórházi fertőzéseket teljesen kiküszöbölni nem lehet, de hatékony infekciókontroll bevezetésével ezek aránya kb. 20–30%-kal csökkenthető. Ez a törekvés jól megfigyelhető a nemzetközi orvosi irodalomban, és különösen fontos hangsúlyozni, hogy ennek legfontosabb kórházi eleme a kézmosás [8] ill. a megfelelő tisztasági rendszabályok betartása. Antibiotikumok adásával nem pótolható a takarító ill. a hatékony kézmosás.

Az antibiotikus kezelésben részesültek ápolási ideje átlagosan 6 nappal volt hosszabb azokénál, akik nem kaptak antibiotikumokat. Felmérésünk szerint 3813 beteg kapott antibiotikumot, a vizsgált csaknem 14000 kórrajzból, ami 23000 plusz ápolási napot jelentett. Természetes, hogy nem azáltal lehet rövidíteni a kórházi tartózkodást, hogy pl. a pneumóniás betegek nem adnak antibiotikumot, hanem a racionális, a szakma szabályainak megfelelő antibiotikum

választással és a nagyobb szakmai ráfigyeléssel.

Az odafigyelés fontosságát igazolják azok a tapasztalatok, hogy az antibiotikum rendelések szabályozása, precízebbé tétele már önmagában fontos tényező [4, 5]. Ennek megfelelően nem lehet eléggé hangsúlyozni az oki diagnózisra törekvés fontosságát és annak elfogadását, hogy ha valamit meg lehet gyógyítani egyféle antibiotikummal, ott nem szükséges kombinációkat alkalmazni.

Az alapellátásban hasonló jellegű felmérés még nem történt, de mivel itt nagyobb mennyiségű az antibiotikumok felhasználása, egy hasonló, a diagnózis és antibiotikum választási szokásokra vonatkozó felmérés a helyzet megítélésére elengedhetetlen lenne.

Az OEP-nek, mint a felesleges antibiotikum adás finanszírozójának érdeke, hogy pontosan tudja: mi mennyi. Az antibiotikumok támogatása átlagosan 70%, bár vannak ún. fix támogatású szerek is, de pl. a jelenleg forgalomban levő kb. 12-féle 100 mg-os doxycyclin tartalmú gyógyszerből a Doxycyclin-Chinoin 8x100 mg-os térítési díja 110 Ft (teljes ára: 275 Ft), a Doxycyclin AL 10x100 mg-os térítési díja 49 Ft (teljes ára: 255 Ft), a Doxycyclin Pharmavit 10x100 mg-os térítési díja 88 Ft (teljes ára: 294 Ft), a Huma-Doxycyclin 8x100 mg-os térítési díja 63 Ft (teljes ára: 228 Ft), a Microdox 8x100 mg térítési díja 112 Ft, mely az előbbinek csaknem duplája (teljes ára: 277 Ft). Ebben az átláthatatlan rendszerű támogatási kavalkádban a beteg számára, pláne a kevés jövedelmű beteg számára, egyáltalán nem mindegy, hogy a hajszára ugyanolyan gyógyszerért 49 Ft-ot, 63 Ft-ot, vagy 112 Ft-ot fizet. (Az adatok az 1998. januári árváltozást megelőző időszakra érvényesek – a szerk.)

Egy megyében 1997 áprilisában a MEP kimutatása

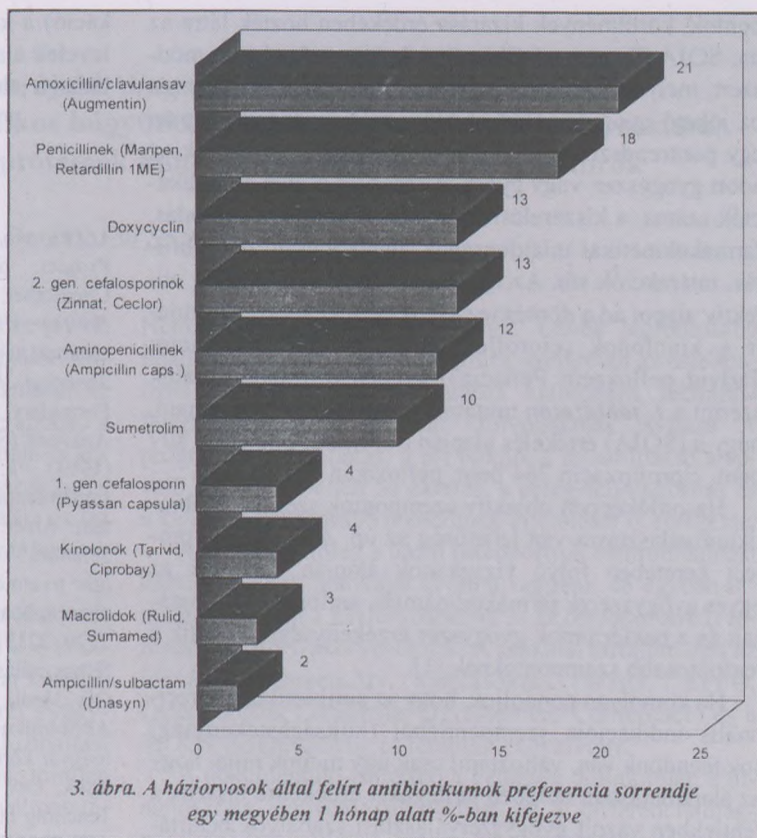
szerint a házi orvosok leggyakrabban (az első 20 között) a Maripent írják fel, melyet követ a Doxycyclin, Semicillin, Sumetrolim, Augmentin 375 mg, Augmentin szirup, Zinnat 250 mg, Augmentin 625 mg, Ceclor szirup 250 mg, Pyassan kapsz., Tarivid, Retardillin 1ME, Unasyn, Zinnat szirup, Rulid, Sumamed, Zinnat 500 mg, Ceclor ret., Augmentin-Biogal 375 mg, Ciprobay.

A hatóanyagok szerint alkalmazott preferencia sorrendet a 3. ábrán tüntettük fel. Ebből látható, hogy hatóanyag tekintetében a legjobban preferált szer az amoxicillin/clavulánsav (Augmentin), melyet követnek a penicillinek (Maripen, Retardillin) és a Doxycyclin ill. a 2. generációs cefalosporinok (Ceclor, Zinnat) egyaránt 13–13%-kal.

A készítmény preferencia sorrendeket tekintve a „toplistát” vezető Maripen, Doxycyclin, Semicillin és Sumetrolim vonatkozásában el kell gondolkodni azon, hogy a hazai rezisztencia viszonyok ezt a sorrendet nem indokolják. Penicillin adása csak az erre érzékeny streptococcus infectio esetén indokolt, az összes többi esetben nem. Felső légúti infekciók (tons. foll. laryngitis, pharyngitis stb.) kezelése pl. Doxycyclinnel vagy Sumetrolimmal nem javasolt, egyébként is ezen kórképekben az esetek legnagyobb részében vírus a kórokozó.

A hatóanyag szerinti preferenciákat tekintve (3. ábra) a helyzet jobbnak mutatkozik, mert a leggyakrabban kezelt bakteriális infekciók (légúti, húgyúti stb.), leggyakrabban kórokozójának érzékenységi arányai az indikált gyógyszereknek (hatóanyagoknak) jobban megfelelnek, de a penicillin származékok és a doxycyclin jelentős arányát, ahogy a fentiekben is utaltunk rá, a hazai rezisztencia viszonyok nem indokolják.

Az antibiotikumot rendelő orvosnak, a foglalkozás szabályai szerint, a „lege artis medicinae” elveit követve kell gondolkodni, tehát a szakmai megfontolásokat nem a gyógyszer áránál kell kezdeni, hanem annak tisztázásával, hogy mit is akar az orvos kezelni, azaz a feltételezhető diagnózissal. Az „adjunk valamit”, mert a beteg lázas, vagy egyéb panasza van, nem tartozik az antibiotikus kezelések indikációi közé. Mindig az a legjobban költség hatékony kezelés, amitől a beteg minél hamarabb meggyógyul. Ha rendelkezünk a hozzáférhető adatok (anamnézis, fizikális vizsgálat, laboratórium, képalkotó eljárások stb.) alapján valamilyen tentatív diagnózissal, akkor hozzá kell gondolni azoknak a kórokozójának a sorrendjét, amelyek valószínűsíthetőek (pl. akut alsó légúti fertőzéseknél a *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Staphylococcus*ok ill. ritkábban, idős korban, vagy súlyos alapbetegség esetén a Gram-negatív és anaerob spektrum, ill. fiatal korban az ún. atipikus kórokozók pl. *Chlamydia*, *Mycoplasma* stb. előfordulását) és ezekre nagy valószínűséggel ható antibiotikumot kell kiválasztani, majd számításba kell venni a bevitel legoptimálisabb dózisát,



módját stb. Ha döntéseinknél ezt a sorrendet vesszük figyelembe, biztosak lehetünk abban, hogy az adott körülményekhez képest a leginkább költség-hatékonyan döntöttünk.

I. táblázat

Orálisan adott kinolonok összehasonlítása a SOJA (System of Objective Judgement Analysis) pontrendszere alapján [C: ciprofloxacin (Ciprobay), O: ofloxacin (Tarivid), pefloxacin (Peflacin)]

Az értékelés szempontjai	Pontok:		
	C	O	P
A jóváhagyott indikációk száma alapján	14	14	6
Az elérhető kiszerezések száma alapján	8	8	6
AUC/MIC ₉₀ (farmakokinetikai paraméter) alapján	90	84	90
Biohasznosíthatóság változásai alapján		15	20
20			
Interakciók gyakorisága alapján	25	40	25
A dózisgyakoriság alapján	48	54	48
A napi tabletták száma szerint	5	7	6
Az orális/parenterális dózisok azonossága szerint	0	10	10
A kialakuló rezisztenciák alapján	42	42	42
Hatékonyság alapján	240	240	240
Tolerabilitás alapján	140	140	130
Beszerezési ár alapján	80	100	100
A dokumentáció alapján	57	48	18
Összesen:	764	807	741

Megjegyzés: a parenterális adagolás esetén kapott pontok: C: 722, O: 755, P: 679

Természetes, hogy az antibiotikum választást szubjektív elemek is befolyásolják. Ezen tényezők, ill. más, a döntéshozás folyamatát befolyásoló nem szakmai szem-

pontok, körülmények kizárása érdekében hozták létre az ún. SOJA (System of Objective Judgment Analysis) módszert, melynek lényege, hogy az egyes kórképekben szóba jöhető gyógyszereket objektív tulajdonságaik alapján egy pontrendszer szerint értékelik. Ilyen szempontok az adott gyógyszer, vagy gyógyszercsoport esetén az indikációk száma, a kiszerezési formulák száma, a felszívódás, farmakokinetikai tulajdonságok, hatékonyság, tolerabilitás, interakciók stb. Az így kapott pontrendszer elég objektív alapot ad a döntéshez [3]. Az értékelés szempontjait a kinolonok (ciprofloxacín: Ciprobay, ofloxacín: Tarivid, pefloxacín: Peflacin) esetében az irodalmi adatok szerint a **I. táblázat** mutatjuk be. A táblázatból látható, hogy a (SOJA) értékelés alapján a sorrend: ofloxacín 807 pont, ciprofloxacín 764 pont, pefloxacín 741 pont.

Hasonlóképpen objektív szempontok szerinti antibiotikum választásra van lehetőség az ún. Alexander – project keretében folyó vizsgálatok alapján, amelyek az egyes gyógyszerek farmakodinámiás, antibakteriális hatásait és a baktériumok gyógyszer érzékenységét tekintik a legfontosabb szempontoknak [1].

Ha komolyan gondoljuk, hogy az antibiotikumok racionális indikációja szempontjából (költséghatékonyság) sok teendőnk van, változtatni csak úgy tudunk rajta, hogy az alapellátásban dolgozó kollégákat érdekeltté tesszük a fentiekben vázolt gyógyszerválasztási szabályok betartásában. Elképzelhető lenne, hogy az OEP, mondjuk minőségbiztosítás címén, kedvezőbb feltételekkel kötné szerződést azokkal az alapellátásban dolgozó orvosokkal, akik vállalják, hogy tevékenységüket (antibiotikum indi-

káció) a kiadott szakmai állásfoglalások és módszertani levelek alapján végzik. Úgy vélem igazi megoldást, jobbitást a jelenlegi helyzeten csak ez a megközelítés hozhat.

IRODALOM

1. *Drusano, G. L., Godstein, F. W.*: Relevance of the Alexander Project: pharmacodynamic considerations. *J. Antimicrob. Chemother.* (38) Suppl. A, 141–154 (1996).
2. *Jákics, J., Breitner, V., Hernádi, E. és mtsai.*: Az antibiotikumok alkalmazásának néhány kérdése. *Orv. Hetil.* 126, 849–853 (1985).
3. *Janknegt, R.*: Fluroquinolons. Use of Clinical Data to Aid Formulary Choice by the System of Objective Judgement Analysis (SOJA) method. *PharmacoEconomics*, 6 (1), 15–33 (1994).
4. *Record, K. E., Dickens, G. R., Amerson, A. B. et al.*: Implementation of a criteria-based antimicrobial formulary system. *Amer. J. Health-Syst Pharm.* 52, S34–38 (1995).
5. *Schmidt, J. P., Regamy, C.*: Proposal for a shortened i.v. antibiotic treatment as cost-saving measures in the treatment of uncomplicated infections. *Schweiz. Med. Wochenschr.* 124, 2229–2233 (1994).
6. *Ternák, G., Almási I.*: Az antibiotikum felhasználás szokásainak vizsgálata fekvőbeteg intézetekben. *Orv. Hetil.* 137, 2917–2921 (1996).
7. *Ternák, G., Almási I.*: Antibiotikumok felhasználása gyakoribb indikációs területeken magyar kórházakban és a vizsgálatokból levonható következtetések. *Orv. Hetil.* 138, 1333–1339 (1997).
8. *Tibbals, J.*: Teaching hospital medical staff to handwash. *Med. J. Australia* 164, 395–398 (1996).

G. Ternák and I. Almási: *Habits of utilisation of antibiotics and their financial consequence*

Baranya Megyei Kórház Infektológiai Osztálya, Pécs, Rákóczi u. 2. – 7623



A PHOENIX Pharma Gyógyszerkereskedelmi Rt.

2151 Fót, Keleti Márton u. 19. sz. alatti

gyógyszerkereskedelmi raktárába,

minőségbiztosítói beosztásba

szakgyógyszerészt keres.

Érdeklődni lehet: dr. Südy György kereskedelmi igazgatónál

Tel.: 06-27/363-069

A Népjóléti Minisztérium újabb diagnosztikus és terápiás irányelvei: osteoporosis, bakteriális aspecifikus húgyúti infekciók, húgycső-katéterezés, asztma, szorongásos betegségek, lipoproteinek mint cardiovascularis rizikófaktorok

Dr. Dobson Szabolcs

A Népjóléti Közlöny XLVII. évf. 19. számában (1997. 10. 31.) a 2785–2848 oldalon megjelentek a Népjóléti Minisztérium újabb diagnosztikus és terápiás ajánlásai az *osteoporosis* diagnosztikája, prevenciója és terápiája; a *bakteriális, aspecifikus húgyúti infekciók* kórisméje és kezelése, a *húgycső-katéterezés*; az *asztma* diagnosztikája és terápiája; a *szorongásos betegségek* diagnosztikája és terápiája; valamint a *lipoproteinek mint cardiovascularis rizikófaktorok* témakörökben.

A terápiás ajánlásokban a hatóanyag-javaslatokat a téma szerint illetékes, prominens szakemberekből álló szakbizottságok tették, és ezeket az illetékes szakmai kollégiumok jóváhagyták. Az ennek megfelelő konkrét gyógyszerek megnevezését az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szakemberei készítették el. Az ajánlások minden évben felülvizsgálatra kerülnek és a szükséges változtatásokat a Népjóléti Közlöny megjelenteti. Az azonos hatású csoporton belül – a szakmailag szükséges összes körülményre, így különösen a beteg életkorára, kísérő betegségeire, az általa szedett egyéb gyógyszerekre és a várható mellékhatásokra is tekintettel – a legjobb költséghatékonysággal járó gyógyszer alkalmazására kell törekedni.

Az irányelvek rövid ismertetése

1. Az osteoporosis diagnosztikája, prevenciója és terápiája

Az osteoporosis az utóbbi évtizedben az afrikai kontinens kivételével minden más földrészen kiemelt jelentőségű népegészségügyi problémává vált. Az osteoporotikus combnyaktáji töréseket követő halálozás súlya az onkológiai, a cardiovascularis, valamint a közúti baleseteket követő mortalitáshoz mérhető. Gyakoribbá válásának egyik fő oka a születéskor várható élettartam megnövekedése, de fontos szerepet játszanak egyes rizikótényezők, mint az életmódbeli-civilizációs faktorok és némely gyógyszerfajták (glükokortikoidok, bizonyos alvadásgátlók) széleskörű szedése.

A betegség diagnosztikájának és terápiájának lehetőségei az elmúlt évtizedek során alapvetően megváltoztak. Megjelentek a csont ásványianyag-tartalmának pontos, reprodukálható mérését lehetővé tévő osteodenzitometriás készülékek, kémiai laboratóriumi eljárások, valamint lehetővé vált egyes speciális biokémiai markerek elemzése.

Hazánkban 1990-ben alakult meg a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság (MOOT), mely a Népjóléti Minisztérium felkérésére 1994-ben kidolgozta a

Nemzeti Osteoporosis Programot. Ennek legfontosabb feladata az önálló ellátási struktúra, konkrétan az osteoporosis szakcentrumok hálózatának kialakítása, technikai felszerelésének és szakmai színvonalának javítása. A program a betegellátás, a prevenció, a rehabilitáció alapvető feladatai mellett az oktatás, a beteg-felvilágosítás és a kutatás legfontosabb teendőinek kijelölését is elvégezte.

Az irányelv főleg a hazai osteoporosis centrumhálózat szakorvosainak munkáját kívánja segíteni, de egyben útmutatót is nyújt a háziorvosoknak és az osteoporotikus töréseket ellátó szakorvosoknak. A szakmai tartalom épít az idevágó nemzetközi ajánlásokra (WHO, EFO, Osteoporosis Consensus Development Conference) és a MOOT diagnosztikus és terápiás irányelveire.

A dokumentum ismerteti a betegség definícióját, a diagnosztika alapvető célkitűzését és a differenciáldiagnosztikai tudnivalókat, hiszen az osteomalacia, a hyperparathyreosis, a Paget-kór és a malignus betegségek is gyakran okoznak csontvesztést és következményes csonttörést.

A továbbiakban bemutatásra kerülnek a klinikai tünetek, a fizikális diagnosztika, a csont ásványianyag-tartalmának mérési lehetőségei (abszorptiometriás módszerek, radiológia, csontultrahang), a mérések indikációja, anatómiai helyének kiválasztása és az eredmények értékelése.

A laboratóriumi vizsgálatokról szóló fejezetben szó esik a rutin laboratóriumi elemzésekről (szérum kalcium- és foszfátszint, szérum alkalikus foszfatázérték, a 24 órás vizelet kalcium/kreatinin hányadosa), melyekkel az osteoporosis rendszerint elkülöníthető az osteomaláciától, a Paget-kórtól és a primer hyperparathyreosistól. A szérum-ösztrogének szintjének vizsgálata postmenopausalis nők esetében nem nyújt többtinformációt. Férfiak esetében a tesztoszteronszint (főleg a szabad tesztoszteron) mérése viszont rutinszerűen végzendő, bár idősebb korban a széles normális tartomány miatt nagyon ritkán lehet kórosan alacsony tesztoszteronértékkel találkozni.

Az irányelv röviden kitér a csontanyagcsere speciális biokémiai paramétereire (szérum osteocalcin, csontspecifikus alkalikus foszfatáz izoenzim, prokollagén I. extenziós peptid-vizsgálat, vizelettel ürülő hydroxiprolin és pyridinolin keresztkötések mérése) és a prognosztikai diagnosztikára (a vizelettel ürülő pyridinolin keresztkötések, a szérum dehydroepiandrosteron-szulfát, ill. a nem karboxilált osteocalcin mérése).

Az osteoporosis prevenciójának leírása magában foglalja a *primer*, a *secunder* és a *tercier* megelőzés alapvető tudnivalóit és a terápiás lehetőségeket (gyógyszeres terápia és nem gyógyszeres kezelések) ismertetését. A *primer* megelőzés a maximális csonttömeg kifejlődését és a ké-

sőbbiekben a csonttömeg konzerválását segíti elő. A *secunder* megelőzés a magas rizikófaktóru személyek kiszűrését és kezelését, míg a *tercier* megelőzés a már kialakult osteoporosis esetében a további csontvesztés megakadályozását jelenti.

Ami a gyógyszeres terápiát illeti, szóba jöhet a csontresorptio gátlása (hormonpótló terápia, kalcitonin, bisphosphonátok, kalciumbevitel (napi 1000-1500 mg) és a csontképzés serkentése (fluoridok, bár az eddigi eredmények nagyon ellentmondásosak)). Vannak összetett támaszpontú vegyületek is (ipriflavon, D-vitamin és calcitriol (aktív metabolit, főleg beszűkült vesefunkció, gyenge vesebeli hidroxiláció esetén), továbbá anabolikus szteroidok).

A nem gyógyszeres kezelés magában foglalja az esések/törések elkerülését, a gyógytornát, a törések utáni rehabilitációt, az elektroterápiás eljárásokat és a helyes táplálkozást.

Az irányelv a továbbiakban táblázatos, szöveges, ill. ábrás formában mutatja be a metabolikus csontbetegségek legfontosabb laboratóriumi jellemzőit, a *secunder* osteoporosis leggyakoribb okait, a kivizsgálás javasolt algoritmusát, a gyógyszerek felosztását, a primer osteoporosis kezelésének algoritmusát és a forgalomban lévő osteoporosis elleni készítményeket.

2. A bakteriális, aspecifikus húgyúti infekciók kórisméje és kezelése, valamint a húgycső-katéterezés

A bakteriális húgyúti infekció (BAHI) gyakori, többnyire antimikrobás kezelést igénylő megbetegedés. Az irányelv a húgyutak bakteriális gyulladással járó folyamatainak különféle megjelenési formái miatt először a fogalmak definícióját, majd a patogenezist, az epidemiológiát, a diagnózist, az antimikrobás kezelést, a szervek szerinti jellegzetességeket és a gyógykezeléssel kapcsolatos kérdéseket tárgyalja.

Ami a patogenezist illeti, a húgyutakban normálisan nincsenek baktériumok, kivéve a húgycső distalis szakaszát, melyet staphylococcusok, diphteroidok és bélbaktériumok kolonizálhatnak. A BAHI-kat leggyakrabban Gram negatív baktériumok által kiváltott ascendáló fertőzések okozzák, de haematogén és lymphogén úton, illetve direkt eszközös beavatkozások révén is létrejöhét infekció. Az *E. coli* a BAHI-k 80%-ban mutatható ki. A *S. aureus* infekció haematogén szóródást követően alakul ki. Esetenként a *Serratia* spp., candidák és *Cryptococcus neoformans* is okozhat BAHI-t (diabetes mellitus, immunosuppressio, corticosteroid terápia). További, csak speciális tenyésztésű eljárással kimutatható húgyúti kórokozók: *Neisseria gonorrhoea*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* stb.

A BAHI-k több mint 95%-ában csak egy baktériumfaj mutatható ki.

Újszülöttekben és csecsemőkben (fiúknál kissé fokozottabban mint lányoknál) 1 éves korig a bakteriuria és/vagy a húgyúti fertőzés (pyelonephritis) gyakori.

Egy éves kor után a gyakoriság meredeken csökken, bár lányok esetében óvodás korban ismét emelkedés fi-

gyelhető meg. Újabb fejezetet jelent a pubertás és a nemi élet kezdete. Az átlagpopulációban a reprodukív korú nők nagy része megbetegszik húgyúti fertőzésben. Terhesekben az asymptomaticus bacteriuria előfordulási gyakorisága 4–10%. Közülük mintegy 25%-ban alakul ki a terhesség alatt és után akut pyelonephritis. Idősebb hölgyeknél mintegy 10%-ban észlelhető asymptomás bacteriuria.

Az 50 év alatti férfiak húgyúti bakteriális fertőzései általában urológiai betegségek következményei és egyéb infekciók társfertőzései. Az *E. coli* a nőkhöz hasonlóan hajlamosító tényezők nélküli férfiak esetében is okozhat fertőzést, mely különösen gyakori hüvelyi infekció fennállásakor történt védekezés nélküli közösülés után, valamint immunhiány syndroma (AIDS) mellett.

A diagnosztika legfontosabb laboratóriumi leletét a leukocyturia vagy a pyuria és a bacteriuria jelenti. Kivételesen steril leukocyturia is előfordulhat (tbc). A baktériumok jelenléte a vizeletben nem feltétlenül jelent húgyúti fertőzést. A diagnózis felállításában segítséget nyújt a vizelet és váladékvizsgálat, a mikroszkópos üledékvizsgálat, a gyors tesztek (ureáz-kimutatás, nitrit-próba, leukocytá-észteráz mérés), valamint a vérkép és az akut-fázis fehérjék vizsgálata.

A BAHI kezelésekor cél a fertőzés systemás következményeinek, illetve visszatérésének megakadályozása, a baktérium eradikálása.

A dokumentum részletesen kitér az asymptomaticus bacteriuria és a BAHI antibiotikus kezelésének néhány szabályára, továbbá a bakteriális aspecifikus húgyúti infekciók szervek szerinti kezelésére (akut cystitis, persistáló vagy krónikus cystitis, urethritis, nők akut urethralis syndromája, akut prostatitis, abscessus prostatae, prostatitis chronica, akut mellékhere-gyulladás, akut pyelonephritis, pyelonephritis gravidarum, pyelonephritis apostematosa, vesecarbunculus, abscessus paranephriticus, pyonephrosis, urosepsis, septicus sokk).

Az irányelv a BAHI kezelésében ajánlott gyógyszerek (szulfonamid + trimethoprim, fluorokinolonok, béta-laktámok (béta-laktamázzal is), cephalosporinok, makrolidok, tetraciklinek és egyéb szerek) felsorolásával zárul.

A húgycső-katéterezésből adódó problémák világszerte komoly gondot jelentenek, mert az általuk okozott nozokomiális fertőzések növelik az egészségügy kiadásait és terhelik az orvosi tevékenységet. A katéterezéssel járó fertőzések megelőzésében egyik fontos teendő a katéterezés szabályainak összefoglalása.

Az irányelv összefoglalja a húgycső-katéterezés módjait, indikációit és fertőzési kockázatait. A katéterezés terápiás és/vagy diagnosztikus célú lehet. Formája a kiváltó ok és az infekció minimalizálásának eredményeként határozandó meg. A dokumentum részletesen közli az egyszeri, az intermittáló, a rövid lejárátú és az állandó (tartós) katéterezés definícióját, javallatait, ellenjavallatait és fontosabb egészségügyi kockázatát. Tárgyalja a katéter okozta húgyúti fertőzések patogenezisét és kockázatát, a bakteriális következményeket, a bakteriális szövődmények csökkentésének lehetőségeit és szabályait, a katéterezés személyi és tárgyi feltételeit, valamint a katéterrel kapcsolatos bakteriuriák, bacteriaemiák kezelését.

3. Az asztma diagnosztikája és terápiája

Az asztma gyakorisága, az életet és az életminőséget is veszélyeztető jellege és jelentős ellátási szükséglete miatt kiemelt fontosságú népbetegség. Magyarországon legalább 100.000 asztmás beteg él. Évente mintegy 8.000 új eset kerül felismerésre és a betegség okozta halálozás is több százas nagyságrendű. Az utóbbi években jelentősen bővültek ismereteink az aethiológiáról és a pathomechanizmusról, valamint ugrásszerűen nőtt az alkalmazható szerek száma. Az ajánlás a National Institute of Health és a WHO által kidolgozott „Global Initiative for Asthma” c. munka figyelembevételével készült.

Az asztma a megadott definíció szerint a légutak krónikus gyulladása következtében kialakuló bronchialis hyperreaktivitással jellemezhető. A panaszok megelőzhetők, kezelhetők, de jelenlegi tudásunk alapján nem gyógyíthatók.

Az asztma diagnosztikájában szerepet kap a jellemző anamnesztikus adatok megismerése, a fizikális vizsgálat, a tüdőfunkció felmérése, valamint az allergológiai diagnosztika - bőrpróba és a differenciáldiagnosztika. (A leggyakoribb elkülönítendő kórképek: krónikus bronchitis, bronchiolitis, asthma cardiale, pulmonalis embolisatio, a centrális légutak mechanikus obstrukciója.)

Az asztma kezelése szükségszerűen komplex, melybe beletartozik a betegség klinikai súlyosságának felmérése, a fatális roham lehetőségének tisztázása és a krízisterv, a környezet ellenőrzése, a farmakoterápia, a specifikus immunterápia és a betegoktatás. E témaköröket az irányelv a továbbiakban pontonként részletesen tárgyalja. Az asztmának négy súlyossági fokát állapítja meg, melyek a következők: 1. intermittáló; 2. enyhe persistáló; 3. közép-súlyos persistáló; 4. súlyos persistáló.

A farmakoterápiás szereket három, később részleteiben is jellemzett csoportra osztja: 1. hörgtágítók (tüneti szerek: béta-adrenerg hörgtágítók, teofillin, antikolinerg szerek); 2. gyulladáscsökkentők (preventív szerek: cromolyn és nedocromil, kortikoszteroidok); 3. egyéb (nem szedáló antihisztaminok).

Az irányelv az asztma kezelését a fentebb megadott súlyossági fokoként (melyek egyben terápiás lépcsőként is szolgálnak) részletesen tárgyalja. Tekintettel arra, hogy az asztma dinamikusan változó légzési státuszt, másrészt krónikus betegséget jelent, a kezelési tervnek rugalmasan kell alkalmazkodnia a beteg állapotához.

Megfelelő terápia esetén nincsenek, vagy enyhék a krónikus tünetek (beleértve az éjszakai tüneteket is), ritkán jelentkeznek exacerbatiók, minimális a béta-agonista szükséglet, a fizikai terhelhetőség nem korlátozott, a csúcsáramlás közel normális, cirkadián ingadozása < 20% és nincsenek gyógyszer-mellékhatások.

Az akut asztmás roham súlyossága megítélésének tudnivalóit egy táblázat foglalja össze, melynek alapját a következő szempontok adják: a beteg testhelyzete, a beszéd és az éberség, a légzésszám és a belégzési segédizmok használata, a sípolás, a pulzusszám (percenként), a pulzus paradoxus, a csúcsáramlás (PEF), a PaO₂, PaCO₂ valamint az SaO₂.

Leírásra került az akut asztmás roham otthoni (házi- or-

vosi vagy ügyeleti ellátás), valamint az akut súlyos asztma kórházi kezelése.

Az asztmás roham kezelésében nem ajánlottak a szedatívumok (légzésdeprimáló hatás), a mucolyticumok (fokozhatják a köhögési ingert, ezzel a légúti obstructiót), a fizioterápia (növeli a beteg diszkomfort érzését), a hidratálás nagy volumenekkel, antibiotikumok (kivéve ha pneumonia vagy sinusitis is fennáll).

Az ajánlás végül megadja az asztma kezelésére ajánlott gyógyszerek listáját:

– hörgtágítók: béta-adrenerg szerek, ezen belül rövid hatástartamúak (salbutamol, fenoterol, terbutalin), hosszú hatásúak (salmeterol), valamint theophyllin;

– gyulladáscsökkentők (preventív szerek): cromolyn és nedocromil (dinatrium chromoglycolat), valamint kortikoszteroidok (beclometason, budesonid).

4. A szorongásos betegségek diagnosztikája és terápiája

A szorongásos betegségek közé tartozik az agorafobia (pánik zavarral vagy zavar nélkül), a szociális fóbia, a specifikus (izolált) fóbiák, a pánikbetegség (epizodikus paroxizmális szorongás), a generalizált szorongás, a kevert szorongásos és depressziós szindróma, a kényszerbetegség (obsessiv-compulsiv szindróma), az akut stressz reakció, a posttraumatikus stressz szindróma, valamint az alkalmazkodási zavar (szorongással vagy kevert szorongásos és depressziós szindrómával).

A szorongásos betegségek igen gyakoriak, élettartam-prevalenciájuk eléri, vagy meghaladja a 25%-ot. Az alapellátásban megjelenő betegek 40–60%-a szenved valamilyen szorongásos betegségben (is). A fel nem ismert és/vagy kezeletlen betegek jelentős részénél e kórképek fluktuáló, progresszív és krónikus lefolyást mutatnak. A kezeletlen szorongásos betegek 60–90%-ánál súlyos szövődmények (gyakran több is egy betegnél) alakulhatnak ki, úgymint alkoholizmus, gyógyszerabuzus/dependencia, depresszió, öngyilkosság, átmeneti vagy tartós keresésképtelenség, rokkantság. A szorongásos betegségek gyakran szövődnek egymással is.

A szorongásos betegségek a fejlett országok direkt és indirekt egészségügyi költségeinek több mint egynegyedét emésztik fel, melynek túlnyomó részét a fel nem ismert és kezeletlen, ill. nem adekvátnan kezelt betegek által okozott költségek teszik ki. A betegek sokszor keresik fel családorvosukat, a legkülönbözőbb szakorvosokat és igen gyakran veszik igénybe az ügyeleti és/vagy mentőszolgálati segítséget is.

Az irányelv a továbbiakban a diagnosztika és a differenciáldiagnosztika feladatait taglalja, különös tekintettel a pszichológusi-szakorvosi-pszichiáteri együttműködésre és munkamegosztásra. Alapelve, hogy a diagnózist orvosnak (nem pszichológusnak) kell felállítania.

A terápiát illetően két lehetőség áll rendelkezésre: a gyógyszeres- és a pszichoterápia, melyeket gyakorta kombinálnak. A dokumentum nagy terjedelemben tárgyalja a kezelést végző szakemberek szükséges kvalifikációját, együttműködését, teendőit.

A szorongásos betegségek gyógyszeres kezelésében az *anxiolitikumok* és az *antidepresszív* szerek indikáltak. Szakmailag indokolt lehet egy-egy gyógyszernek olyan kórképben való alkalmazása, mely nem szerepel az OGYI által jóváhagyott alkalmazási előiratban. Ez esetben viszont az OEP nem téríti a kiemelt támogatást.

A szorongásos betegségek farmakoterápiájában a *benzodiazepineknek*, a *szeroenerg szorongásoldóknak* és az *antidepresszív szereknek* van szerepük (valamint kizárólag a szociális fóbia egyszerű eseteiben a *béta-blokkolóknak* is).

A *benzodiazepinek* feloszthatók nagy- és kispotenciálú szerekre. A nagypotenciálúak közé tartozik az *alprazolam* és a *clonazepam*, de ez utóbbi alkalmazási előiratában a szorongásos betegségek nem szerepelnek az indikációk között. A nagypotenciálú szerek alkalmazása szorongásos kórképekben előnyösebb, mint a kispotenciálúaké. E gyógyszereket előnyben kell részesíteni a kombinált (pl. antidepresszív vagy antipszichotikus hatású gyógyszerekkel való) kezelés esetén. A nagypotenciálú szerek – ellentétben a kispotenciálúakkal – hatékonyak pánikbetegség esetén is. A kispotenciálú szerek közé többek között a *chlordiazepoxid*, a *clobazam*, a *diazepam*, a *medazepam* és a *nitrazepam* tartozik. A kispotenciálú benzodiazepinek elsősorban alkalmilag használható „tűzoltó” szerek, így használatuk általában csak kb. 1 hónapig javasolható. A nagypotenciálú szerek ezzel szemben 3–6 hónapig, sőt azon túl is folyamatosan, kúraszerűen rendelhetőek, de fél éven túli szedésük esetén legalább 3 havi rendszerességgel szükséges a kezelés dokumentált újraértékelése.

A függőség a benzodiazepinek esetében komoly, valós probléma, de megfelelő indikáció, adagolás és ellenőrzés mellett ritka: Európában kb. 5 millió receptre jut egy ilyen eset.

A *szeroenerg szorongásgátlók* (5 HT_{1A} parciális agonisták) közül hazánkban jelenleg csak a *buspiron* van forgalomban, melynek fő indikációja a generalizált szorongásos szindróma kezelése. Pánik- és kényszerbetegségben hatástalan. Hatása az antidepresszánsokhoz hasonlóan csak 2–4 hét múlva jelentkezik. Csak kúraszerű, folyamatos alkalmazásának van értelme. A benzodiazepinektől eltérően nincs szedatív hatása.

Az *antidepresszánsok* pánikbetegségben, kényszerbetegségben, poszttraumás stressz szindrómában és szociális fóbiában hatékonyabbak lehetnek a szorongásgátlóknál. Csak a minimálisan 6 hónapos, a beteg egyetértésével zajló kezelésnek van értelme. Szorongásos zavarok kezelésére a szelektív szerotonin reuptake gátlók (SSRI-k) és a MAO-A-t reverzibilisen blokkoló (RIMA) gyógyszerek javasoltak. A szorongásos betegek kezelésében alkalmazott adagok megegyeznek, vagy nagyobbak mint a depresszió esetében alkalmazott dózisok. A hagyományos tri- és tetraciklusos szereket a mellékhatások miatt még alacsonyabb adagban sem ajánlatos használni e kórképek kezelésében.

A *béta-blokkoló* kizárólag a szociális fóbia körülírt formájában („lámpaláz”), továbbá az antipszichotikus gyógyszerek okozta akatizia szorongásos tüneteinek kezelésében hatásosak. Tartós szedésük az ismert cardiovascularis mellékhatásokon kívül depressziót okozhat.

A szorongásoldásra nem ajánlott és kontraindikált szerek közé tartozik a meprobamat, a barbiturátok és a rokon hatású egyéb szerek (Noxyron), az antihisztaminok (Pipolphen), a clomethiazol és az antipszichotikumok (Melleril, Tisercinetta).

Az irányelv a továbbiakban részletesen ismerteti az agorafobia, a szociális fóbiák, a specifikus (izolált) fóbiák, a pánik szindróma, a generalizált szorongás szindróma, a kevert szorongásos és depressziós szindróma, az obsessiv-compulsiv szindróma, az akut stressz reakció, a post-traumatikus stressz szindróma és a szorongással járó alkalmazkodási zavarok komplex, gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelési lehetőségeit.

5. A lipoproteinek mint cardiovascularis rizikófaktorok

A szérumban a koleszterin-koncentráció és az ischaemiás szívbetegség közötti összefüggés jól megalapozott. Ismeretes az is, hogy a koleszterinszint csökkenése mérsékli a morbiditást és a mortalitást, valamint az atherosclerosis előrehaladását. A koszorúér betegség mellett az ischaemiás cerebrovascularis megbetegedések, valamint a szérumban a koleszterin, de főként az LDL-koleszterin és a lipoprotein(a) közötti összefüggést is több vizsgálat igazolta.

A szérumban megemelkedett koleszterinszintje mellett az atherosclerosis egyéb rizikófaktorait (familiaritás, nem, kor, dohányzás, diabetes mellitus, hypertonia) is messzemenően figyelembe kell venni a kezelés kialakításánál.

Az irányelv megadja a szérumban a koleszterinszintek osztályozását is. Eszerint a kívánt szint < 5,2 mmol/l, a határ eset – mérsékelt emelkedett 5,2–6,2 mmol/l, míg az emelkedett > 6,2 mmol/l. A kockázati tényezőnek számítót alacsony HDL-koleszterin szintet < 0,9 mmol/l-től számítják alacsonynak. Az 1,6 mmol/l-es HDL-koleszterin szint a cardiovascularis rizikót csökkentő tényezőnek tekinthető.

A külföldi ajánlások szerint 20–40 életév között szükséges lenne a szérumban a koleszterin, és – ha mód van rá – a szérumban a triglicerid, valamint a HDL-koleszterinszint mérése is. Mivel a terápiás célok jó részét az elérendő LDL-koleszterin szintjében adják meg, ajánlatos a betegek LDL-koleszterinszintjét meghatározni. Erre 4,5 mmol/l triglycerid szint alatt alkalmas a megadott Friedwald képlet is.

A továbbiakban az irányelv ismerteti a szérumban a koleszterin- és a HDL-koleszterinszint meghatározása utáni, eredménytől függő teendőket, és ismerteti a primaer hyperlipoproteinaemiák (I., II. a, II. b., III., IV., V. típus) biokémiai-patofiziológiai jellemzőit, gyógyszeres és diétás kezelésük lehetőségeit. A hyperlipoproteinaemiák kezelését mindig diétával kell kezdeni, és csak annak hatástalansága esetén kell gyógyszerrel kiegészíteni. A csak diétás kezelést általában 2–3 hónapig kell folytatni. E szabály alól csak az extrém magas értékek (koleszterin > 7,8 mmol/l, triglyceridek > 10 mmol/l) esetén lehet eltérni. A diéta a gyógyszeres kezelés mellett is kötelező. Bemutatásra kerül az Amerikai Szívgyógyász Társaság ajánlásaiban szereplő

1. számú diéta, valamint a nemzetközi ajánlások alapján elérendőnek megjelölt LDL-koleszterinszintek is.

A továbbiakban az irányelv a secundaer hyperlipoproteinaemiák elsősorban pathogenetikai felosztását mutatja be [hormonális dysfunctio (terhesség, exogén nemi hormonok, hypothyreosis, STH), anyagcsere-betegségek (diabetes mellitus, köszvény, obesitas, lipodystrophia, tárolási betegségek), obstruktív májbetegségek, vesebetegségek (nephrosis, krónikus renalis elégtelenség, dialysis), toxinok (alkohol, digoxin), gyógyszerek (antihypertensivumok, immunosuppressív gyógyszerek), ismeretlen eredet (anorexia nervosa, immunpathologiai betegségek, porphiriák)]. Kiemelt jelentőségű a diabetes mellitus, az alkoholizmus, a vesebetegségek és a hypothyreosis szerepe. A terápia elsődleges fontosságú szempontja az alapbetegség kezelése.

Végül az ajánlott gyógyszerek listája következik, melyben elsőként választandó szerek a statinok (lovastatin, simvastatin, fluvastatin). A statinok mellett kombinálva alkalmazhatók a fibrátok (fenofibrát, bezafibrát, gemfibrozil), a nikotinsav származékok (acipimox), valamint az ioncserélő gyanták (colestipol és colestyramin).

A Népjóléti Minisztérium eddig megjelent terápiai és diagnosztikai irányelvei:

– *gyógyszerterápia:*

Rheumatológiai betegségek, magas vérnyomás, felső légúti fertőzések, felső emésztőrendszeri bántalmak, pitvarfibrilláció és kamrai extrasystolék. (Népjóléti Közlöny XLVI. évf. 12, 1431-1458 (1996);

– *szűrés, gondozás:*

a) Az egyes *felnttkori* krónikus betegségben szenvedők gondozása a háziorvosi gyakorlatban (hypertonia, *ischaemiás szívbetegségek, diabetes mellitus, asthma bronchiale*). (Népjóléti Közlöny XLVII. évf. 8, 1370-1381 (1997)),

b) Az egyes, *gyermekkorban* előforduló krónikus betegségek szűrése és a kiszűrt betegek gondozása a háziorvosi gyakorlatban (obesitas és *hypertonia, szív- és érrendszeri betegségek, mozgásszervi kórállapotok*). (Népjóléti Közlöny XLVII. évf. 8, 1381-1385 (1997)).

Sz. Dobson: *New diagnostic and therapeutic guiding principles of the Hungarian Ministry of Welfare: osteoporosis, bacterial aspecific urinal infections, catheterization of the urethra, asthma, oppression diseases, lipoproteines as cardiovascular risk factors.*

MediMedia Információs Kft., Budapest, Rákóczi út 12. – 1072

Gyógyszerészek nyomában...

DR. APÁTI THAN KÁROLY

(1834–1908)

1934. december 20-án született Óbecsén. 15 évesen Bem hadseregében harcolt a szabadságharcban. Ezt követően lépett a gyógyszerészi pályára. Kőrösladányban volt gyakornok, majd Hódmezővásárhelyen és Szegeden. Beiratkozott a bécsi egyetemre, ahol 1858-ban kémiából nyert doktorátust. Ezután Heidelbergben és Párizsban bővítette ismereteit. Előbb Bécsben tanársegéd, majd a pesti egyetemen professzorrá nevezik ki. Munkássága itt teljesedik ki: 1860-tól a Tudományos Akadémia levelező, majd 1870-től rendes tagja. 1876-tól több akadémiai tisztséget viselt, végül az Akadémia alelnöke lett. Ő létesítette a Múzeum körúti kémiai intézetet, mely Európa egyik legmodernebb létesítménye volt. Több kémiai szakkönyvet írt. Az I. és a II. kiadású Magyar Gyógyszerkönyv szerkesztőbizottságának elnöke volt. Tudományos munkásságában kiemelkedő helyet foglalnak el az ásványvizek analízisei. A harkányi hőforrás vizében felfedezte a karbomid-szulfidot. Számos tudományos társaságnak volt a tagja vagy tiszteletbeli tagja. Munkásságát kitüntetések sorával ismerték el. 1908. július 5-én hunyt el Budapesten.

(Gyógyszerészettörténeti naptár – '98 január
Solvay Pharma Kft. kiadása)

Hazai és külföldi rendezvénynaptár, 1998.

Hagyományainknak megfelelően adja közre a Magyar Gyógyszerészeti Társaság 1998. évi rendezvénynaptárát, amely mind hazai rendezvényeit, mind a legfontosabb külföldi kongresszusokat, konferenciákat tartalmazza. Kérjük, hogy az érdeklődők lépjenek kapcsolatba a megjelölt szervezőkkel.

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság 1998 évi hazai rendezvénynaptára

Klinikai farmakológia a közforgalomban

1998. március 20., Budapest

Az MGYT Gyógyszerügyi Szervezési Szakosztály rendezvénye
Szervezők neve, címe: dr. Simon Kis Gábor 1149 Bp., Nagy Lajos király útja 158. Tel./fax: 252-4948; Hankó Zoltán 1051 Bp., Zrínyi u. 3. Tel./fax: 117-1488/364, 371, fax: 118-1573

XXVIII. Gyógyszeranalitikai Továbbképző Kollokvium

1998. április 14–16., Zalaegerszeg

Témája:

1. nap: Atomspektroszkópiai módszerek gyógyszeranalitikai alkalmazásai

2. nap: Új antihisztaminok gyógyszeranalitikai vizsgálatai

3. nap: A kórházi infúziós laboratóriumokban készített parenterális oldatok analitikai problémái

Az MGYT Gyógyszeranalitikai Szakosztályának és az MGYT Zala Megyei Szervezetének közös rendezésében

Rendezők: dr. Nagy Lajos, dr. Kóbor Tonuzóbáné, ÁNTSZ Zala Megyei Intézete, 8900 Zalaegerszeg, Göcseji u. 24., Tel.: (92) 314-105, fax: (92) 318-443, Dobribán Andor Westpharma Rt. Zalaegerszegi Területi Igazgatóság 8900 Zalaegerszeg, Bíró Márton u. 38. Tel.: (92) 505-512. Fax: (92) 505-504; Dudás Antalné, Kabay János gyógyszerész, Zalaegerszeg. Tel.: (92) 312-389

Fitoterápiás napok

1998. április 18–19., Pécs

Témája: a fitoterápia elmélete és gyakorlati alkalmazása

A Magyar Fitoterápiás Társaságnak, az MGYT Gyógynövény Szakosztályának és a SOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézetének közös rendezvénye

Szervezők neve, címe: dr. Szalkai Iván, Pécs, Honvéd Kórház. Tel.: (72) 449-222/1101; dr. Hohmann Judit, 6720 Szeged, Eötvös u. 6. Tel.: (62) 455-558, fax: (62) 324-177; dr. Kéry Ágnes 1085 Bp., Üllői út 26. Tel.: 117-2900, fax: 117-2979

Európai Klinikai Gyógyszerészeti Társaság I. Európai Konferenciája

Nemzetközi konferencia, nyelve: angol

Az anya és gyermek egészsége. A terápia fejlődése

1998. április 22–24., Budapest

Témája: gyógyszerinformáció a terhesség és a szoptatás alatt, az újszülött gyógyszerészeti gondozása, gyermekkori légzési betegségek és malignus betegségek stb.

Az MGYT Kórházi Gyógyszerészeti Szervezet nemzetközi rendezvénye

Szakmai szervező magyar részről: MGYT Kórházi Gyógyszerészeti Szervezet, dr. Soós Gyöngyvér. Tel.: 218-3679

XXXIII. Rozsnyay Mátyás Emlékverseny

1998. május 13–16., Kecskemét

Témája: a gyógyszerészet különböző tudományos területei

Rendező: MGYT Bács-Kiskun Megyei Szervezete, dr. Kraszkó Károly. Tel.: (76) 483-205. Magángyógyszerészek Országos Szövetsége, dr. Míkola Bálint. Tel.: (76) 356-450, Hankó Zoltán. Tel./fax: 117-4852

Szervező: Pharma Tours Kft., dr. Kovács Miklósné. Tel./fax: 251-8896

Támogató: Rozsnyay Mátyás Alapítvány, dr. Weltler János. Tel.: (88) 421-637

A Rozsnyay Mátyás Emlékverseny „Satellit” rendezvénye: Az új gyógyszerár modell szakmai és építészeti aspektusai

A Rozsnyay Mátyás Emlékverseny ideje alatt, Kecskemét.

Az MGYT Gyógyszerügyi Szervezési Szakosztály konferenciája
Szervezők neve, címe: Hankó Zoltán, 1051 Bp., Zrínyi u. 3. Tel.: 117-1488/364, 371, fax: 118-1573, dr. Simon Kis Gábor, 1149 Bp., Nagy Lajos király útja 158. Tel./fax: 252-4948

Ünnepi emlékülés, megemlékezés az 1848–49-es forradalom és szabadságharc 150 éves, és a „centenárium ünnepség” 50 éves évfordulója alkalmából

1998. május, Budapest

Az MGYT Gyógyszerésztörténeti Szakosztály és a Magyar Orvostörténelmi Társaság közös rendezvénye

Szervezők neve, címe: dr. Grabarits István, 6300 Kalocsa, Szent István király út 57. Tel./fax: (78) 462-570

30 éves az MGYT Gyógyszerésztörténeti Szakosztálya

1998. szeptember, Kőszeg

Az MGYT Gyógyszerésztörténeti Szakosztály ünnepi előadótalálása

Szervezők neve, címe: dr. Grabarits István, 6300 Kalocsa, Szent István király út 57. Tel./fax: (78) 462-570

VI. Országos Állatorvos–Gyógyszerész Konferencia

1998. szeptember 18–20., Siófok-Balatonszéplak (Hotel Ezüstpart)

Rendező: MGYK, MÁK, MGYT Somogy megyei Szervezete
Szervező: Propriomo's Kft., 1068 Budapest, Dózsa György út 84/a. Tel./fax: 342-5185/141, 144

IV. Clauder Ottó Emlékverseny

1998. szeptember 24–26., Budapest

Témája: a gyógyszerészet különféle témakörei

Az MGYT Gyógyszeripari Szervezet rendezvénye

Rendezők neve, címe: Rendezőbizottság elnöke: dr. Gyarmathy Miklós, Pharmafontana Rt., 1106 Budapest, Csillagvirág u. 8. Tel.: 431-2141, fax: 431-2150, titkár: dr. Bozsik Erzsébet, OGYI Gyógyszertechnológiai Osztály (Budapest, Gyáli úti részleg). Tel.: 215-0555, Dedinszky Csabáné, „Újpalota” Gyógyszertár, 1157 Budapest, Zsókavár u. 43. Tel./fax: 417-4937

Gyógyszerészek VIII. Országos Kongresszusa

1998. október 7–11., Siófok

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság, a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége és a Magyar Gyógyszerész Kamara közös rendezvénye

Bővebb felvilágosítást nyújt: Hankó Zoltán, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Tel./fax: 117-4852

Szervező: Global-Med Kft., 1147 Budapest, Szentés u. 57. Tel./fax: 222-1966, 222-1967

Előadóiülés a „Gyógynövénykutatás aktuális kérdései” témakörben
1998. októberének második felében (2 nap)
Az MGYT Gyógynövény Szakosztályának az MTA Terpenoid Munkabizottságával és a SZAB Farmakognózi Munkabizottságával közös rendezvénye
Szervező neve, címe: dr. Hohmann Judit, 6720 Szeged, Eötvös u. 6. Tel.: (62) 455-558, fax: (62) 324-177

Gyógyszertechnológiai Kollokvium
1998. december 4., Budapest
Témája: a gyógyszergyártás aktuális kérdései
Az MGYT Gyógyszertechnológiai Szakosztály rendezvénye
Szervező neve, címe: dr. Antal István szakosztálytitkár, 1092 Budapest, Hőgyes Endre u. 7. Tel./fax: 217-0914

Aktuális témákból felkészülés az 1999 évre
1998. december 11., Budapest
Témája: aktuális szakpolitikai kérdések
Az MGYT Gyógyszerügyi Szervezési Szakosztály rendezvénye
Szervezők neve, címe: dr. Simon Kis Gábor, 1149 Budapest, Nagy Lajos király útja 158. Tel./fax: 252-4948
Hankó Zoltán, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Tel.: 117-1488/364, 371, fax: 118-1573

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság külföldi rendezvénytárára

Nemzetközi konferencia „Menedzselts gondozás Európában”
Amsterdam (Hollandia), 1998. február 7–8.
Nyelve: angol
Témája: a menedzselts gondozás és betegségmenedzselés gyógyszerészi nézőpontból. Európai stratégia kidolgozása az alkalmazás, a képzés és a dokumentálás tekintetében
Szervező/rendező: FIP Congress and Conferences. Andreas Bickerweg 5. 2517 JP The Hague, The Netherlands Tel.: 31-70-3631925, Fax: 31-70-3659047, E-mail: m.swakhoven @ fip-nl

Arden House Europa Konferencia a parenterális termékek fejlesztése terén elért legújabb eredményekről: szövettervezés, csomagolás, tartósítás és szabályozás
Cambridge (Anglia), 1998. március 8–12.
Nyelve: angol
Témája: a címben
Szervező/rendező: Dr. J. A. Clements, Room 403. Royal Pharm. Soc. of Great Britain, 1 Lambeth High Street, London SE1 7JN, UK. Fax: (44) 1717357629

17. Gyógyszertechnológiai konferencia és kiállítás
Dublin (Írország), 1998. március 24–26.
Nyelve: angol
Témája: a címben
Szervező/rendező: The Conference Secretary 17th Pharmaceutical Technology Conference, 24 Menlove Gardens North, Liverpool L18 2EJ UK. Fax: (44) 1517371070

Analytica '98 konferencia és szakkvászár
München vásárterület (Németország), 1998. április 21–24.
Nyelve: angol, német
Témája: analitika, biotechnológia, diagnosztika, labor technika
Szervező/rendező: Dr. Ulrich Probst sajtóreferens Messelgelände, 81823 München. Tel.: (089) 5107-577, Fax: (089) 5107-138

Az Európai Klinikai Gyógyszerészeti Társaság 1. Európai Konferenciája. Anya és gyerek egészsége. A terápia fejlődése
Budapest (Magyarország), 1998. április 22–24.
Nyelve: angol

Témája: gyógyszerinformáció a terhesség és szoptatás alatt; újszülött gyógyszerészi gondozása, gyermekkori légzési betegségek és malignus betegségek stb.
Szervező/rendező: ESCP International Secretariat Parallel-boulevard 214-D; NL-2202 HT, Noordwijk, The Netherlands. Fax: (31) 713646170

Gyógyszeranalízis '98.
Brüsszel (Belgium), 1998. május 11–15.
Nyelve: angol
Témája: a címben
Szervező/rendező: ORGA-MED Congress Office Essenestraat 7, B-1740 Ternat, Belgium. Fax: (32) 25825515, E-mail: orgamed @ club.innet.be

Bio-International '98
Bethesda, MD (USA), 1998. május 18–21.
Nyelve: angol
Szervező/rendező: FIP Congresses and Conferences Andries Bickerweg 5, NL-2517 JP, The Hague, The Netherlands Fax: (31) 70-3633914

8. Nemzetközi Gyógyszertechnológiai Konferencia, az APV 44. Kongresszusa, FIP védnökség alatt
Párizs (Franciaország), 1998. május 25–28.
Nyelve: angol, francia
Témája: gyógyszerészet, biogén gyógyszerészet és gyógyszerészeti technológia
Szervező/rendező: APGI: Rue Jean Baptiste Clément 92290 Châtenay Malabry, France. Tel.: (33)-1-46835581, Fax: (33)-1-46835308

A Farmakoterápia etikai és ökonomiai aspektusai
Hradec Kralové (Csehország), 1998. június 3–6.
Nyelve: angol
Témája: a címben
Szervező/rendező: Czech Medical Association J. E. Purkinje, P. O. Box. 88 12026 Prague 2. Czech Republik

Gyógyszeranalitika: aktuális irányok, új fejlesztések
Zürich (Svájc), Hilton Hotel, 1998. június 8–10.
Nyelve: angol
Témája: a minőségellenőrzés, a gyógyszeranalízis és a gyógyszeripar szabályozási kérdései tudósok és menedzserek számára
Szervező/rendező: Programme Division Technomic Publishing A. G., Missionsstrasse 44, CH-4055 Basel, Switzerland. Tel.: (41) 623815226, Fax: (41) 613815259

3. Nemzetközi Konferencia „Életet át való tanulás a gyógyszerészetben”
Hellerod (Dánia), 1998. június 11–13.
Nyelve: angol
Témája: gyógyszerészképzés, továbbképzés stb.
Szervező/rendező: Swedish Pharmaceutical Society P. O. Box 1136, S-11181 Stockholm, Sweden

Európai konferencia a gyógyszer-metabolizmusról
Koppenhága (Dánia), 1998. június 21–26.
Nyelve: angol
Szervező/rendező: DM W98, Dept. of Pharmacokinetics Novo Nordisk Park, DK-2960 Malloev, Denmark. Fax: (45) 44663939

III. Nemzetközi Toxikológiai Kongresszus
Párizs (Franciaország), 1998. július 5–10.
Nyelve: angol
Szervező/rendező: SOCF, ICT.VIII, 14, Rue Mandar F-75002 Paris, France. Fax: (33) 140260444, E-mail: socfi @ socfi.fr

Első Nemzetközi Postgraduális Gyógyszerkutató Szimpózium

Istanbul (Törökország), 1998. július 24–25. Isztambuli Egyetem, Gyógyszerészi Kar

Nyelve: angol

Témája: gyógyszertranszport, gyógyszerészi biotechnológia, radiofarmácia, gyógyszer technológia, komputeres gyógyszertervezés

Szervező/rendező: Dr. N. Ozlen Sahin, IPORSIP '98 Istanbul University, Faculty of Pharmacy, Department of Pharmaceutical Technology, Beyazit 34452, Istanbul, TURKEY, tel.: + 90 (0) 2125282384, Fax: + 90 (0) 2125190812, E-mail: nefise-ozlens @ hotmail.com.

12. Orvosjogi Világkongresszus

Siófok (Magyarország), 1998. augusztus 2–6.

A WHO, az Orvostudományok Nemzetközi Szervezésének Tanácsa és az Ápolók Nemzetközi Tanácsa védnöksége alatt

Témája: egészségügyi politika és törvényhozás; információátadás a beteg részére; képzés; ápolási törvények és etika; az élet kezdete és vége; törvényszéki orvostan

Nyelve: angol

Szervező/rendező: MOTESZ Kongresszusi Szervező Iroda, 1051 Budapest, Nádor u. 36.

IPTS 9. Nemzetközi Gyógyszer technológiai Szimpózium Hacettepe

Egyetem – Gyógyszerészkar

Ankara, Törökország, 1998. szeptember 7–9. FIP védnökséggel

Nyelve: angol

Témája: a címben

Szervező/rendező: University of Hacettepe, Faculty of Pharmacy. 9th Internat. Pharm. Symposium Secretary 06100 Hacettepe-Ankara, Turkey. Tel.: (312) 3108831; Telex: 42237 HTKTR, Fax: ++ 90 (312) 3100906

135. Angol Gyógyszerész Konferencia

Eastbourne (Anglia), 1998. szeptember 8–11.

Nyelve: angol

Témája: a gyógyszerészet különféle területei

Szervező/rendező: British Pharmaceutical Conference Secretariat, Royal Pharmaceutical Society, 1 Lambeth High Street, London SE1 7JN United Kingdom. Tel.: + 44 (0) 1718203241, Fax: + 44 (0) 1717357629

4. Európai Gyógyszerésztudományi Kongresszus EUFEPS

Milano, (Olaszország), 1998. szeptember 11–13.

Nyelve: angol

Témái:

- Stratégia és technológia a felfedezés terén
- Stratégia és technológia a gyógyszerfejlesztés terén
- Stratégia a betegség kezelés és megelőzés terén
- Emelkedő gyógyszer-rezisztencia
- Változó nemzetközi kép a gyógyszer kutatásban

Szervező/rendező: Eufeps '98 Fondazione Lorenzini, Via Appiani 7. 20121 Milano, Italia. Tel.: + 39-2-29006267, Fax: + 39-2-29007018, E-mail: lorenzfo @ ICIL64-CILEA.IT

11. Nemzetközi Gyógyszerész Kongresszus

Iasi (Románia), 1998. október 8–10.

Nyelve: angol

Témája: a gyógyszerészet minden területe

Szervező/rendező: Universitatea de Medicina si Farmacie „Gr. T. Popa”, Iasi Facultatea de Farmacie str. Universitatii 16. Ro-6600 IASI (pentru Congresul de Farmacie)

5. IUBMB Konferencia az egészség és betegségek biokémiájáról

Jeruzsálem (Izrael), 1998. október 18–22.

Nyelve: angol

Témája: a biokémia, a molekuláris biológia és immunológia terén elért legújabb eredmények

Szervező/rendező: Secretariat 5. IUBMB Conference P. O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel. Tel.: (9723) 5140000, Fax: (9723) 5175674/5140077, E-mail: IUBMB @ Kenes-cmail.computer.com.

Európai Klinikai Gyógyszerész Társaság 27. Szimpóziuma – Evidenciára alapozott gyógyszerészi gondoskodás

Jeruzsálem (Izrael), 1998. október 26–28.

Nyelve: angol

Témája: a címben

Szervező/rendező: Secretariat: ESCP 27th Annual Symposium P. O. Box. 29041, Tel Aviv 61290 Israel. Tel.: + 97235175150, Fax: + 97235175155, E-mail: ttgt @ netvision. net.il

A Magyar Gyógyszerész Kamara rendezvényei**Gyógyszertár-működtetés '98**

1998. március 6–8.

Helyszín: Siófok

Rendező: MGYK Vállalkozó Gyógyszerész Tagozat

Szervező: Global-Med Kft., 1143 Budapest, Szentés u. 57. Tel./fax: 222-1966, 222-1967

I. Magyar Gyógyszerész Napok

1998. május 1–3.

Helyszín: Budapest

Rendező: MGYK

Szervező: Propriomo's Kft., 1068 Budapest, Dózsa György út 84/a. Tel./fax: 342-5185/141, 144

III. Országos Házi orvos-Gyógyszerész Találkozó

1998. november 19–21.

Helyszín: Hajdúszoboszló

Rendező: MOK, MGYK

Szervező: Propriomo's Kft., 1068 Budapest, Dózsa György út 84/a. Tel./fax: 342-5158/141, 144

Hungarian and international congress calendar for 1998.

HÍREK

A SZAKMAI ÉS A TUDOMÁNYOS ÉLET HÍREI

A GYÓGYSZERÉSZ SZEREPE A HIV-AIDS PANDÉMIA ELLENI HARCBA

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és a Nemzetközi Gyógyszerész Szövetség (FIP) közös deklarációja

Ma 1,6 millió nyilvántartott AIDS esetről tudunk, ugyanakkor a nem hivatalos becslés 8 millió fertőzöttel számol. Ez azt jelenti, hogy ez a pandémia a legnagyobb életet veszélyeztető kihívás a társadalmunk számára a 20. század eleje óta.

Az esetek zöme Afrikának a Szaharától délre eső területeire és néhány fejlett országra esik, de erősen terjed Délkelet- és Dél-Ázsiában, ami azt jelenti, hogy ez a térség lehet a pandémia következő epicentruma.

A klinikai AIDS-eseteknél sokkal nagyobb számban vannak azok, akik fertőzöttek, de még maga a betegség nem fejlődött ki. A WHO becslése szerint a fertőzöttek száma 2000-re 40 milliót tesz majd ki.

Mint ahogyan sok más betegség esetében, a HIV fertőzésnél is meghatározó faktor a viselkedés és az életstílus.

Minden egyén, akit érint a betegség – akár úgy, hogy klinikailag beteg, HIV pozitív, vagy fertőzött a rokona –, orvosi, szociális és gazdasági természetű problémákkal kerül szembe, valamint megkülönböztetéssel is számolhat.

Ezért:

A WHO és a FIP aktívan kíván tevékenykedni a HIV-AIDS vírus további terjedésének megelőzéséért a beteg gondozás javításával és a megkülönböztetés minden formája elleni harcban. A közös elkötelezettség e szervezetek közegészségügyi meghatalmazásán és a gyógyszerész egészségügyi hivatásán alapszik.

Az egész világon a társadalom számára a gyógyszerész a legnagyobb számban és legkönnyebben elérhető egészségügyi szakember. A gyógyszerész közegészségügyi kérdésekben képzett, nagy tapasztalata van a társadalommal folytatott dialógusban és képes megfelelő információt nyújtani. Így alkalmas egészségügyi tájékoztatásban, betegség-megelőző kampányokban való részvételre.

Mint egészségügyi szakember állandó kapcsolatban áll a döntéshozókkal epidemiológiai, diagnosztikai és terápiás területeken; résztvesz a betegek aktuális kezelésében, utókezelésében, és nagymértékben hozzájárul az egészségügyi adatok gyűjtéséhez, feldolgozásához és közzétételéhez.

Tehát:

A WHO-val együttműködésben a FIP felvázolta azokat a vezérelveket, amelyeket igénybevehetnek a gyógyszerészek és a gyógyszerészeti tudományokkal foglalkozók a HIV-AIDS terjedése elleni küzdelemben. Ezen az úton reméli a WHO és a FIP, hogy a gyógyszerészek és gyógyszerész-tudósok együtt dolgozva minden érdekelt csoporttal, segíteni tudnak a HIV-AIDS pandémia és minden egyéb olyan tényező, különösen az injektálható kábítószerrel élveztete elleni küzdelemben, amely elősegíti a betegség terjedését.

A WHO vállalja, hogy támogatja ezeket az elveket minden jelentős fórumon, amelyben résztvesz.

A FIP vállalja, hogy közvetíti ezeket az elveket a nemzeti gyógyszerészeti és gyógyszerésztudományi szervezetekhez és az egyes gyógyszerészekhez is világszerte, és bátorítja a nemzeti társaságokat, hogy továbbítsák a deklarációt országuk egészségügyi hatóságai felé.

Hiroshi Nahajmia M.D.Ph.D.
WHO ált. igazgatója

Dr. Dieter Steinbach
a FIP elnöke

VEZÉRELVEK

A WHO és a FIP sürgeti a gyógyszerészeket és gyógyszerésztudósokat, hogy nemzeti és nemzetközi szövetségeikkel együtt vázoljanak fel stratégiát, ezen belüli egyéni tervet, és ahol csak lehet kötelezzék el magukat az alábbi vezérelvekké:

– Elő kell segíteni és bátorítani a jobb támogatóhálózat létrehozatalát a HIV-AIDS betegek részére és még határozottabb akció szükséges a megkülönböztetés ellen;

– Részt kell venni a HIV-AIDS pandémia elleni globális küzdelemben az 1992-ben Londonban és 1994-ben Párizsban tartott állam- és kormányfői csúcstalálkozó határozatai alapján,

– Harcolni kell azért, hogy minden bevált kezelés hozzáférhető legyen minden országban azok számára, akiknek szükségük van rá, megkülönböztetés nélkül;

– Együtt kell működni mindenkivel, aki résztvesz a közegészségügyi képzésben és szorosabbra kell fűzni a kapcsolatokat az olyan egyénekké és közösségekké, (tanárok, családi közösségek, politikusok stb. és *gyógyszerész-közösségek*) akiket be lehet vonni a betegség leküzdésébe a prevenció, a kezelés, a beteg gondozás és a támogatás tekintetében;

– Információt kell nyújtani a szexuális úton terjedő betegségek prevenciójáról és kezeléséről, hogy elősegítsük az öntudatos viselkedést, tekintettel a szexuális úton terjedő betegségekre;

– Speciális képzési programokat kell indítani szakemberek részére, alapfokú vagy folyamatos képzés keretében.

– Motiválni kell a gyógyszerészeket és gyógyszerésztudósokat, hogy nemzeti szinten vegyenek részt a HIV-kontroll közegészségügyi szervezésében;

– Dialógust kell kezdeményezni az egészségügyi szakemberek, az anyagi támogatást nyújtó testületek és a beteg-egyesületek között. Az ilyen összefogás nagyszámú beteg átfogó gondozását teszi majd lehetővé, figyelembevéve az etikai és költségkímélő szempontokat is.

– A legjelentősebb egészségügyi szakemberekkel (orvosok, ápolók, szociális dolgozók) együtt kell részt venni a klinikai értékelésben, az ellátásban és az utókezelésben.

– Bátorítani kell a nemzeti és nemzetközi gyógyszerésztársaságokat és szövetségeket, hogy kezdjenek párbeszédet a gyógyszeripart képviselő nemzetközi társaságokkal annak érdekében, hogy minden lehetséges eszközt adjanak meg a kezelési programok megkönnyítéséhez;

– A nemzeti programok aktivitását fejleszteni, alkalmazni és értékelni kell: így különösen a gyógyszer-helyettesítési programokat, a tű és inj. fecskendő cseréprogramokat, valamint a kondom hozzáférhetőségét;

– Nemzetközi szakmai hálózatokat kell felállítani és támogatni, hogy összegyűjtsék, analizálják és terjesszék az adatokat nemzeti és nemzetközi szinten;

– Részt kell venni a tudományos kutatásban, beleértve a gyógyszer kipróbálást, olyan szemlélettel, amely biztosítja a nemzetközileg elfogadott etikai elvek betartását.

(–)

DR. NIKOLICS KÁROLY KITÜNTETÉSE

A soproni képviselő-testület *dr. Nikolics Károly* professzornak magas szintű gyógyszerészeti tevékenységéért, tudományos munkájáért, az egészségügyben dolgozók továbbképzésében vállalt lelkes és eredményes szerepléséért, valamint Sopron közéletében végzett fáradhatatlan munkája elismeréséül a Dr. Király Jenő-díjat adományozta. A soproni születésű, városához örökké hűséges, a Magyar Köztársaság Tisztkeresztjével kitüntetett, Pro urbe-díjas, 79 éves nyugalmazott gyógyszerész az MGYT volt elnöke, szaklapunk szerkesztőbizottságának elnöke. Szerkesztőségünk szívből gratulál a kitüntetéshez.

(-)

AZ MGYT HEVES MEGYEI SZERVEZETE 1997. ÉVI RENDEZVÉNYEI

Az MGYT Heves Megyei Szervezetének megújult vezetősége célul tűzte ki, hogy évente két alkalommal tudományos továbbképző délutánt szervez érdeklődő gyógyszerészek számára.

Első rendezvényünkre 1997. május 16-án került sor Egerben a „Gyógyszerészet és állatgyógyászat” témakörben. Felkért előadónk *dr. Stampf György* egyetemi docens volt (SOTE Gyógyszerészeti Intézet). Előadásában ismertette az „Állatgyógyászat” c. tárgy oktatásának helyzetét a graduális képzésben és a gyógyszerészek megújult szerepét és lehetőségeit az állategészségügyben.

Ezután néhány, az állatgyógyászati készítmények gyártásával és forgalmazásával foglalkozó cég bemutatkozására került sor.

Dr. Fejér Barna, mint az Állatorvosi Kamara Heves megyei elnöke szólott az állatorvos-gyógyászati kapcsolatról.

Érdekes és gyakorlati szempontból is hasznos ismereteket nyújtó előadást tartott *dr. Rédecsi Árpád* állatorvos a mindennapi gyakorlatban előforduló állatgyógyászati problémákról.

A rendezvény állófogadással zárult, ahol lehetőség volt a felvetődött kérdések oldott légkörű megvitatására.

Az 1997. november 28-án megtartott második rendezvényünkön *prof. dr. Nyiredy Szabolcs* szólt a korszerű gyógynövénykutatásról. Kiemelte többek között azt is, hogy milyen feladatok és érdemei vannak a hazai gyógynövénykutatásnak a veszélyeztetett növényfajok megemelésében, valamint az Európai Unióhoz történő csatlakozásban.

Dr. Nyiredy dr. Mikita Klára előadásában szemléletesen mutatta be a gyógynövények és készítményeinek helyét és szerepét a gyógyszerkincsben.

Moldován Judit a BIOGAL Gyógy-

szergyár Rt. osztályvezetője termékbeutatóval egybekötött ismertetést adott a Ribeka oldat alkalmazásának lehetőségeiről.

Jövőre is folytatni kívánjuk a továbbképző előadói délutánok szervezését.

Tóthné dr. Pető Katalin

AZ MGYT BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN MEGYEI SZERVEZETE 1997. II. FÉLÉVI ESEMÉNYEI

Napjaink országoosan felvetődő kérdése: érdeklik-e – a jelen viszonyok között is – a gyógyszerellátásban dolgozó gyógyszerészeket a tudományos, szakmai, gazdaságpolitikai, szervezési vagy napi problémákat felvető előadások. Áldoznak-e időt, akár gyógyszerértük félnapos bezárásával is – ezen előadások meghallgatására?

Büszkén tápasztaltuk meg: igen! A megyénkben dolgozó gyógyszerészek rendszeres, aktív látogatói az MGYT miskolci rendezvényeinek. Az előadások szervezői, *dr. Borsányi Gáborné* tisztifőgyógyszerész vezetésével tudják, ezt a komoly érdeklődést értékes előadásokkal, jól felkészült előadókkal érhetik el, tarthatják szinten.

Ennek szellemében 1997. október 30-án, több mint 120 gyógyszerész hallgatta meg *dr. Sándor István* OGYI főigazgató helyettes „Közforgalmú gyógyszerterek működtetésének munkajogi kérdései” című előadását.

A komoly mondanivalót vidám köntösbe öltöztető előadó sorra vette a magángyógyászok, mint munkáltatók – legfontosabb – munkajogot érintő feladatait a munkaszerződésekről a délutános pótlék kifizetéséig egyaránt.

Dr. Hamvas József az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főosztályvezetője komoly felkészültséggel, a témával való azonosulásról tett bizonyosságot előadásában. Pontról-pontra követte, tárta elénk azt a bonyolult problémakört, harcot, mely a gyógyszerárak, ártámogatási rendszer kialakításával jár.

Ismertette, mely szempontok a döntőek abban, hogy bizonyos betegségcsoportokhoz társuló medicinán milyen mértékben nyerne támogatást. Kiemelte a terápiás indikáció elsődlegességét, a gyógyszert rendelő orvos – alkalmazási előírásokhoz való szigorú ragaszkodását – mint a Tb. támogatottság alapkövét.

Kritikával illetve a sajtót, mely nem képes komplex módon átlátni, tálni ezt a lakosság szempontjából fontos kérdést, hanem önkényesen kiemelésekkel, csak egy oldalról mutatja be azt, így nem korrekt a tömegtájékoztató.

Dr. Kövesd Zsuzsa a Salus Kft. ügyvezető igazgatója „Gyógyászati Segéd-
eszközök finanszírozásának és forgalma-

zásának helyzete Magyarországon” címmel tartott előadást.

Az előadó érdekesítően, szemléletesen változta a gyógyszerészeti segédesszüközök fontosságát egyáltalán nem tükröző finanszírozási helyzetet. Feltárta a forgalmazás fonákságait, nemkívánatos jelenségeit. Felhívta a jelenlévő gyógyszerészek figyelmét azokra a kritériumokra, melyek a gyógyászati segédesszüközök gyógyszerértári forgalmazásánál elengedhetetlenek.

Mindhárom előadás gondolatokat ébresztő volt, így több kérdés érkezett az előadókhöz.

Ezek után kötetlen beszélgetés, szakmai-baráti eszmecsere vette át a főszerepet, s zárta be az eseményekben gazdag délutáni programot.

Megyei vezetőségünk 1997. év elején nagy fontosságot tulajdonított a fiatal gyógyszerészek összefogásának, az MGYT munkájába való bevonásának.

Hejczel Andrea és *Boholy Zsuzsa* gyógyszerészek vállalkoztak erre, mint az MGYT megyei ifjúsági csoportjának vezetői.

Komoly előkészítő munkával 1997. november 27-én, tartalmas szakmai programmal – tudományos összejövetelt szerveztek. Annak ellenére, hogy a megadott időpontban országos esemény is zajlott, közel 20 megyebéli fiatal gyógyszerész jelent meg az ÁNTSZ előadóteremben, az előadás színhelyén. A szinte családias hangulatú összejövetelt *dr. Borsányi Gáborné* megyei tisztifőgyógyszerésznő üdvözölte.

Méltatta a fiatalok erőfeszítését, hathatós támogatást ígérve a továbbiakban is.

Felhívta a figyelmet a szakvizsgák, s az azt megelőző konzultációk fontosságára. Ösztönzött a Rozsnyay Mátyas emlékversenyen való részvételre, a meglévő szakdolgozatok továbbfejlesztésével.

Az előadók maguk is fiatalok voltak, előadásaik viszont érettek, kiforrottak.

Iszály Péter a La Roche céggel ismertette meg a hallgatóságot, majd az Elevit Pronatalt, mint a magzati fejlődési rendellenességek megelőzésének komoly gyógyszerét – a hatásmechanizmus pontos ismertetésével mutatta be.

Horváth Katalin a Pharmavit cég képviseletében az Ambroxol pharmavit, majd a Rhinovel C pezsgőtabletta farmakokinetikáját, terápiás hasznosságát ismertette.

Dabasi Halász Zsigmond az Astra cég gyógyszereinek keresztül a peptikus fekély gyógyszerelését, problémakörét tárta elénk.

Kölcsonös kötetlen eszmecsere zárta az értékes összejövetelt.

1997. utolsó megyei MGYT programjára december 3-án került sor.

Kerekesné dr. Nemes Mária a Népjóléti Minisztérium főosztályvezetője „A

gyógyszerészet aktuális problémái" címmel tartott előadást.

Az 1998. január 1-jével életbelépő, a Magyar Közlönyben, majd a Népjóléti Közlönyben megjelenő, szakmánkat érintő változásokról hallhattunk komoly, szakszerű összefoglalást.

Az előadó változta a gyógyszerár tárgyalások feszült légkörét, a szakmai kollegiumok komoly előkészítő munkáját, a szaktárca erőfeszítéseit, melynek eredménye a változásokat tartalmazó népjóléti miniszteri rendeletmódosításokban öltött testet. Ezt a sokoldalú, felelősségteljes munkát állította szembe a médiák egyoldalú reagálásával. Előadása második részében cselekvésre ösztönző gondolatokat ébresztett a hallgatóságban, amikor a gyógyszerügyi törvény pozitívumairól és hibáiról beszélt. Ez utóbbiakra módosító jogszabályok kiadását sürgette.

A gyógyszerész szakmai felelősségének növekedését látja a betegek öngyógyítási lehetőségének kiszélesedésében.

Élnek-e a gyógyszerészek a gyógyszer-helyettesíthetőség lehetőségével? A számítógépes program támogatja-e őket ebben? – tette fel a kérdést. Szólt a gyógyszerész szakképzés, továbbképzés új útjairól is.

A hallgatóság hozzászólásaiból kicsengő aggodalom és óhajlás országos problémára utalt és ismételt megfogalmazódott a jogos igény: gyógyszer csak gyógyszerből és kellő szakértelemmel expedíálhassunk!

A szabadpolcos rendszer a betegek szolgálatával nem egyeztethető össze. Reméljük, a józan észrvek mindkét kérdésben győznek.

Dr. Nyiredyné dr. Mikita Klára gyógyszerész-minőségügyi igazgató „Gyógynövények és gyógytermékek helye gyógyszerkincünkben” című előadása zárta a szakmai rendezvényt.

A fitoterápia útját követte nyomon az előadó és megállapította: az empiria fejlődésének eredményeként a betegségek megelőzésében jelentős szereppel bírnak a körülhatárolt indikációjú növényi eredetű gyökfogyók és immunstimulánsok, így az Echinaceae és Gingko készítmények is.

Felhívta a figyelmet arra is, hogy óriási jelentőséggel bír ezen szerek gyógyszer-tárban való forgalmazása. A *bizalmi elv* alapján fordul a beteg ember a nagy szaktudású gyógyszerészhez a gyógy-növények-gyógytermékek alkalmazásának megítélésében.

A jövő útja a természetes anyagok mind nagyobb mérvű bevonása a gyógyításba. Erre mutatott rá az előadása.

Úgy érezzük, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében sikeres évet zártunk.

Bízunk gyógyszerész-kollégáink töretlen szakmaszeretetében, tudásszomjában 1998-ban is!

Dröszler Béláné

BESZÁMOLÓ AZ EUFEPS/CIR ÜLÉSÉRŐL BRÜSSZEL, 1998. JANUÁR 9–10.

Az *Európai Gyógyszerésztudományi Szövetség (EUFEPS) Ipari Bizottságának (CIR)* tagjaként 1998. január 9–10-én (péntek-szombat) részt vettem a CIR 1998. I. féléves ülésén Brüsszelben. Repülőjegyemet a Richter Rt. vásárolta meg, szállodaköltségemet a Magyar Gyógyszerészeti Társaság fedezte.

A péntek délután és szombaton egész nap lefolytatott ülés keretén belül – ezúttal első ízben – sok került a CIR és az *EUFEPS Végrehajtó bizottságának (ExCie)* együttes megbeszélésére és együtt hallgattuk meg az Európai Unió (EU) illetékeseinek tájékoztatóját.

Az ülésen részt vettek az EUFEPS ExCie tagjai: *M. Rowland* (elnök), *B. Lindeke* (főtitkár), *D. D. Breimer*, *A. F. Fell*, *A. Grahén*, *A. Hincal*, *M. Veillard* (tagok), *H. Lindén* (titkárság vezető), valamint a CIR tagjai: *J. Vessman* elnök (Astra-Hässle, Svédország), *S. Agurell* (Astra, Svédország), *M. Bauer* (Sanofi, Franciaország), *P. B. Eriksen* (Novo Nordisk, Dánia), *H. J. de Jong* (IRIS/Servier, Franciaország), *S. Görög* (Richter, Magyarország), *L. G. J. de Leede* (Yamanouchi Europe, Hollandia), *M. van der Waart* (Organon, Hollandia).

Konzultáció az Európai Unió illetékeseivel

Mrs. D. Nilsson-nak az EU-ról adott általános tájékoztatása (25000 alkalmazott!) után *dr. G. Fracchia* adott tájékoztatást az EU gyógyszerkutatási-, gyógyszeripari programbizottságának munkájáról. Ennek fő célkitűzése az, hogy kompetitívvé tegyék az európai gyógyszerkutatást és gyógyszeripart az USA ilyen irányú tevékenységével. Különösen a vakcinálás valamint a vírusos és degeneratív betegségek elleni gyógyszerek kutatását támogatják. *Dr. Fracchia* faxszáma: 32-2-2955365.

Dr. P. Florén az európai humán erőforrások szervezésével, a képzéssel, továbbképzéssel, tudományos infrastruktúra fejlesztéssel kapcsolatos EU tevékenységet ismertette. Olyan ösztöndíjakról ill. díjakról kaptunk tájékoztatást mint a Marie Curie fellowship, Industry Host fellowship, Prix René Descartes stb. Ezek a kutatás fejlesztése mellett a megfelelő információáramlást, fiatal kutatók fejlődését, az ehhez szükséges mobilitást (pl. egyetem ⇒ ipar ⇒ egyetem) célozzák. Egy kb. 70 oldalas tájékoztató anyagot magammal hoztam. Interneten a következő számon lehet további információkhoz jutni: [hHp://www.cor.dis.lu/tmr/home.html](http://www.cor.dis.lu/tmr/home.html). A tájékoztatót követő konzultáció során az EUFEPS elnöke felve-

tette azt, hogy az EUFEPS által tervezett, reményeink szerint a gyógyszerész továbbképzést a gyógyszeripar legkorszerűbb igényei szerint megvalósító multinacionális *European School of Excellence in Pharmaceutical Sciences* szervezéséhez hogyan járulhatna hozzá az EU. Élénk diskusszió után további, most már konkrét megbeszéléseket irányoztak elő. (Erről a kezdeményezésről az EUFEPS/CIR 1997. szeptember 27–28-i, párizsi üléséről írott beszámoló tartalmaz részleteket.) *Dr. Florén* faxszáma: 32-2-2962133.

Amíg az eddig elhangzottak számunkra, még nem EU tagországok számára csak az (előadók véleménye szerint közeli) jövőt jelenthetik, addig *dr. R. Meijer* a közép-kelet európai tudományos és információ ügyek felelőse a már most elérhető lehetőségekről beszélt. A nálunk is ismert EUREKA, COST, Kopernikus programokon túlmenően olyan, nálunk még kevésbé ismert programról is szó esett mint az INCO, amely a volt szocialista országok és a nyugati-európai országok kutatási és termelői egységei között létrehozott konzorciumokat támogat konkrét kutatási projektekre megpályázható (igen jelentős) összegekkel. A tájékoztató és a konzultáció során hazánkat egyértelműen a közeli jövőben az EU-hoz csatlakozó, még az első körben levők között is kiemelt helyen lévő országgként emlegették. További részleteket az Interneten [hHp://www.cor.dis.li/inco/home.html](http://www.cor.dis.li/inco/home.html) számon lehet meg tudni. *Dr. Meijer* faxszáma: 32-2-2963308.

Közös tanácskozás az EUFEPS/ExCie és a CIR között

A tanácskozás fő témája az EU illetékeseivel előző napon lefolytatott tanácskozás értékelése volt. Fontos és sürgős feladatként jelöltük meg, hogy az együttműködés szakértői színen tovább folytatódjék. Itt az EUFEPS szakértelmét kínálja az EU gyógyszerkutatási-gyógyszeripari tevékenységének kiszélesítéséhez az EU-tól várható anyagi támogatás reményében.

Igen élénk diskusszió alakult ki a már említett *European School of Excellence in Pharmaceutical Science* témakörében. Az ezt javasoló *Agurell* professzor tájékoztató előadásának vetítési anyagát megszereztem, azt az érdeklődők rendelkezésére bocsátom. A kezdeményezéssel kapcsolatos előzetes, tájékoztató megbeszélésekre (*Agurell* professzor támogatásával) *de Jong* professzor kapott megbízást. Az oktatási tematika összeállításában az EUFEPS/CIR korábban kibocsátott, a gyógyszeripari vállalatoknak a gyógyszerész továbbképzéssel kapcsolatos igényeit felmérő kérdőívekre adott válaszokat tekintik kiindulási pontnak.

Tájékoztatót hallgattunk meg a kö-

zeljövő Eufeps rendezvényeinek előkészületeiről (4th European Congress of Pharmaceutical Sciences, Milan, Sept. 11–13, 1998; 5th Nuremberg Conference of Eufeps. Optimising Drug Development: Fast Tracking Into Man, Nürnberg, Dec. 7–9., 1998). Szó esett a 2000-ben megrendezendő *Eufeps 2000* konferenciáról is. Megerősítették, hogy ennek megrendezésére előzetes konzultációinknak megfelelően két jelölt van: Budapest és Prága (Budapest esélyeit igen jónak ítélték meg). Átnyújtották annak a hivatalos meghívó levélnek a másolatát, amit ez ügyben néhány napja postáztak *dr. Vincze Zoltán* elnök úrnak, ami tartalmazza a rendezés részletes feltevéleit. A választ február végéig várják.

Az Eufeps által rendezett ill. szponzorált konferenciák ügyeinek intézésére az Eufeps/ExCie különbizottságot hozott létre *A. F. Fell* professzor vezetésével. Ennek én is tagja lettem.

Korábbi megbízatása alapján az ExCie tagja *A. Hincal* professzor megkezdte a nyugat-európai gyógyszergyárak által a közép-kelet európai országok gyógyszerészkarainak átadható használt, de még üzemképes műszerek és az erre vonatkozó igények felmérését. Személyes megbeszélésünk alapján levelet írtam a három hazai gyógyszerészkar dékánjának, amelyben kértem az igények felmérését és azok eljuttatását *Hincal* professzorhoz.

A CIR ülése

Megtárgyaltuk a CIR tagságának megújítását/kibővítését, hogy mind földrajzilag, mind pedig tematikailag nagyobb területen dolgozhassunk. Megtárgyaltuk a CIR programjába felveendő új témák kérdését is. Néhány elhangzott javaslat részletesebb kimunkálás után a következő ülés napirendjére kerül.

A következő CIR ülést az előzetes tervektől eltérően nem szeptemberben Milánóban, hanem valószínűleg június

26–27-én tartjuk meg egy később meghatározandó helyen. Megismételtem korábbi meghívásomat. Ennek alapján nagy valószínűséggel Budapest lesz az ülés helye (esetleg Stockholm). Az erre vonatkozó végleges döntést egy hónapon belül megkapom.

Dr. Görög Sándor

AZ EUROPHARM FÓRUM ÉRTEKEZLETE

1997. november 12–14. között a 30 tagország képviselőinek részvételével Brüsszelben tartotta rendes évi összejevetelét a WHO-val szoros szakmai kooperációban együttműködő EuroPharm Forum. A fő témakörök:

- a betegek gyógyszererezésének kérdései,
- asztma,
- diabetes,
- hipertónia,
- dohányzás.

A felelősök beszámolóit után workshop-ok keretében vitatták meg a tagországok bekapcsolódási lehetőségét a fenti szakmai programokba.

Sajnálatos módon az International Pharmaceutical Federation (FIP) és a Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne (PGEU) – ez utóbbi az Európai Közösség Gyógyszerészeti Csoportja – előzetesen tervezett „Gyógyszerészet a változás korában” ill. „Egységes gyógyszerési szolgálat Európában – Lehetséges?” című konferenciája az érdeklődés hiánya miatt (?) elmaradt.

Megjegyzés: Az EuroPharm Forum és a WHO által fent meghirdetett programok hazai megvalósításához keresünk együttműködő, a témakör hazai megvalósítása iránt érdeklődő kollégákat. Kérem, jelentkezésüket küldjék a MOSZ Budapest, Zrínyi utca 3. sz. alatti irodájába.

Dr. Samu Antal

SUMAMED SZIMPÓZIUM

A Chinoi Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. Belföldi Marketing Osztálya 1998. január 16-án Budapesten a Thermál Hotelben szimpóziумot rendezett orvosok és gyógyszerészek részére a Sumamed felhasználásának növelése és a szakszerű, költséghatékony gyógyszeralkalmazás érdekében.

A szimpóziумon külön előadás foglalkozott a Sumamed hatóanyagának (azithromycin) farmakokinetikájával, gyermekgyógyászati felhasználásával, a recidiváló tonsillitisek kezelésével és megelőzésével, valamint a légúti fertőzések Sumamed-es kezelésével.

A szakszerű és korrekt előadásokat állófogadás követte.

(–)

GYÓGYSZER-NAGYKERESKEDELMI CÉGEK EGYESÜLÉSÉRŐL

Ezúton értesítjük valamennyi üzleti partnerünket, hogy 1998. január 1-jei fordulónappal a Fúzió-Pharma Rt. (1053 Budapest, Kecskeméti u. 13.), a Pharmakem Rt. (2890 Tata, Új út 1/A.) és a Tolnamed Rt. (7100 Szekszárd, Palánki u. 7.) egyesül és az egyesüléssel létrejövő társaság neve *Fúzió-Pharma Rt., székhelye: 1053 Budapest, Kecskeméti u. 13.*

Az egyesüléssel létrejövő társaság az egyesülő cégek általános jogutóda. Az üzleti kapcsolatban szükséges további adatokat (adószám, bankszámlaszám stb.) az egyesülést követően közöljük.

Az általános jogutódlás alapján az egyesülésben résztvevő társaságokkal kötött szerződések 1998. január 1. után továbbra is érvényesek.

Horváth Károly

IN MEMORIAM

BORDÁS KÁROLY

1997. december 19-én, 73 éves korában elhunyt *Bordás Károly* nyugdíjas gyógyszerész. Bácskossuthfalván született 1924. július 14-én. Érettségi vizsgáját 1943-ban a szabadkai reál gimnáziumban tette le. A gyógyszerési diplomáját a Budapesti Egyetemen 1950-ben kapta meg. Ettől az időtől kezdve a Fejér Megyei Tanács Gyógyszertári Központjának gyógyszerigazgatója, majd 1979-től nyugdíjba vonulásáig, a gyógyszerészeti központ igazgatója

volt. Közel négy évtizeden át irányította a gyógyszerellátás biztosítását és fejlesztését. Munkáját lelkiismeretesen és pontosan látta el. Emlékét szeretettel megőrzik volt munkatársai és ismerősei.

Szerkesztőség

BORI SÁNDOR 1941–1997

Bori Sándor gyógyszerész, Gárdonyi első polgármestere, sokunknak kedves

barátja 1997. szeptember 29-én hosszú, súlyos betegség után elhunyt. 1941. június 21-én született Székesfehérváron, de Gárdonyiban nevelkedett, ott végezte az általános iskolát is. A József Attila Gimnáziumban érettségizett, gyógyszerész diplomát a Budapesti Orvostudományi Egyetemen szerzett 1964-ben. Huszonhárom évig dolgozott gyógyszer-tárvezetőként Fejér megyében, majd a gyógyszerészeti központ osztályvezetőjeként hasznosította átlagon felüli szakmai felkészültségét és igen jó szervezőképességét.

1990-ben az MDF színeiben indult

először a választásokon és a polgárok szavazatai alapján Ő lett Gárdonyi első polgármestere. Óriási lelkesedéssel, nagy ügybizalommal látott munkához. Többek között sikerült megszerveznie a Velencei-tó vízpótlását, felépült az agárdi iskola, és kialakultak az önkormányzati működés feltételei. 1994-ben – immár független jelöltként – újraválasztották. Tagja volt a Velencei-tavi Térségi Tanácsnak, a Velencei-tó Baráti Szövetségének, a Fejér Megyei Közgyűlésnek, elnöke a Tókönyeki Önkormányzatok Egyesületének. Mint gyógyszerész igen alapos farmakológiai, pénzügyi és vezetési-szervezési ismeretekkel rendelkezett.

Kiemelkedő teljesítményt nyújtott nemcsak a gyógyszerész élén, hanem a Fejér Megyei Gyógyszertári Központban is!

Igen művelt, olvasott ember volt, aki a filozófiai valamint a szépirodalmi művekben egyaránt járatos volt. Kiválóan sakkozott, kreativitása ebben is nagyon jól megnyilvánult.

Az 1964-ben végzett évfolyam egyik legvidámabb egyénisége volt. Csoporttársaként négy éven keresztül élvezhettem jó humorát, éles eszét.

A gárdonyi református templomban tartott istentiszteleten nagyon sokan emlékeztek könnyes szemmel a város egykori vezetőjére, a jó felkészültségű szakemberre, a drága barátára. Kedves Sanyi, ígérjük emlékezetünkben megtartunk az idők végezetéig.

Dr. Stampf György

SERES KÁROLY 1927–1997



1927. január 11-én született Feketeardón (Ugocsa megye), Csehszlovákiában. Középiskolai tanulmányait Beregszászon, Máramaroszigeten és Szatmárnémetiben végezte. Ott is érettségizett. Ekkor véglegesen lezárultak a határok, a Kárpátalján élő szülei, testvérei, egész rokonsága a Szovjetunióban rekedt, ő pedig Romániában. Romániából, mint magyar állampolgárt kiutasították, így került Budapestre, ahol sem rokona, sem ismerőse nem volt, de feltétlenül tanulni akart. Egy osztálytársa javaslatára 1946-ban beiratkozott a Pázmány Péter Tudományegyetem Gyógyszerészeti karára. Tanulmányai mellett fizikai munkával keresett némi pénzt a megélhetéséhez. Különböző kollégiumokban lakott, többek között a Pápai Páriz Kollégiumban is. Első egyetemi éve után Hatvanba ment gyakornoknak, s ez egy kis anyagi segítséget jelentett számára. Szünidőikben is ott dolgozott, így tudta elvégezni az egyetemet. Az utolsó évben az Issekutz Gyógyszertani Intézetben volt analitikus gyakornok.

1951-ben szerzett diplomát, és az akkor szerveződő honvédséghez irányí-

tották. A Honvédség Egészségügyi Anyagraktárába került az analitikai laboratóriumba. 1955-től a Műszerosztály vezetője lett. Feladata a honvéd kórházak és csapatgyógyászok részére a szükséges egészségügyi műszerek beszerzése volt. A feladatköre szerteágazó volt, mindenféle gyógyászati anyagra, gyógyszerre, egészségügyi műszerre, csapatkórházak telepítési feladataira kiterjedt. 1972-ben az átszervezések, nyugdíjazások és áthelyezések miatt három munkakört kellett ellátnia közel egy évig. Ezután az Egészségügyi Anyagellátó Központ Anyag és Áruforgalmi Osztályának lett a vezetője, s ezt a munkakört alezredesi rendfokozatban töltötte be, nyugdíjazásáig. Munkáját mindig a rá jellemző nyugalommal, pontossággal és segítőkészséggel végezte, munkatársai megbecsülésével. Csendes modorával mindig sikerült a munkahelyi konfliktusokat megfelelően feloldani, s ezt munkatársai különösen nagyra értékelték.

Feleségével, aki szintén gyógyszerész, 44 évig élt boldog házasságban. Egy lányuk és két unokájuk van.

1997. december 20-án váratlanul összeesett és pár perccel belül meghalt, noha soha nem voltak szívpanaszai, egészséges életmódot folytatott, de egy vérrög váratlanul, előzmények nélkül megállította a szívét. Mindenki számára hihetetlen és megrázó volt halála.

Temetésén, 1998. január 5-én, családtagjain, rokonain kívül sok régi kollégája, beosztottja, egyetemi társa, ismerőse – Budapestről és vidékről – kísérete el utolsó útjára.

Családjával, barátaival emlékét szeretettel megőrizzük.

(-)

KÖZÉRDEKŰ KÖZLEMÉNYEK

A NÉPJÓLÉTI MINISZTER 36/1997. (XII. 5.) NM RENDELETE

a gyógyszerkészítmények törzskönyvezéséről és a törzskönyvbe bejegyzett gyógyszerkészítmények forgalomba hozataláról szóló 13/1987. (VIII. 19.) EüM rendelet módosításáról

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról rendelkező 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet 37. §-a (1) bekezdésében foglalt felhatalmazása alapján – az érdekelt miniszterekkel egyetértésben – a 13/1987. (VIII. 19.) EüM rendeletet (a továbbiakban: R.) a következők szerint módosítom:

1. §

Az R. 17. § (1) bekezdésének e) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

(A gyógyszerkészítmény forgalomba hozatalát az OGYI engedélyezi. A forgalomba hozatali engedélyben megállapítja a

gyógyszerkészítmény alkalmazhatóságára vonatkozó előírásokat, illetve a rendelkezésre vonatkozó alábbi korlátozást:)

„e) vényre kiadható fekvőbeteg-gyógyintézeti háttérrel rendelkező szakambulancián alkalmazható gyógyszer.”

2. §

Ez a rendelet 1998. január 1. napján lép hatályba.

*Dr. Kökény Mihály sk.,
népjóléti miniszter*

A NÉPJÓLÉTI MINISZTER 52/1997. (XII. 20.) NM RENDELETE

a népjóléti ágazatba tartozó egyes államigazgatási eljárásokért és igazgatási jellegű szolgáltatásokért fizetendő díjakról szóló 50/1996. (XII. 27.) NM rendelet módosításáról
(kivonatos közlés)

Az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény 67. §-ának (2) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján – a pénzügyminiszterrel egyetértésben – a következőket rendelem el:

1. §

A népjóléti ágazatba tartozó egyes államigazgatási eljárásokért és igazgatási jellegű szolgáltatásokért fizetendő díjakról szóló 50/1996. (XII. 27.) NM rendelet (a továbbiakban: R.) 1. §-a helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„1. § E rendelet hatálya kiterjed a magánszemélyekre, jogi személyekre, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetekre (a továbbiakban együtt: díjfizetésre kötelezett), ha kérelmükre a népjóléti miniszter vagy a Népjóléti Minisztérium, illetve az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, az Országos Kórház- és Orvostechnikai Intézet, az Országos Laboratóriumi Intézet és az Országos Gyógyhelyi és Gyógyfürdői Főigazgatóság (a továbbiakban együtt: Intézet) első fokon e rendelet 1. és 2. számú mellékleteiben szereplő államigazgatási eljárást vagy igazgatási jellegű szolgáltatást (a továbbiakban együtt: igazgatási szolgáltatás) végez.”

2. §

Az R. 3. §-ának (4) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„(4) A díjak nyilvántartására és elszámolására az államháztartás alrendszerébe tartozó, költségvetés alapján gazdálkodó szervek beszámolási és könyvvezetési kötelezettségéről szóló hatályos jogszabályi előírásokat kell alkalmazni.”

3. §

Az R. 1. számú melléklete helyébe e rendelet *melléklete* lép.

4. §

Ez a rendelet 1998. január 1-jén lép hatályba. Rendelkezéseit a hatálybalépést követően indult eljárásokban kell alkalmazni.

Dr. Kökény Mihály s. k.
népjóléti miniszter

Melléklet az 52/1997. (XII. 20.) NM rendelethez

„1. számú melléklet az 50/1996. (XII. 27.) NM rendelethez
(kivonat)

IV.	EGÉSZSÉGÜGYI TEVÉKENYSÉGGEL KAPCSOLATOS IGAZGATÁSI SZOLGÁLTATÁSOK		
IV.1.	Immunbiológiai készítmények törzskönyvezése		
IV.1.1.	Előzetes értékelés		
IV.1.1.1.	Rutinvizsgálat	172 000 Ft	
IV.1.1.2.	Rutin- és speciális vizsgálat	340 000 Ft	
IV.1.2.	Törzskönyvezési bejegyzés	101 000 Ft	
IV.1.3.	Törzskönyvezési revízió	88 000 Ft	
IV.1.4.	Törzskönyvezési módosítás	37 000 Ft	
IV.1.5.	Törzskönyvezési törlés	37 000 Ft	
IV.2.	Immunbiológiai készítmény forgalombahozatalának engedélyezése	28 000 Ft	
IV.3.	A gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagok és készítmények előállításának közegészségügyi-járványügyi feltételeit minősítő igazolás kiadása	7 000 Ft	
IV.4.	Egészségügyi szolgáltató tevékenység megkezdéséhez működési engedély, továbbá működési engedély módosítása új szakfeladattal történő bővítés miatt		
IV.4.3	Működési engedély módosítása telephelyváltás miatt	4 000 Ft	
IV.5.	Közforgalmú gyógyszertár áthelyezésének az engedélyezése	11 300 Ft	
IV.6.	A gyógyszertár működése megkezdésének az engedélyezése	29 400 Ft	
IV.7.	Immunbiológiai készítmények egy gyártási tételének vizsgálata (minősítés)		
IV.7.1.	Külföldi készítmény, külföldi hatósági bizonylattal	150 000 Ft	
IV.7.2.	Készítmény hatósági bizonylat nélkül	300 000 Ft	
IV.7.3.	Lejárat meghosszabbítása a IV.7.1., a IV.7.2. pontokban leírtak szerint, az ott szereplő díjtételekkel		
VI.	ÉLELMISZEREKSEL KAPCSOLATOS IGAZGATÁSI SZOLGÁLTATÁSOK		
VI.3.	Gyógytápszerekkel kapcsolatos eljárások		
VI.3.1.	Gyógytápszer törzskönyvezése	11 000 Ft	
	+ az 55/1997. (VIII. 14.) FM-İKIM-NM-PM együttes rendelet 1. számú mellékletének 2. pontjában felsorolt laboratóriumi vizsgálatok közül a szükséges elvégzettek díjának összege		
VI.3.2.	Gyógytápszer forgalombahozatalának engedélyezése	11 300 Ft	
X.	A KÁBITÓSZEREKSEL, ILLETVE PSZICHOTRÓP ANYAGOKKAL KAPCSOLATOS IGAZGATÁSI SZOLGÁLTATÁSOK		
X.1.	A kábítószer termeléséhez, gyártásához, feldolgozásához, forgalombahozatalához szükséges engedély	200 000 Ft	
X.2.	A kábítószer Magyarországra történő behozatalához és kiviteléhez szükséges engedély (kivéve az egyetemi kutató intézetek által kutatási és oktatási célból behozott tételek)	50 000 Ft	
X.3.	Pszichotróp anyagok előállításához, beszerzéséhez, elosztásához, raktározásához, forgalombahozatalához szükséges engedély	200 000 Ft	
X.4.	Pszichotróp anyagok Magyarországra történő behozatalához és kiviteléhez szükséges engedély (kivéve az egyetemi kutatóintézetek által kutatási és oktatási célból behozott tételek)	50 000 Ft	
XI.	A GYÓGYSZER-NAGYKERESKEDELMI TEVÉKENYSÉG ENGEDÉLYEZÉSÉVEL KAPCSOLATOS IGAZGATÁSI SZOLGÁLTATÁSOK		
XI.1.	Gyógyszerekkel folytatott nagykereskedelmi tevékenység engedélyezése	25 000 Ft	
XI.2.	Gyógyszerekkel folytatott nagykereskedelmi tevékenység bővítéséhez új engedély	25 000 Ft	

A NÉPJÓLÉTI MINISZTER 53/1997. (XII. 20) NM RENDELETE

a gyógyszerkészítménynek vizsgálatáért és törzskönyvezéséért, valamint a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagok és készítmények nyilvántartásba vételéért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról szóló 52/1996. (XII. 27.) NM rendelet módosításáról

Az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény 67. §-ának (2) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján – a pénzügyminiszterrel egyetértésben – a következőket rendelem el:

1. §

A gyógyszerkészítmények vizsgálatáért és törzskönyvezéséért, valamint a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagok és készítmények nyilvántartásba vételéért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról szóló 52/1996. (XII. 27.) NM rendelet (a továbbiakban: R.) 2. §-ának (3) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„(3) Az értékelés és az előzetes értékelés alapdíja vizsgálati készítményenként 180 000 forint.”

2. §

Az R. 4. §-ának (1)–(3) bekezdései helyébe az alábbi rendelkezések lépnek:

„(1) A gyógyszerkészítmények törzskönyvi bejegyzése évenkénti felülvizsgálatának, megújításának, valamint a kezdeményezett módosítási kérelmek alkalmankénti elbírálásának díja – a homeopátiás készítmények kivételével – 36 000 forint.

(2) A homeopátiás gyógyszerkészítmények esetében az éves felülvizsgálati és megújítási díj a bejelentett gyógyszerformánként 1800 forint.

(3) A gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagok és készítmények nyilvántartása jogszabály szerinti meghosszabbításának, valamint az alkalmanként kért módosítások díja 18000 forint.”

3. §

Az R. 6. §-ának (4) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„(4) A díjak nyilvántartására és elszámolására az államháztartás alrendszerébe tartozó, költségvetés alapján gazdálkodó szervek beszámolási és könyvvezetési kötelezettségéről szóló hatályos jogszabályi előírásokat kell alkalmazni.”

4. §

Az R. 1. számú mellékletének B) I. pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„1.
Monokomponensű homeopátiás gyógyszerek
(gyógyszerformánként)

„a) Ha a megnevezett alkotórész az Európai Gyógyszerkönyvben vagy az Európai Közösség tagállamaiban hivatalosan használt gyógyszerkönyvek egyikében szerepel és a készítményt homeopátiás készítményi eljárással állítják elő, a szorzószáma 0,15.

b) Ha a megnevezett alkotórész az Európai Gyógyszerkönyvben vagy az Európai Közösség tagállamaiban hivatalosan használt gyógyszerkönyvek egyikében sem szerepel, de a készítményt homeopátiás készítményi eljárással állítják elő, a szorzószáma 0,6.”

5. §

Ez a rendelet 1998. január 1-jén lép hatályba, rendelkezéseit a hatálybalépést követően kezdeményezett eljárásokban kell alkalmazni.

Dr. Kökény Mihály s. k.,
népjóléti miniszter

EGÉSZSÉGHÁROSODOTT EMBEREK ÉRDEKVÉDŐ SZERVEZETEI

Alkoholizmus Ellenes Klubok Országos Szövetsége
Kordisz Pál elnök
1041 Bp., Pécsi Sándor sétány 1/3. I.
32. Nyugdíjház

Névtelen Alkoholisták
Bp. VII., Hársfa u. 40. fszt. 5.
Tel.: 267-9348, 267-9209

Alzheimer-kór
Feledékenyek Rokonainak Társasága
Bánsági Judit
Bp. VII., Damjanich u. 14.
Tel.: 321-7121

Memória Alapítvány (szakembercsoport)
Keglevichné dr. Urbanek Kinga
Bp. 1024, Tizedes u. 4.
Tel.: 156-1258

Asztmás Betegek Országos Szövetsége, ABOSZ
Dr. Nagy Bálint elnök
1126 Bp., Szoboszlai u. 2–4. TESZ
székház, 1360 Pf. 6.
Tel./fax: 155-1049

Híd az Agysérültekért Egyesület
(a felnőttkori agysérültekért)
Dr. Szakonyi Tiborné ügyvezető
1156 Bp., Páskomliget u. 63. X. 40.
Tel.: 418-5224

Alapítvány a Lelki Sérült Gyermekekért (szakembercsoport)
Dr. Gádoros Júlia elnök
1021 Bp., Hűvösvölgyi út 116.
Tel.: 275-0006, tel./fax: 275-1461

Autisták Érdekvédelmi Egyesülete
Tuman Imre elnök
1372 Bp. II., Pf. 395

Autista Kutatócsoport (szakembercsoport)
Dr. Balázs Anna elnök
1089 Bp., Delej u. 24–26.
Tel.: 114-2859

Belső szervi Betegek és Rokkantak Országos Egyesülete (pajzsmirigy, szívbeteg, psoriasis csoport)
Dr. Adám Jakabné elnök
1122 Bp., Városmajor u. 7–9.
Tel./fax: 155-0370
Postacím: 1426 Bp., Pf. 45.

Beteg Koraszülöttekért (Peter Cerny) Alapítvány (szakembercsoport)
Dr. Somogyvári Zsolt elnök
1126 Budapest, Királyhágó u. 1–5.
Tel.: 156-6522/346, 379

Cseppkő, Látássérültek Országos Egyesülete
Dr. Kádár Adrienn elnök
1094 Bp., Tompa u. 10.
Tel./fax: 215-8710

Magyar Cukorbeteg Országos Szövetsége (MACOSZ)
Kincses János elnök
5700 Gyula, Budapesti krt. 49.
Tel.: (66) 464-041, (30) 472-266

Diabetese Gyermekek és Ifjak Országos Szövetsége (DIGYIOSZ)
Czövek Lászlóné elnök
Nyíregyháza, Korányi F. u. 43.
Tel.: (42) 444-369

Degenerati Pigmentosa Retine Egyesület, DPR (csőlátás és farkasvakság)
Holl Józsefné
5700 Gyula, Zsinór u. 9.
Tel./fax: (66) 362-333

Depresszió
Napraforgó, a Szorongással és Depresszióval Élők Egyesülete
Bajzsay Cecília
1399 Bp., Pf. 701/1042.
Tel.: 117-7104
Fax: 189-1765

Down Egyesület
Csató Zsuzsa elnök
1068 Bp., Király u. 72. III/22.
Tel.: 341-0675, (30) 337-747

Drog-Stop Egyesület (szakembercsoport)
Tel: 270-2766, 267-3344

Dyslexia Egyesület, Védőszárny Szövetség
Miklós László elnök
1088 Bp., Baross u. 15.
Tel.: 133-9368, 202-2697 (18 óra után tanácsadás)

Magyar Epilepsziával Élők Szervezete
Filder István elnök
1021 Bp., Hűvösvölgyi út 116. OPNI Epilepszia Ambulancia
Tel./fax: 393-2829, 176-0922/1380

ÉGISZ a Lelki Betegek Családi Egyesülete
Anginé Ibolya, Szádvári Lídia
1021 Bp., Hűvösvölgyi út 116., 1464 Bp., Pf. 1582

Lélek-Hang Egyesület (Pszichiátriai önszolgáltató közösség)
Gombos Gábor elnök
1072 Bp., Klauzál u. 31. fszt. 6.
Tel.: 268-9917

Értelmi Fogyatékosok Szüleinek és Segítőinek Érdekvédelmi Egyesülete (ÉFOÉSZ)
Gyene Józsefné elnök
1051 Bp., Október 6. u. 22.
Tel./fax: 111-6415

KÉSZ Egyesület, a Korlátozottan Cselekvőképes Emberek Hozzá tartozóinak Egyesülete
Molnár István elnök
1095 Bp., Mester u. 73. V. 23.
Tel.: 215-7882

KIÚT Pszichiátriai Önszolgáltató Egyesület
Adorján András elnök
1053 Bp., Kálvin tér 2.
Tel./fax: 118-6259

Halmazottan Sérültek Szülő Szövetsége
Cserekye Györgyi elnök
2600 Vác, Honvéd u. 16.
Tel.: (27) 310-863

Lisztérzékenyek Egyesülete
Koltai Tünde elnök
1025 Bp., Palánta u. 11.
Tel./fax: 326-0770, (30) 529-965

Laktóz Érzékenyek Társasága
Bárdos György elnök
1047 Bp., Bródy Imre u. 13.
Tel./fax: 233-2013

Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége
Vasák Iván főtítkár
1068 Bp., Benczúr u. 21.
Tel.: 351-0432

LÁNC, az Egészségkárosodott Emberek Szervezeteinek Szövetsége
Ádám Aurél elnök
1132 Bp., Váci út 14. IV/2.
Tel./fax: 302-4014, 349-2716

Magyar Allergiás Gyermekekért Alapítvány (szakembercsoport)
Kelenhegyi Katalin főtítkár
1121 Bp., Mártonhegyi út 6., 1531 Bp., Pf. 39.
Tel.: 156-4992

Magyar Májbeteg Gyermekekért Alapítvány
Simon János elnök
5700 Gyula, Budapesti krt. 5.
Tel.: (66) 361-666

Magyar Rákellenes Liga
Dr. Vasvári Artúrné főtítkár
1122 Bp., Kékgolyó u. 13. VI. ép. I. em., Postacím: 1507 Bp. Pf. 7.
Tel./fax: 202-4017

Magyar Szív Egyesület
Bajerle Krisztina elnök
1096 Bp., Haller u. 27.
Tel./fax: 215-5743

MATRIX-Szenvedélybetegek hozzátartozóinak Egyesülete
Dr. Mlinarics Edit
1135 Bp., Jász u. 84-88.
Tel.: 270-4227

Mozdulat Alapítvány az izomsorvadásos gyermekekért
Hideg Ottóné elnök
9707 Szombathely, Csók István u. 24.

Névtelen Családok Önszolgáltató csoportja és a Névtelen Szerencsejátékosok Csoportja
1135 Bp., Jász u. 84-88.
Tel.: 270-4227

Magyar ILCO Szövetség (stoma)
Horváth Gyula elnök
7400 Kaposvár, Fő u. 37-39. III/313.
Tel./fax: (82) 315-122/118
Tel.: (82) 427-971

Magyar Psoriasisos Betegek Egyesülete
Dr. Berecz Margit
1027 Bp., Gyorskocsi u. 24. III/14.
Tel.: 201-6614

Megváltozott Munkaképességűek Országos Egyesülete
Jackli István elnök
1108 Bp., Harmat u. 146. I/6.
Tel.: 260-4612

Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége
Hegedűs Lajos elnök
1032 Bp., San Marco u. 76.
Tel.: 388-8951

MOBILIS Alapítvány az izomsorvadásos betegekért
Kiss Árpád képviselő
6000 Kecskemét, Batthyány u. 19.
Tel.: (76) 320-915, Fax: (76) 320-915

Magyar SM (sclerosis multiplex) Társaság
Góczán Márta alelnök
2000 Szentendre, Dália u. 9.
Tel./fax: (26) 317-143

Magyar Táplálékallergia Munkaközösség Egyesülete
Donga Katalin
1028 Bp., Máriaremete út 37. (Közösségi ház)
Tel.: 176-5966, 176-8678

Mucopolisaccharidosis Társaság (ÉFOÉSZ tagja)
Románé Hegybíró Zsuzsa elnök
112 Bp., Rácz György u. 27.
Tel.: 163-2835, 155-4553

Myasthenia Gravis Egyesület
Oroszvári Márta elnök
1025 Bp., Őzga u. 22/a.
Iroda: Bp. VIII., Rákóczi tér 10. III.
Tel.: 325-6287

Osteoporosis Társaság
Dr. Major Klára elnök
Bp., Erzsébet krt. 19.
Tel.: 351-8793

PLUSZ HIV Pozitívokat és AIDS Be-
tegetek Segélyező Egyesület
1097 Bp., Gyáli út 5-7.
Postacím: 1450 Bp., Pf. 29.
Tel.: 215-2883

Pozitív Magatartásproblémás Gyere-
kek Szüleinek Egyesülete
Pardy Margit elnök
1085 Bp., Horánszky u. 7. II/20.
Tel.: 137-9864

PTO (Post Traumás Osteomyelitis)
Szekció (MEOSZ)
Mezei Lászlóné elnök
2612 Kosd, Bocskai út 34.
Tel.: (27) 318-485

Rákbetegség Országos Szövetsége
Mikéné Bodor Mária elnök
1121 Bp., Kékgyöly u. 13.
Tel./fax: 202-7175

A Reumás Gyermekekért Alapítvány
Bogdán Zsuzsanna elnök
1755 Bp., Pf. 104.
Tel.: (30) 405-939
Fax: (24) 374-437

Síketek-Vakok Országos Egyesülete
Tel.: 165-2185

Spina Bifida Társaság (MEOSZ szek-
ció)
Kantóné Csaplár Erzsébet
1053 Bp., Várház krt. 16. I/6e.
Tel.: 137-1038

Liga az Agyi Érbetegségek Ellen
Dr. Rajnai Vilmosné elnök
1077 Bp., Rózsa u. 8.
Tel.: 342-5909

Szembetegség Országos Egyesülete
Ferencz Zsuzsa titkár
1098 Bp., Dési Huber u. 23.
Tel.: 177-3487

Szülők a Hallássérült Gyermekekért
Alapítvány
Péli Lajosné elnök
1221 Bp., Gerinc u. 116.
Tel.: 226-2352

Vakok és Gyengénlátók Országos
Szövetsége
Dr. Szigeti György elnök
1146 Bp., Hermina út 47.
Tel.: 121-0440, 343-7028

Vesebetegek Országos Szövetsége
Vértessy Éva és Ádám Aurél
1032 Bp., Föld u. 57.
Tel.: 388-6514

Bechterew Szekció (MEOSZ)
Majtényi Sándor elnök
1191 Bp., Rákóczi u. 29. VIII/25.
Tel.: 178-1653

Lupus Egyesület
Schopper Györgyné elnök
1152 Bp., Egres sor 4.
Tel.: 306-6433

Demoszthenész Beszédhibások és
Segítők Országos Érdekvédelmi
Egyesülete
Feketéné Gacsó Mária titkár
1023 Bp., Rómer Flóris u. 47.
Tel.: 316-7678

Végtaghiányos gyermekekért Alapít-
vány
Szendrő Zsuzsa elnök
1054 Bp., Steindl Imre u. 11. III/1.
Tel.: 131-5579, tel./fax: 131-5366

PKU (Phenyl Keton Urea) Egyesület
Ekler József elnök
1026 Bp., Cserje u. 14.
Tel.: 326-0569

CF (Cisztás fibrózis, mucoviscidosis)
Egyesület
Borka Péter elnök
Bp. II., Mártonhegyi út 6.
Tel.: 156-4922

Down Alapítvány
Dr. Gruiz Katalin
1145 Bp., Amerikai út 14.
Tel.: 163-6353

Vizus Alapítvány a látássérültekért
Gécziné Cseke Vanda elnök
1141 Bp., Öv u. 106/a.
Tel.: 251-7690, 251-6906

Hemofília Egyesület
Pelyhe Tamás elnök
1132 Bp., Váci út 14. IV/2.
Tel.: 302-4014 (Lánc szövetségen át)

Rett Syndroma Alapítvány
Pokorny Katalin elnök
1222 Bp., Kisfaludy u. 7.
Tel./fax: 227-9529

Dávid Egyesület (Achondroplasia E.),
Kis Emberek Társasága
Sinkó Róbert elnök
1028 Bp., Bercsényi u. 9.
Tel.: 393-0300, (26) 363-016

Hasadék Centrum Alapítvány (szak-
embercsoport)
Dr. Sárközi Andrea titkár
1075 Bp., Madách tér 6.
Fax: 269-6625

Égett gyermekek javára Alapítvány
Dr. Imre Tarján szervező
1124 Bp., Tamási Áron u. 54.
Tel.: 395-4401

Lipid Klub Egyesület
Bp., Tétényi út 12-16.

GAUCHER kór
Immunhiányos gyermekekért Alapít-
vány
Dr. Maródi László
4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

Gyermekkori Agydaganat Alapítvány
(szakembercsoport)
Dr. Paraicz Ervin elnök
1096 Bp., Kálmán u. 41.

A nyirokódémás betegek rehabilitá-
ciójáért Alapítvány
Dr. Draskóczi Judit ügyvezető elnök
1081 Bp., Kun u. 4.
Tel./fax: 269-9479, 333-6380

Csató Zsuzsa

A Gyógyszerészet Szerkesztőségének felhívása

A Gyógyszerészet Szerkesztősége kéri mindazokat a kollégákat, akik továbbképzéseket ● szakmai, szakmapolitikai rendezvényeket ● kiállításokat szerveznek, hogy azokról már megrendezésüket megelőzően írásban vagy telefonon tájékoztassák szerkesztőségünket, annak érdekében, hogy szaklapunkban beszámolhassunk róluk.

Cím: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. ● Telefon: 117-1488/371 mellék

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI

Gyógyszerészet 42. 60-62. 1998.

1997. december 1-jétől–december 31-ig törzskönyvezett gyógyszerkészítmények

(A felsorolt készítmények akkor kerülnek forgalomba, ha a Népjóléti Közlönyben kihirdetésre kerültek)

- | | | |
|--|---|--|
| <p>Aceomel 12,5 mg tabletta Clonmel
Captoprilum 12,5 mg
ATC: C9A A01
(ACE gátló)</p> | <p>Berinerit P C 1500 NE injekció Centeon
C1 eszteráz inhibitor 500 NE
ATC: B02A B03
(Vérzéscsillapító)</p> | <p>Copaxone injekció Teva
Glatiramer acetat (copolymer-1) 20 mg
ATC: L03A X07
(Sclerosis multiplex elleni szer)</p> |
| <p>Aceomel 25 mg tabletta Clonmel
Captoprilum 25 mg
ATC: C9A A01
(ACE gátló)</p> | <p>Berotec 100 inhalációs aeroszol Boeh-
ringer Ingelheim
Fenoterolinum bromatum 0,1 mg
ATC: R03A C04
(Asztma elleni szer)</p> | <p>Daivonex kenőcs Leo
Calcipotriolum 0,05 mg/1 g
ATC: D05A X02
(Psoriasis elleni szer)</p> |
| <p>Aceomel 50 mg tabletta Clonmel
Captoprilum 50 mg
ATC: C9A A01
(ACE gátló)</p> | <p>Berotec 200 inhalációs aeroszol (10 ml)
Boehringer Ingelheim
Fenoterolinum bromatum 0,2 mg
ATC: R03A C04
(Asztma elleni szer)</p> | <p>Dolobid 500 mg filmtabletta Merck
Sharp and Dohme
Diflunisalum 500 mg
ATC: N02B A11
(Fájdalomcsillapító)</p> |
| <p>Alexan 2000 mg injekció Mack
Cytarabinum 2000 mg
ATC: L01B C01
(Antimetabolit)</p> | <p>Cefaclor-Praxico 250 mg kapszula
Praxico
Cefaclorum 250 mg
ATC: J01D A08
(Béta laktám baktérium elleni szer)</p> | <p>Euphylong 100 retard kapszula Byk
Theophyllinum 100 mg
ATC: R03D A04
(Asztma elleni szer)</p> |
| <p>Analux szemcsepp Alcon-Cusi
Phenylephrinium chloratum 12,5 mg/10 ml
ATC: S01G A05
(Antiallergikum)</p> | <p>Cefaclor-Praxico 500 mg kapszula
Praxico
Cefaclorum 500 mg
ATC: J01D A08
(Béta laktám baktérium elleni szer)</p> | <p>Euphylong 200 retard kapszula Byk
Theophyllinum 200 mg
ATC: R03D A04
(Asztma elleni szer)</p> |
| <p>Apo-Famotidin 20 mg filmtabletta Apotex
Famotidinum 20 mg
ATC: A02B A03
(H-2 receptor gátló)</p> | <p>Cefaclor-Praxico 125 mg/5 ml gran.
szuszp.-hoz Lilly/Praxico
Cefaclorum 125 mg/5 ml
ATC: J01D A08
(Béta laktám baktérium elleni szer)</p> | <p>Euphylong 300 retard kapszula Byk
Theophyllinum 300 mg
ATC: R03D A04
(Asztma elleni szer)</p> |
| <p>Apo-Famotidin 40 mg filmtabletta Apotex
Famotidinum 40 mg
ATC: A02B A03
(H-2 receptor gátló)</p> | <p>Cefaclor-Praxico 250 mg/5 ml gran.
szuszp.-hoz Lilly/Praxico
Cefaclorum 250 mg/5 ml
ATC: J01D A08
(Béta laktám baktérium elleni szer)</p> | <p>Euphylong 400 retard kapszula Byk
Theophyllinum 400 mg
ATC: R03D A04
(Asztma elleni szer)</p> |
| <p>Aspirin protect 100 mg bélben oldódó
filmtabletta Bayer
Acidum acetylsalicylicum 100 mg
ATC: N02B A01
(Fájdalom- és lázcsillapító)</p> | <p>Cerebryl 12 g infúzió Kwizda
Piracetamum 12 g
ATC: N06B X03
(Pszichostimuláns)</p> | <p>Flixotide 50 Diskus por inhalációhoz
Glaxo-Wellcome
Fluticasonum 0,05 mg
ATC: R03B A05
(Asztma elleni szer)</p> |
| <p>Aspirin protect 300 mg bélben oldódó
filmtabletta Bayer
Acidum acetylsalicylicum 300 mg
ATC: N02B A01
(Fájdalom- és lázcsillapító)</p> | <p>Cerebryl forte 1200 mg filmtabletta
Kwizda
Piracetamum 1200 mg
ATC: N06B X03
(Pszichostimuláns)</p> | <p>Flixotide 100 Diskus por inhalációhoz
Glaxo-Wellcome
Fluticasonum 0,10 mg
ATC: R03B A05
(Asztma elleni szer)</p> |
| <p>Augmentin Duo 457 mg/5 ml por szirup-
hoz SmithKline Beecham
Amoxicillinum 400 mg
Acidum clavulanicum 57 mg
ATC: J01C R02
(Béta-laktám baktérium elleni szer)</p> | <p>Clonofillin SR tabletta Clonmel
Aminophyllinum 225 mg
ATC: R03D A05
(Asztma elleni szer)</p> | <p>Flixotide 250 Diskus por inhalációhoz
Glaxo-Wellcome
Fluticasonum 0,25 mg
ATC: R03B A05
(Asztma elleni szer)</p> |
| <p>Augmentin Duo 625 mg/5 ml por szirup-
hoz SmithKline Beecham
Amoxicillinum 500 mg
Acidum clavulanicum 125 mg
ATC: J01C R02
(Béta-laktám baktérium elleni szer)</p> | <p>Colircusi Pilocarpine 2% szemcsepp
Alcon-Cusi
Pilocarpinium chloratum 2%
ATC: S01E B01
(Glaucoma elleni szer)</p> | <p>Flixotide 500 Diskus por inhalációhoz
Glaxo-Wellcome
Fluticasonum 0,50 mg
ATC: R03B A05
(Asztma elleni szer)</p> |

- Foscavir 24 mg/ml infúzió (250 ml)** Astra
Foscarnetum natricum 24 mg/ml
ATC: J05A D01
(Vírus elleni szer)
- Foscavir 24 mg/ml infúzió (500 ml)** Astra
Foscarnetum natricum 24 mg/ml
ATC: J05A D01
(Vírus elleni szer)
- Frontin 0,25 mg tabletta** Egis
Alprazolamum 0,25 mg
ATC: N05B A12
(Anxiolitikum)
- Frontin 0,5 mg tabletta** Egis
Alprazolamum 0,5 mg
ATC: N05B A12
(Anxiolitikum)
- Frontin 1 mg tabletta** Egis
Alprazolamum 1 mg
ATC: N05B A12
(Anxiolitikum)
- Fucidin kenőcs** Leo
Natrium fusidicum 20 mg/1 g
ATC: D06A X01
(Antibiotikum helyi kezelésre)
- Fucidin krém** Leo
Natrium fusidicum 20 mg/1 g
ATC: D06A X01
(Antibiotikum helyi kezelésre)
- Hemeran krém** Novartis Consumer Health
Hemeran 10 mg/1 g
ATC: C05B A19
(Ödéma és gyulladás helyi kezelésére)
- Hemeran gél** Novartis Consumer Health
Hemeran 10 mg/1 g
ATC: C05B A19
(Ödéma és gyulladás helyi kezelésére)
- Ibulös 200 pezsgőtabletta** Ebulon/Acis
Ibuprofenum 200 mg
ATC: M01A E01
(Gyulladáscsökkentő)
- Leunase 10 000 KE por injekcióhoz**
Kyowa-Hakko
L-aszparagináz 10 000 KE
ATC: L01X X02
(Daganat elleni szer)
- Lipobay 0,1 mg filmtabletta** Bayer
Cerivastatinum 0,1 mg
ATC: C10A A19
(Hypercholesterinaemia elleni szer)
- Lipobay 0,2 mg filmtabletta** Bayer
Cerivastatinum 0,2 mg
ATC: C10A A19
(Hypercholesterinaemia elleni szer)
- Lipobay 0,3 mg filmtabletta** Bayer
Cerivastatinum 0,3 mg
ATC: C10A A19
(Hypercholesterinaemia elleni szer)
- M-Eslon 200 mg retard kapszula** Egis
Morphinium sulfuricum 200 mg
ATC: N02A A01
(Fájdalomcsillapító)
- Minipress 1 mg tabletta** Pfizer
Prazosinium chloratum 1 mg
ATC: C02C A01
(Perifériás antiadrenerg vérnyomás-csökkentő)
- Minipress 2 mg tabletta** Pfizer
Prazosinium chloratum 2 mg
ATC: C02C A01
(Perifériás antiadrenerg vérnyomás-csökkentő)
- Minipress 1 mg retard kapszula** Pfizer
Prazosinium chloratum 1 mg
ATC: C02C A01
(Perifériás antiadrenerg vérnyomás-csökkentő)
- Minipress 2 mg retard kapszula** Pfizer
Prazosinium chloratum 2 mg
ATC: C02C A01
(Perifériás antiadrenerg vérnyomás-csökkentő)
- Minipress 4 mg retard kapszula** Pfizer
Prazosinium chloratum 4 mg
ATC: C02C A01
(Perifériás antiadrenerg vérnyomás-csökkentő)
- Minipress 6 mg retard kapszula** Pfizer
Prazosinium chloratum 6 mg
ATC: C02C A01
(Perifériás antiadrenerg vérnyomás-csökkentő)
- MST Continus CR 20 mg granulátum szuszpenzióhoz** Napp
Morphinium sulfuricum 20 mg
ATC: N02A A01
(Fájdalomcsillapító)
- MST Continus CR 30 mg granulátum szuszpenzióhoz** Napp
Morphinium sulfuricum 30 mg
ATC: N02A A01
(Fájdalomcsillapító)
- MST Continus CR 60 mg granulátum szuszpenzióhoz** Napp
Morphinium sulfuricum 60 mg
ATC: N02A A01
(Fájdalomcsillapító)
- MST Continus CR 100 mg granulátum szuszpenzióhoz** Napp
Morphinium sulfuricum 100 mg
ATC: N02A A01
(Fájdalomcsillapító)
- MST Continus CR 200 mg granulátum szuszpenzióhoz** Napp
Morphinium sulfuricum 200 mg
ATC: N02A A01
(Fájdalomcsillapító)
- Navoban 2 mg/2 ml injekció** Novartis
Tropisetronum 2 mg/2 ml
ATC: A04A A03
(Hányáscsillapító)
- Norvir 100 mg kapszula** Abbott
Ritanovirum 100 mg
ATC: J05A E03
(Vírus elleni szer)
- Norvir 80 mg/ml oldat** Abbott
Ritanovirum 80 mg/ml
ATC: J05A E03
(Vírus elleni szer)
- Oldószer Copaxone-hoz** Teva
Aqua destillata
- Omnis 0,4 retard kapszula** Yamanouchi
Tamsulosinium chloratum 0,4 mg
ATC: G04B X08
(Urológiai készítmény)
- Permax 0,05 mg tabletta** Lilly
Perogolidum 0,05 mg
ATC: N04B C02
(Dopamin agonista)
- Permax 0,25 mg tabletta** Lilly
Perogolidum 0,25 mg
ATC: N04B C02
(Dopamin agonista)
- Permax 1 mg tabletta** Lilly
Perogolidum 1 mg
ATC: N04B C02
(Dopamin agonista)
- Posicor 50 mg filmtabletta** Roche
Mibefradilum 50 mg
ATC: C08C X01
(Vérnyomáscsökkentő)
- Posicor 100 mg filmtabletta** Roche
Mibefradilum 100 mg
ATC: C08C X01
(Vérnyomáscsökkentő)
- Proparyt 150 mg filmtabletta** Knoll
Propafenonium chloratum 150 mg
ATC: C01B C03
(Antiarrhythmias szer)
- Proparyt 300 mg filmtabletta** Knoll
Propafenonium chloratum 300 mg
ATC: C01B C03
(Antiarrhythmias szer)
- Psorcutan kenőcs** Schering
Calcipotriolum 0,05 mg/1 g
ATC: D05A X02
(Psoriasis elleni szer)

Remeron 15 mg filmdoboz Organon
Mirtazapinum 15 mg
ATC: N06A X11
(Antidepresszáns)

Remeron 30 mg filmdoboz Organon
Mirtazapinum 30 mg
ATC: N06A X11
(Antidepresszáns)

Remeron 45 mg filmdoboz Organon
Mirtazapinum 45 mg
ATC: N06A X11
(Antidepresszáns)

Revia filmdoboz Du Pont
Naltrexonium chloratum 50 mg
ATC: V03A B30
(Antidotum)

Rheotromb 500 000 NE injekció Curasan
Urokinasum 500 000 NE
ATC: B01A D04
(Antikoaguláns)

Syncumar mite tabletta ICN-Alkaloida
Acenocumarolum 1 mg
ATC: B01A A07
(Antikoaguláns)

Thioctacid 100 T injekció Asta
Trometamolium tiocticum 100 mg
ATC: A16A X01
(Antitoxikus hatású anyag)

Thioctacid 250 T injekció Asta
Trometamolium tiocticum 250 mg
ATC: A16A X01
(Antitoxikus hatású anyag)

Thioctacid 600 T injekció Asta
Trometamolium tiocticum 600 mg
ATC: A16A X01
(Antitoxikus hatású anyag)

Uni-Dur 400 mg retard tabletta
Schering-Plough
Theophyllinum anhydricum 400 mg
ATC: R03D A04
(Asztma elleni szer)

Uni-Dur 600 mg retard tabletta
Schering-Plough
Theophyllinum anhydricum 600 mg
ATC: R03D A04
(Asztma elleni szer)

Uroxal tabletta Debat/Fournier
Oxybutynium chloratum 5 mg
ATC: G04B D04
(Urológiai görcsoldó)

Zalain krém SmithKline Beecham
Sertoconazolium nitricum 20 mg/1 g
ATC: D01A C
(Gomba elleni szer)

Az adatokat az Országos Gyógyszerészeti Intézet bocsátotta rendelkezésünkre
(Összeállította: *dr. Hardy Gézáné*)

1997. december 1–1997. december 31. között forgalomba hozott új készítmények

GYÓGYSZEREK*

- **Cycloplatin 450 mg injekció infúzióhoz 1x45 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 18 352 Ft
- **Diazepam Desitin 10 mg injekció 5x2 ml**
Tb. támogatás: 0%, 90% (310 Ft)
Nagyker. ár: 273 Ft
- **Micropaque CT szuszp. 150 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 699 Ft
- **Panadol extra filmdoboz 12x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 206 Ft

- **Provera 5 mg tabletta 30x**
Tb. támogatás: 50% (232 Ft)
Nagyker. ár: 367 Ft
- **Trypsin sebhintőpor 10 g**
Tb. támogatás: 50% (1150 Ft); 90% (2070 Ft)
Nagyker. ár: 1953 Ft

EGYÉB TERMÉKEK

- **Skinman soft N higiénés kézfertőtlenítőszer sebészeti bemosakodószert 500 ml**
Nagyker. ár: 622 Ft + ÁFA 12%
- **Skinman soft N kézfertőtlenítőszer sebészeti bemosakodószert 1 l**
Nagyker. ár: 1036 Ft + ÁFA 12%

- **Skinman scrub egyfázisú higiénés kézfertőtlenítőszer 500 ml**
Nagyker. ár: 722 Ft + ÁFA 12%

- **Skinman scrub egyfázisú higiénés kézfertőtlenítőszer 1 l**
Nagyker. ár: 1203 Ft + ÁFA 12%

GYÓGYHATÁSÚ TERMÉKEK

- **Fitosenior csepp 30 ml**
Nagyker. ár: 367 Ft + ÁFA 12%
- **Osmin granulátum 300 g**
Nagyker. ár: 1008 Ft + ÁFA 12%
- **Rhemobil csepp 30 ml**
Nagyker. ár: 367 Ft + ÁFA 12%
- **Rhemobil Reuma fürdő 500 ml**
Nagyker. ár: 449 Ft + ÁFA 12%

*A közölt árak és támogatások az 1998. január 1-je utáni állapotnak felelnek meg!

Az adatokat a Hungaropharma Gyógyszerkereskedelmi Rt. bocsátotta rendelkezésünkre
(Összeállította: *dr. Lázár Ágnes*)

SAKIRODALMI TALLÓZÓ

KITEKINTÉS

ELŐSZÓ A „KITEKINTÉS” HÁROM REFERÁTUMÁHOZ

A Nemzetközi Gyógyszerész Szövetség (FIP) lapja 1997. évi 2. számában három olyan cikket közöl, amelyek a hivatás jelen problémáival, s ennek folytatásaképpen, a jövőjével foglalkozik. Ezek a kérdések időnként nálunk is felmerülnek. Csak két példát említek ezzel kapcsolatban: 1948-ban egy széleskörű tanácskozáson hangzott el *Schulek Elemér* emlékeztető kinyilatkoztatása: „Legyen a gyógyszerész gyógyszerzakértő”. Néhány éve *Bayer István* tollából jelent meg a „Quo vadis pharmacologia?” c. közlemény. [Gyógyszerészet 34, 395–400 (1990)].

Hivatásunk időszerű problémáival mindenkinek meg kell ismerkednie, széles látókörrrel kell szemlélnie. A jövő fejlődését széleskörű összefogással, az egyének becsületos, etikus magatartásával lehet biztosítani. Ebben az érdekképviseleti programban a szakajtónak is fontos szerepe van. Ezt kívánjuk a „Kitekintés” rovattal is szolgálni.

1. P. J. Kielgast: A 21. század gyógyszerésze

Az utóbbi években felmerült a kérdés: Szüksége van-e a társadalomnak gyógyszerészre? A hivatáson belüli érzéseket „csalódás”, „kiábrándultság” szavakkal lehetne kifejezni. Mintha elrabolnák a gyógyszerrel kapcsolatos szerepünket. Ilyen hangok hallatszanak különböző országok szakmai köreiből.

A FIP is foglalkozott e kérdés beható elemzésével. A gyógyszerészetben – általában – nincs munkanélküliség, ezért nincs ok aggodalomra. Meg kell azonban tartani a gyógyszerész eddigi szerepét: a gyógyszerellátás biztonságos végzését. Ugyanakkor fel kell készíteni a kollégákat, főleg a mostani fiatal generációt, hogy adottságait, ismereteit, ezek „adatbankját” még fokozottabban állítsa a lakosság szolgálatába, az igények kielégítésére.

Ebben az egyetemeknek és a különböző intézeteknek is fontos szerep jut. A szerző ezt „dinamikusabb stílus” szóhasználatával fejezi ki. Az információadás módszerei a 21. században tovább fejlődnek. Ehhez alkalmazkodnunk kell, ez a feladatunk a jövőben. Ha ez megvalósul, akkor nem érhet bennünket „csalódás”.

A FIP ezért széleskörű fórumot rendez, amelyen szakmai vezetők és gyakorló gyógyszerészek is résztvesznek e fontos kérdés megvitatására.

2. D. Steinbach: Jövő a hagyományokból

A FIP elnöke szerint a gyógyszerészi munka értékelésével, a gyógyszerész szükségességével foglalkozó vita még nem ért véget. Tulajdonképpen most születnek elképzelések arról, hogy az orvos maga adjon-e ki gyógyszert, hogy a gyógyszer-tár-lán-cokat bővítsék-e, vagy eltűnjék a veszélyes postai gyógyszerküldő szolgálatot.

Ezek eddig nem tapasztalt mértékében veszélyeztetik a hagyományos gyógyszer-tár jövőjét. Válságjelenségekkel találkozunk. Ugyanakkor a válság esélyeket is hozhat magával. Nem maradhatunk tétlenek!

A FIP officinai szekciójának „Jó gyógyszer-tári gyakorlat” és a „Gyógyszerészi gondoskodás” c. akciót széles körben terjeszti. Állást foglalt az öngyógyítással kapcsolatban is. Foglalkozott a gyógyszerész felelősségének kérdésével, ami az egészségügyben döntő fontosságú tényező. A gyógyszerész munkája javítja a terápia esélyeit, csökkenti a kockázatokat, egyben a gyógyszerellátás költségeit is csökkentheti. Ezek ellátása állandó ké-

szlenlétet, állandó tanulást igényel. Ez nem könnyű feladat, de kiutat mutat a jelenlegi fenyegetettségéből.

A FIP elnöke optimista véleményét abból meríti, hogy a beteggel való személyes kapcsolat, a bizalmi légkör kialakulása lehetővé teszi a lakosság számára a gyógyszerészi tevékenység megismerését, a politikusok számára ennek elfogadását. Fel kell ismerni annak szükségességét, hogy a gyógyszerész egészségügyi hivatását az államnak is meg kell védenie. Ezen a területen nem alkalmazhatók a szabad piacgazdálkodás szabályai. Ez káros lenne az egész egészségügyre.

3. Quo vadis FIP?

Merre halad a FIP, és szerintünk merre haladjon? Ezzel a kérdéssel foglalkozott a gyakorló gyógyszerészek vezető testülete. Az ülésen résztvett a FIP elnöke, alelnöke és főtárgya is. A tanácskozás lényegét 3 szóval foglalták össze: „idő, pénz és minőség”. Foglalkoztak az előző referátumokban szereplő kérdéskörökkel: a hivatás jövőjével, a társadalmi megbecsüléssel. Megvitaták a „Gyógyszerészi gondoskodás” gyakorlati vonatkozásait, eredményeit. Fontosnak tartják, hogy a fiatalok a felsőoktatás, a nevelés során megismerjék a jövő problémáit. Ebben a FIP vezetősége és a szövetség lapja is vállaljon szerepet. Fokozni kell az érdekvédelmi tevékenységet.

Konkrét javaslatok hangzottak el általános és részletkérdésekben is. Ezeket – kellő előkészítés után – az 1997-es FIP kongresszuson tárgyalják.

Int. Pharm. J. 11, (2), 31, 33, 37 (1997)

ORVOS – GYÓGYSZERÉSZ EGYÜTTMŰKÖDÉS

Németországi felmérések szerint nagy a különbség a szakorvosi kezelések számadatai között: pl. 2100 az ideggyógyászoké, 6100 a nőgyógyászoké, 1000 a sebészeké és 12 000 az általános (család-) orvosoké. Érdekes az orvosok által rendszeresen felírt gyógyszerek statisztikája: átlagban 250 gyógyszerből áll az a lista, amiből általában rendelnek. Felmérték az egészségügyi szolgáltatások költségeit is: ez a sebészeknél évi 22 000 márka, az általános orvosoknál 425 000 márka. A gyermekorvos egy rendelési költsége 14.– az urológusé 65 márka.

A gazdasági szempontok arra készítik a biztosítókat, hogy ösztönözzék, támogassák az orvosok és gyógyszerészek együttműködését. Véleményük szerint így racionálisabbá válhat a gyógyszerrendelés és a költségek csökkenhetnek. A kölcsönös eszmecsere háromlépcsős modell készült:

1. Stabil tájékoztatás, amely kitér a költségekre.
2. Gyorsinformáció egyes esetek gyógyszerrendelésére nézve.
3. Állandó, tartós kezelések többirányú elemzése.

Gyógyszerészi részről pozitív jelzésekkel találkozott. Az ABDA kapcsolatban van a biztosítókkal és támogatja a jobb és egyben gazdasági szempontból is optimális gyógyszerrendelést.

Pharm. Ztg 142, (17), 46 (1997)

Megjegyzés: A német példa számunkra azért időszerű és hasznos, mert az egészségbiztosítás lehetőségei korlátozottak. Így kialakítható a több szempontból racionális gyógyszerellátás.

A GAZDASÁGI HELYZET NEM MEGNYÚGTATÓ

Német adatok szerint a gyógyszerárak forgalma 1996-ban 4,5%-kal, 45 milliárd márkára nőtt. Mégsem tartják a jövedelmezőséget kielégítőnek. Az NSZK és a volt NDK között a kezdeti különbség már nem áll fenn. A gyógyszerárak a gyártól a beteg terjedő úton kétszeresére nőttek. A gyógyszereszi tevékenység értékteremtő jellege nem érvényesül. Különböző tevékenységeikért csekély az ellenszolgáltatás, pl. ügyelet, tanácsadás, gyógyszerellenőrzés stb.

Jelenleg kb. 30 000 betegség ismert. Ezek harmada sikeresen gyógyítható, leginkább gyógyszerrel. Nem ismert, hogy a 80 millió német lakos mekkora része szenved akut vagy krónikus betegségben. Az tudott, hogy minden lakos havonta egyszer felkeres egy gyógyszertárat. A gyógyszertárak száma 21 000-ról 1996-ban 21 290-re nőtt. Ez 130 000 munkahelyet jelent. A gyári készítmények száma több, mint 40 ezer. 3000 a gyógytermékek, segédanyagok száma. Emellett még aránylag jelentős, a csökkenés ellenére, a magisztrális gyógyszerkészítés.

A gyógyszertárakban forgalmazott készítmények db száma 1996-ban nem nőtt, 1,74 milliárd dobozt tett ki. Az öngyógyítás növekedése ugyan állandó, ez azonban a készítmények fogyasztásában nem jelentkezett. A forgalom 65%-a a biztosítottak részére vényre felírt gyógyszer volt. A vény nélküli forgalom aránya 35%.

Csökkenett a gyógyszertárak árere: jelenleg 27,9%. Ez más ágazatokhoz képest alacsony. Nöttek az üzemeltetési költségek. Az átlag gyógyszertárban naponta 150 ember fordul meg. Kb. 10 000 gyári készítményt tartanak raktáron, a többit rövid úton szerzik be. Az ellátási körzet 3500–4000 lakos. 6 munkahely van, 5 orvos rendel a körzetben. A személyzet bére 1996-ban 156 000 DM-ről 160 000-re nőtt. 1996-ban emelkedtek a gyógyszerek térítési díjai, melyek minden gyógyszernél egységesek.

Pharm. Ztg 142, (17), 36 (1997)

Megjegyzés: Hazánkban még – részben – kialakulóban van a magángyógyászat. A külföldi példák tanulmányozása hasznos lehet. Fontos a közös vélemény kialakítása, a hatékony érdekérvényesítés és az egymás közötti etikusság magatartás.

KITEKINTÉS RÖVIDEN

Gyógyszeralkalmazási terv a beteg számára

A gyógyszereszi gondoskodás keretében 223 készítmény részére áttekinthető utasítás-mintát dolgoztak ki. A betegnek átadandó lapon utasítások szerepelnek – részben piktogramokkal, részben közérthető rövidítésekkel. Adatai: a készítmény neve, a beteg, az orvos neve, majd a pontos használati utasítás. Főbb utasítások:

- a gyógyszer hatása, mellékhatása,
- az alkalmazás étkezési összefüggései,
- közlekedési összefüggések,
- esetleges napozási ártalmak,
- lejárata,
- a gyógyszertár bélyegzője.

Pharm. Ztg 142, (8), 41 (1997)

Megjegyzés: Az ismertetett tájékoztatás segíti a gyógyszerész információs munkáját.

A „szív nap” sikere

Németország Schleswig-Holstein tartományában az ABDA szervezésében a gyógyszereszi, orvosi testületek, valamint a rádió, a tv, a sajtó „egészségügyi utca” címmel felvilágosító napot rendezett. Előadások hangzottak el szív- és érrendszeri betegségekről, a magas vérnyomásról és az agyvérzésről. 460 koleszterin meghatározást végeztek, tanácsokat adtak. Kiemelt témakör a kardiológiai megelőzés és a rehabilitáció volt. A rendez-

vényt több gyógyszergyár támogatta. Mind a szervezők, mind a résztvevők a napot sikeresnek ítélték meg.

Pharm. Ztg 142, (8), 63 (1997).

Megjegyzés: Az egészségügyi testületek hasznos együttműködése számunkra is példaként szolgálhat.

Természetes eredetű gyógyszerek előretörése

A természetes szereket alkalmazók aránya 1970-ben 52% volt, ez 1997-re 65%-ra nőtt. Az öngyógyításban különösen a növényi eredetűek aránya növekedett. Ezek előnye, hogy kevesebb a mellékhatás, és az árak is alacsonyabbak. Felmérések szerint a felhasználók 2/3 része, különösen a krónikus bántalmakban, határozott javulást mutatott. Legeredményesebbnek bizonyultak a hűléses betegségek, az emésztési zavarok, a fejfájás és alvászavarok esetén.

Pharm. Ztg 142, (9), 69 (1997)

Megjegyzés: A természetes gyógymódok, a természetes eredetű szerek alkalmazása világszerte nő. Ez hazánkban is öröndetesen tapasztalható. A gyógyszerész számára is fontos ezek előnyben részesítése.

Gyógyszerek veszélyei

Világviszonylatban a gyógyszerek 5%-a hamisított, állapították meg egy német tanácskozáson. Másik veszély a helytelen alkalmazás. Nigériában 109 gyermek halt meg, mert fagyásgátlót szedtek köhögés ellen. Ezért a harmadik világban tévedések, hamisítások kiszűrésére kis laboratóriumokat létesítettek, melyekben gyógyszerészek is közreműködnek. Gyors elemzéssel (színreakciók, egyszerű vékonyréteg-kromatográfia) azonosítják a gyógyszereket.

Öst. Apoth. Ztg 51, (6), 242 (1997).

Megjegyzés: A WHO már korábban is igénybe vette a Magyar Gyógyszerkönyv tájékoztató gyorsvizsgálatait az ún. fejlődő országok számára.

Gyógyszerészek tevékenysége a nyilvánosság előtt

Az Osztrák Gyógyszerész Kamara továbbképzést rendezett, melynek fő témája a „gyógyszerbiztonság” volt. Ennek kapcsán széleskörű propagandát fejttettek ki a sajtó, a rádió és a tv segítségével. Bemutatták a gyógyszerész tevékenységét „Gyógyszerész a gyógyszerbiztonság szolgálatában” címmel.

Öst. Apoth. Ztg 51, (6), 243 (1997)

Megjegyzés: Már több olyan hírt közöltünk, amelyek külföldi szakmai szervezeteknek a lakosság érdekében történő tevékenységéről szóltak. Ez hazánkban is fontos.

Posztgraduális képzés a humán táplálás/táplálkozás tárgy-köréből

A zürichi egyetem a következő főbb témakörökből szervez szakképzést, melyek vizsgával zárulnak és oklevelet adnak:

- Különböző lakossági csoportok táplálási módjai.
- Táplálkozás és betegség.
- Járványtani ismeretek, megelőzés.
- Közösségek ellátása.
- Élelmiszertudományi kutatások eredményei.

Diplomások részére 2 féléves a képzés 21, ill. 24 heti időtartammal, heti 2 napos elfoglaltsággal. Az anyag írásban is megijelenik.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (8), 201 (1997)

Megjegyzés: E terület is közel áll hozzánk, a gyógyszerész itt is szerepet kaphat.

Az összeállítást készítette: dr. Nikolics Károly



A Patika Tükör Kft. 1993 óta adja ki a Patika Tükör egészségügyi magazint, 130 000 példányban. A színes folyóiratban – amely az egészségügy minden területét felöleli – a laikusok számára is érthetően írott ismeretterjesztő cikkek, közhasznú információk jelennek meg. Az újság sikerének és reklámértékének biztosítéka a többféle érdek egybeesése, hiszen:

- a betegben, vásárlóban tudatosodik, hogy a lapot melyik gyógyszerháznál kapta, mivel a címlapra – a Patika Tükör kiadójától kapott bélyegzővel – rányomható a gyógyszerház címe, telefonszáma, nyitvatartása,
- az újságban hirdetések, PR cikkek jelennek meg, amelyek növelik a reklámozott termékek iránti keresletet.

Az újság rendszeres ismertetést ad az alapvető és újonnan megjelent vény nélkül kapható gyógyszerekről, gyógytermékekről, gyógyászati segédeszközökről, a betegségek kialakulásáról, a túlzott gyógyszerfogyasztás ártalmairól. Írásainkkal szeretnénk segítséget nyújtani az egészséges életmód kialakításához, illetve az egészség megőrzéséhez.

Megrendelés: havonta megjelenő Patika Tükör egészségügyi magazindra.

Ára: 35 Ft/db + 12% Áfa + postaköltség.

Minimálisan igényelt példányszám: 50 db, illetve ennek többszöröse.

Egyéni előfizetés negyedévre: 297 Ft (mely tartalmazza az ÁFA-t és a postaköltséget).



Lapkiadónk 1997 januárjától új területen kezdett felvilágosító munkába az egészségnevelés keretén belül. Suli Klinika címmel a teenager korosztály számára készítünk egészségvédelmi, kulturális, tájékoztató jellegű kamaszlapot. Az újság havi megjelenéssel, színes kivitelben, egyelőre 16 oldalon jut el az ország összes középfokú oktatási intézményébe, valamint korlátozott számban az általános iskolák felső tagozataira. Célunk az egészségnevelés mellett – életmód, egészséges táplálkozás, szexuális problémék, higiénia stb. – a sport, szabadidő, divat, kozmetológia, valamint szociális beilleszkedés, válságkezelés (drog, alkohol, szenvedélybetegségek) területén széleskörű tájékoztatást nyújtani, a korosztály igényeinek megfelelően.

Megrendelés: havonta megjelenő Suli Klinika egészségvédelmi kamaszlapra.

Ára: 30 Ft/db + 12% Áfa + postaköltség.

Minimálisan igényelt példányszám: 50 db, illetve ennek többszöröse.

Egyéni előfizetés negyedévre: 267 Ft (mely tartalmazza az ÁFA-t és a postaköltséget).



A Pharmavit Rt és a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége együttműködésével a Patika Tükör Lapkiadó 1997 novemberében jelenteti meg a Pharma Grad című ingyenes, gyógyszerházi asszisztenseknek szóló továbbképző újságot. A kiadvány ezt követően negyedévenként jelenik meg, s célul tűzte ki a szakdolgozók munkájának elősegítését a hatékony betegkommunikáció és az egészségkultúra emelése érdekében.

Kérjük jelezze a Pharma Grad című ingyenes továbbképző újságra rendelési igényét.

Név:

Cím:

Patika Tükör Lapkiadó Kft. 1061 Budapest, Jókai tér 7. II./22.

Tel./Fax: 269-3644, 312-4343 • Fax-bank: 2 333-666/1705## • Levelezési cím: RVPT@MAIL.MATAV.HU

Forduljon jobbra...

az állapotot

Amoxicillin + klavuláns



A jól bevált páros
kedvező áron!

Közgyógyellátottaknak
TÉRÍTÉSMENTES

- ➔ felső- és alsólégúti fertőzések
- ➔ otitis media, sinusitis
- ➔ urogenitalis fertőzések
- ➔ bőr- és lágyrészek fertőzése
- ➔ gastrointestinalis fertőzések
- ➔ műtét utáni fertőzések

375 mg filmtabletta

625 mg filmtabletta

szuszpenzió 156 mg/5 ml

forte szuszpenzió 312 mg/5 ml

AKTIL® klavulánsavval potenciózott amoxicillin



RICHTER GEDEON RT.

Orvostudományi Főosztály: 431-5780 • Orvoslátogató Hálózat: 431-4010



Bővebb információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előírást.

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA



MEDIMPEX

Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt.

1151 Budapest, Károlyi Sándor út 121.
Telefon: 414-1400; Fax: 414-1480

BÉRES CSEPP PLUSZ[®]

A megoldás, ha hatékony nyomelempótlásra van szükség.

A Béres Csepp Plusz[®] megfelel a korszerű nyomelempótlás alapelvei által támasztott követelményeknek: komplex összetételű,

hatóanyagait az élettanilag szükséges

menyiségben és arányban,

biológiailag jól hasznosuló

formában tartalmazza,

tartósan is biztonságosan

alkalmazható.



A nyomelemek fiziológiai-biokémiai jelentőségéről egyre többet tudunk. Ismert, hogy közülük számos élettanilag esszenciális, nélkülük az életjelenségek nem képzelhetők el.

Fontosságukat elsődlegesen az okozza, hogy különböző szervek több ezer enzimének kofaktoraként vagy alkotórészeként biokémiai funkciók sokaságának irányításában vesznek részt. A nyomelemlhiányos állapot lehet ok és következmény is. A nyomelemlhiány, mint ok a mindennapos orvosi gyakorlatban leggyakrabban az ún. szubklinikai nyomelemldeficit talaján fellépő nem specifikus jelek, panaszok háttérében szerepel. Ezek pl. a fáradékonyság, az étvágytalanság, a hajhullás, az ellenálló képesség csökkenése, a nem kielégítő testi és szellemi

fejlődés. Nyomelemlhiányt, mint következményt több tényező is kiválthat. Közülük elsődleges etiológiai jelentőséggel bír a hiányos tápanyag-felvétel (okai lehetnek: fogyókúra, éhezés, egyoldalú táplálkozás), a csökkent felszívódás vagy a fokozott nyomelemlvesztés (dohányzás, alkoholfogyasztás, kemoterápia, égés következtében), valamint a megnövekedett igény (terhesség, szoptatás, fokozott fizikai terhelés, perioperatív időszak, daganatos betegségek esetén).

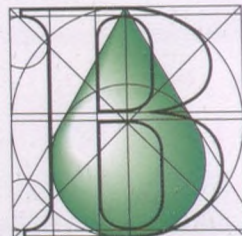
Akár a már kialakult deficit és az ezzel járó panaszok, tünetek kezelése a cél, akár a nyomelemlhiány kialakulásának a megelőzése a Béres Csepp Plusz[®] hatékonyan alkalmazható.

Béres Csepp Plusz[®] gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmény
Ny. sz.: OGYI-248/1991

Összetétel: 1 ml (18 csepp) készítmény tartalma. **Hatóanyagok:** 2,0 mg vas, 1,1 mg cink, 0,40 mg magnézium, 0,31 mg mangán, 0,25 mg réz, 0,19 mg molibdén, 0,12 mg vanádium, 0,11 mg nikkel, 0,10 mg bor, 0,090 mg fluor, 0,025 mg kobalt. **Segédanyagok:** glicerin, etiléndiamin-tetra-cetecsav, glicin, borkősav, borostyánkősav, aszkorbinsav. **Javallatok:** Nyomelemlpótlás. Hiányos táplálkozás (pl. speciális diéták, fogyókúra, vegetárianizmus), jelentős fizikai igénybevétel esetén. Fáradékonyság, étvágytalanság, elesettség, gyengeség, álmatlanság és a szervezet ellenállóképességének csökkenésekor. Meghűléses megbetegedéseknél, valamint műtét utáni felépülés elősegítésére. Csont és ízületi megbetegedések okozta fájdalom csillapítására kiegészítő terápiaként. Tumoros betegségben szenvedők általános állapotának, közérzetének javítására. Valamint a felsorolt tünetek megelőzésére. **Ellenjavallatok:** Vas és rézanyagcsere zavarán alapuló betegségek (haemochromatosis, haemiosiderosis, Wilson-kór), fém allergia, súlyos veseelégtelenség. **Adagolás:** Megelőzésre: 10-20 kg testsúly esetén 2x5 cseppet, 20-40 kg testsúly esetén 2x10 cseppet, 40 kg testsúly felett 2x20 cseppet naponta bevenni. A javallatokban felsorolt panaszok esetén: 10-20 kg testsúly esetén 2x10 cseppet, 20-40 kg testsúly esetén 2x20 cseppet, 40 kg testsúly felett 3x20 cseppet bevenni. Étkezés közben, legalább fél deciliter folyadékban (pl. víz, gyümölcslé, szörp) ajánlott a csepp bevétele. A készítményt minden alkalommal 50 mg C-vitaminnal együtt ajánlott szedni. **Mellékhatások:** A javallt adag mellett nem ismeretesek. **Figyelmeztetés:** Gyermekek elől gondosan elzárandó! 20 kg testsúly alatti gyermek esetén a készítmény adását beszélje meg a kezelőorvosával! Terhesség esetén a készítmény szedését beszélje meg a kezelőorvosával! Együttadása más vas- és nyomeleml tartalmú készítménnyel kerülendő! A Béres Csepp Plusz[®] és más gyógyszerek bevétele között legalább 1 óra teljen el. Tejben, kávéban nem ajánlott bevenni. Egyes teaajtókúnd az alkalmazás során az oldat sötétre színeződhet. Néhány csepp citromlével, citrompótlóval, esetleg aszkorbinsavval ízesített teában a fekete elszíneződés nem alakul ki. **Csomagolás:** 30 ml és 100 ml. **Tárolás:** 15-25 °C-on. **Lejárató idő:** a gyártástól számított 4 év.

Béres Rt. 1037 Budapest, Szépvölgyi út 135. Telefon: 250-7444, Fax: 250-7251

BÉRES RT.



GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA

JOURNAL OF THE HUNGARIAN PHARMACEUTICAL SOCIETY

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung:
H-1051 Budapest, Zrínyi utca 3. Telefon: 117-1488

Főszerkesztő: dr. Vincze Zoltán
Felélő szerkesztő: Hankó Zoltán
Szerkesztők:

dr. Berszék Erzsébet, dr. Brantner Antal, dr. Dobson Szabolcs,
Kéry István, dr. Kovács László, Ottlik Miklósné



Szerkesztőbizottság:

dr. Nikolics Károly (a bizottság elnöke), dr. Bacsa György,
Dudits István, dr. Écsy Zoltán, dr. Gyarmathy Miklós,
dr. Hamvas József, dr. Kata Mihály, Kerekesné dr. Nemes
Mária, dr. Kéry Ágnes, dr. Lipták József, dr. Marton
Sylvia, dr. Mezey Géza, dr. Mikola Bálint, dr. Satory Éva,
Szendrényi Lajos, dr. Tretyánszky Zoltán, dr. Zalai Károly

42. évfolyam

TARTALOM

2.

1998. február

CONTENTS

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

- Dr. Vetter János:* A sokarcú szelén
Dr. Láng Csaba: Vérvérszítvények alkalmazása, korszerű
transzfúziós terápia. I. rész
Dr. Stájer Géza: Ecstasy, egyáltalán nem ártalmatlan diszkó-
drog!
Dr. Nagy Júlia és dr. Nagy Gábor: Mennyi a csekély?

- 67 *J. Vetter:* The multiple role of selenium
72 *Cs. Láng:* Use of blood preparates, up to date transfusion
therapy. I. part
78 *G. Stájer:* Ecstasy, not at all a soft party-drug
82 *J. Nagy and G. Nagy:* How many is trifling?

SZERVEZÉSI KÖZLEMÉNYEK

- Fábián László és dr. Nikolics Károly:* Fogyasztói szokások az
öngyógyítás területén

- 83 *L. Fábián and K. Nikolics:* Habits in drug consumption
related to self-medication

GYÓGYSZERÉSZETTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

- Dr. Sági Erzsébet:* A régi magyarországi jezsuita patikák ismer-
tetése a legújabb kutatások alapján. Az egykori zágrábi jezsuita
patika
Dr. Sági Erzsébet: Az egykori pozsegi jezsuita patika

- 87 *E. Sági:* Pharmacies of the Order of Jesuits in ancient Hungary.
The late pharmacy of the Order of Jesuits at Zagreb
88 *E. Sági:* The late pharmacy of the Order of Jesuits at Pozsega

TUDOMÁNYOS ÉRTEKEZÉSEK

- Dr. Mezey Géza:* Klinikai gyógyszerészet. A gyógyszeralkalma-
zás új dimenziói. Akadémiai doktori értekezés

- 90 *G. Mezei:* Clinical pharmacy. New dimensions of drug use.
Doctor's dissertation at the Hungarian Academy of Sciences

AKTUÁLIS OLDALAK

- Dr. Mohr Tamás:* Szakmai kihívások és megoldások a közfor-
galmú gyógyszerészetben
Dr. Gulácsi László és dr. Kovács Attila: Szakorvosi beutalás,
gyógyszerfelírás és -szedés az alapellátásban 1995–1996; folya-
matindikátorok. Prosper program
Dr. Pékli Márta: A gyógyszerek árának és támogatásának ala-
kulása néhány európai országban. I. rész: Közép-Kelet-Európa

- 95 *T. Mohr:* Professional challenges and accomplishments in the
community pharmacy
99 *L. Gulácsi and A. Kovács:* Assignment by specialists,
prescription and taking of drugs in primary care 1995–1996,
process indicators. Prosper program
107 *M. Pékli:* Tendencies of drug prices and their subsidies in some
European countries: I. part Central-East-Europe

POSTGRADUATE INFORMATION

PHARMACEUTICAL ORGANIZATION

PAPERS OF HISTORY OF PHARMACY

SCIENTIFIC STUDIES

CURRENT PAGES

LEVÉLA SZERKESZTŐSÉGHEZ

Dr. Kedvessy György: Gyerek, gyermek?

112

LETTER TO THE EDITORIAL STAFF

G. Kedvessy: Different interpretations of the word „child” in Hungarian

HÍREK

(Részletesen lásd a tartalomjegyzék végén)

113

NEWS

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI

117

NEWS OF DRUG REGISTRATION AND THAT OF PUTTING IN TO CIRCULATION

SZAKIRODALMI TALLÓZÓ

120

CLEANING IN THE PROFESSIONAL PHARMACEUTICAL LITERATURE

Kitekintés – Cím bibliográfia – A hónap molekulája – Mírói írt az „A Gyógyszerész” 50 éve? – Helyesírás - helyes írás? – Könyvismertetés

Survey of professional political reports in foreign periodicals
Title bibliography – Drug molecules of the month – The topics of Hungarian professional journals 50 years ago? – Orthography – and the right way of writing – Bookreview

HÍREK: Gyógyszerészek Országos Kongresszusa – A Magyar Gyógyszerészeti Társaság elnökségi ülése – Pharmagrad továbbképzés asszisztenseknek – Suprax a Richter új terméke – Újabb fejlesztések a Chinoin-ban – Gyógyszerész nagycsaládos kirándulás Ausztriába a Pharma Tours Kft. szervezésében – In memoriam – Közérdekű közlemények

Értesítés évfolyamtalálkozóról

Ezúton értesítjük a **Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Karán 1972-ben** végzett évfolyamtársainkat, hogy

1998. május 16-án (szombat) évfolyamtalálkozót tartunk.

Mielőbbi jelentkezéseket várjuk az alábbi címen:
dr. Hetényi Ferenc, Ewopharma Információs Iroda, 1255 Budapest. Pf. 110.

„GYÓGYSZERÉSZET” a Magyar Gyógyszerészeti Társaság lapja

Kiadja a Magyar Gyógyszerészeti Társaság, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Telefon: 118-1573

Felelős kiadó: Dr. Vincze Zoltán

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung: H-1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Előfizethető: Gyógyszerészeti Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. belföldi postautalványon vagy átutalással az MGYT átutalási számlájára: OTP V. kerületi fiók, Budapest, Deák Ferenc u. 7-9.

MGYT elszámolási számla: 11705008-20425230. Adóigazolási szám: 19000754-2-41

Előfizetési díj: egész évre 9000 Ft + 12% ÁFA. Egy példány ára: 750 Ft + 12% ÁFA.

Készült 2900 példányban a PHARMAFONTANA Gyógyszerészeti Részvénytársaság Kiadó gondozásában.

Monthly journal. Subscription: Batthyany Kultur-Press Kft. H-1251 Budapest 11.

P. O. Box: 30. E-mail: batthyany@kultur-press.hu.

Műszaki szerkesztő: Molnár Zoltán

Sokszorosítás: Egri Nyomda

A kéziratok és mellékleteinek őrzését vagy visszaküldését nem vállaljuk.

Index: 25 362

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 67–71. 1998.

A sokarcú szelén

Dr. Vetter János

A legtöbb ásványi elem szerepéről egyre több információ van, melyek a növényekre, állatokra, vagy éppen az emberre gyakorolt hatásukra vonatkoznak. A különböző ásványi elemek szerepének értékelése napjainkban környezetvédelmi okok miatt is egyre fontosabb. E közlemény célja egyrészt az, hogy felhívja a figyelmet a szelén igen sokrétű biológiai szerepére s ennek következményeire, másrészt, hogy el tudjunk igazodni a szakirodalom egyre sűrűbbé váló dzsungelében.

1. Kémia – dióhéjban

A szelén a periódusos rendszer VI. csoportjában, a kén és a tellúr között helyezkedik el, és külső elektron héjának hasonlósága miatt, fizikai-kémiai tulajdonságai hasonlók ezekéhez. A szelén több oxidációs állapotban (-2, 0, +4, +6) létezhet. Nincs természetes radioaktív izotópja, de neutronaktivációval ilyenek előállíthatók, s közülük a ⁷⁵Se a leghosszabb fél-életidejű (120 nap). Ezt használják jelzéses kísérletekben, valamint a Se-tartalom neutronaktivációs analízissel történő meghatározásakor. A +6 (szelenát) állapotú szelén, mind lúgos, mind pedig oxidatív feltételek között stabil. Előfordul tehát lúgos jellegű talajokban, ahol oldható és könnyen felvehető a növények számára. A +4-es oxidációs állapotú szelén a szelenitek alkotója. Lúgos körülmények hatására, oxigén jelenlétében, lassan oxidálódik. A szelenitek erősen kötődnek a vas- és az alumínium oxidokhoz, tehát a talajban oldhatatlanok, s nem fordulnak elő a természetes vizekben sem. Az elemi állapotú szelén – hasonlóan a kénhez – különböző allotrop módosulatokban fordul elő. A szelén -2-es oxidációs állapotát a hidrogén szelenid és más fém szelenidek képviselik, előbbi szobahőmérsékleten gáz és toxikus hatású.

Az élő természetben, azaz növényekben, állatokban és egyes mikroorganizmusokban a szerves kénvegyületek sokféle szelén analógja fordul elő.

2. Természetes szelénforrások

A különböző kőzetek szelén koncentrációja legtöbbször kevesebb, mint 1 mg/kg, az üledékes kőzetekben azonban 1 és 100 mg/kg között változhat. Egyes talajtípusokon Se-hiányos növények nőnek. E talajok kialakulásában meghatározó szerepe van a csapadékviz viszonyoknak, a pH-nak, a klímának és más tényezőknek.

A különböző növényfajok erősen különböznek a szelénfelvétel és az esetleges akkumuláció képességét tekintve. Az **I. táblázat** adatai mutatják be azt, hogy míg a legnagyobb felhalmozást mutató csüdfű (*Astragalus*) fajok

akár 4000 ppm (azaz mg/kg) szelén koncentrációjuk is lehetnek, az ugyanazon talajon növő kukorica vagy napraforgó csak ennek 400-ad vagy csak 2000-ed részét tartalmazza. A növényfajokat éppen e tulajdonságuk alapján csoportosíthatjuk Se-dúsító és Se-t nem felhalmozó fajokra.

I. táblázat

Azonos talajon nőtt, Se-t felhalmozó és fel nem halmozó növényfajok szeléntartalma

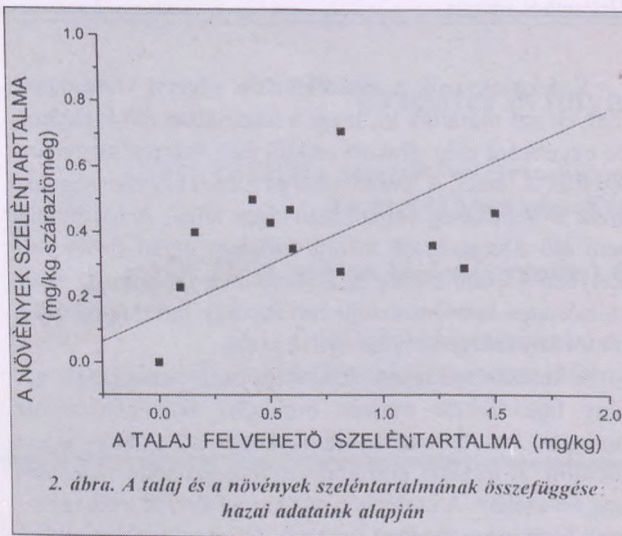
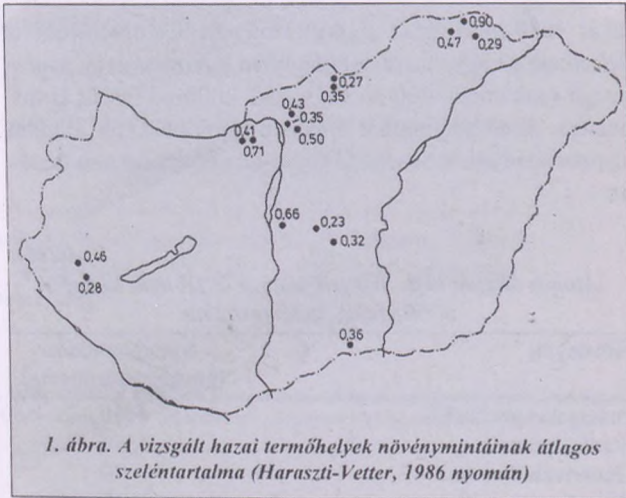
Növényfaj	Szeléntartalom (mg/kg száraztömeg)
<i>Astragalus pectinatus</i>	4000
<i>Stanley pinnola</i>	330
<i>Gutierrezia fremonti</i>	70
<i>Zea mays</i>	10
<i>Helianthus annuus</i>	2

Érdekesek azok a tanszékünkön végzett vizsgálatok, melyek azt mutatták ki, hogy a hazánkban élő kisszámú, de egyébként elég gyakori csüdfű faj (*Astragalus glycyphyllus*, *A. cicer*, *A. onobrychis* és mások) egyike sem tartozik a nemzetség felhalmozó fajai közé. A hazánkban nem élő *Astragalus*ok között azonban olyan faj is van, melyben 15 000 mg/kg szeléntartalmat mértek. Az ilyen szélsőséges koncentrációjú növényeket tartalmazó állati takarmány mérgező volta nyilvánvaló.

A keresztesvirágúak (*Brassicaceae*) családjának néhány faja (fekete mustár, brokkoli) akár néhány száz mg/kg Se-is tartalmazhat, illetve képes ezt a mennyiséget tolerálni. A legtöbb kultúrnövényünk azonban nem halmoz fel szelént. A szelénben gazdag növények létét századunk harmincas éveiben fedezték fel, pontosabban akkor jelentkeztek azok a tömeges, állomány méretű megbetegedések, szelén mérgezések, melyeket egyes területek növényei okoztak. A növényekben előforduló, az állati szervezetek számára még elviselhető Se koncentráció 1–5 mg/kg között változik.

Éppen állategészségügyi érdekek indokolták azt a vizsgálat sorozatot, melyet hazai gyepeink leggyakoribb fajainak Se-tartalmával kapcsolatban végeztünk néhány éve. A vizsgálatok során nemcsak az egyes gyeptársulások hat-tíz növényfaját, hanem a gyepek talajának Se-tartalmát is meghatároztuk. A növény mintákat rendszertani hovatartozásuk szerint csoportosítva (**II. táblázat**) nagyobb, jellemző különbséget nem állapíthattunk meg, a gyomfajok Se-tartalma azonban némiképp magasabbnak bizonyult (pl. a galaj fajoké). Ha a mintavételi helyek szerinti, átlagos szeléntartalmat kiszámítjuk, 0,23 és 0,90 mg/kg

közötti értékeket kapunk (1. ábra), melyek hazánk különböző tájegységein igen szeszélyes elhelyezkedést mutatnak. A talaj és a növények Se-tartalma közötti kapcsolat létét a termőhelyeken vett talajminták és az adott helyen nőtt növények átlagos Se-tartalma közötti összefüggés révén vizsgáltuk. A 2. ábra adatai szignifikáns kapcsolatot jeleznek, vagyis a szelént nem dúsító fajok esetében javarészt a talaj felvehető szeléntartalma határozza meg a rajta növő növények Se-koncentrációját.



II. táblázat

Egyes növénycsoportok átlagos szeléntartalma hazai növénygyűjtések mintáinak vizsgálata alapján

A vizsgált növénycsoport	Mintaszám	Átlagos Se-tartalom (mg/kg)
Pillangósok	41	0,42
Pázsitfűvek	39	0,32
Gyomfajok	35	0,58
Csüdfű (Astragalus) nemzetség	19	0,36
Here (Trifolium) nemzetség	16	0,42
Csenkesz (Festuca) nemzetség	9	0,37
Perje (Poa) nemzetség	7	0,37
Galaj (Galium) nemzetség	6	0,82

Egy másik vizsgálatsorozat alkalmával a leggyakrabban, vadon termő gombafajok szeléntartalmát is meghatá-

roztuk, s ezeket 0,01 és 20 ppm közöttinek találtuk. A nagyszámú gombafaj átlagos Se-tartalma azonban nem volt több, mint 0,2–0,4 mg/kg száraz tömeg. Néhány közönséges gombafajunk Se-tartalmát a III. táblázat adatai szemléltetik. Szembetűnő, hogy elsősorban néhány tinóru faj (Boletus edulis, B. luridus) emelkedik ki a nagygombák sorából jelentős Se-tartalmával. A tinóru fajok jelentékeny Se-tartalma (Se-akkumuláló képessége) hozzájárul e fajok egyébként is elismert táplálkozási értékéhez, hiszen hagyományos táplálkozásunkra (gabonafélék, burgonya stb.) inkább a kívánatosnál alacsonyabb Se-tartalom a jellemző. E gombafajok (vagy szárítmányuk) kiemelt gazdag Se-forrásnak tekintendők.

III. táblázat

Nagygombafajok szeléntartalma (Vetter, 1993 nyomán)

Gombafaj	Termőhely	Szeléntartalom (mg/kg száraztömeg)
Lila pereszke (<i>Lepista nuda</i>)	Hüvösvölgy	10,2
Változékony tinóru (<i>Boletus luridus</i>)	Soroksári Bot. Kert	11,9
Közönséges vargánya (<i>Boletus edulis</i>)	Budai hegység	13,78
	Budakeszi	11,24
	Pilis hegység	30,18
Tővisalja gomba (<i>Clitopilus prunulus</i>)	Bükk hegység	4,9
Nagy őzlábgomba (<i>Macrolepiota procera</i>)	Karancs hegység	5,8
Vörösdő őzlábgomba (<i>Macrolepiota rhacodes</i>)	Lillafüred	7,6

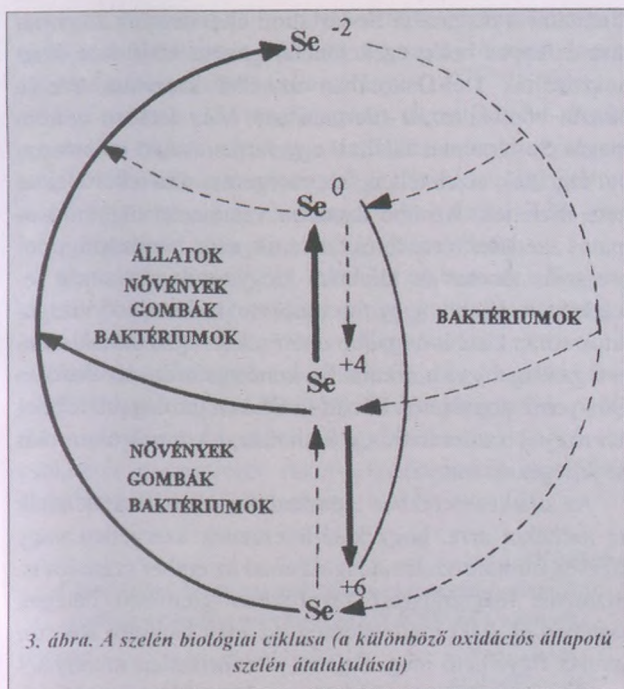
3. Biológiai szelén ciklus

A szelénnek a természetben megfigyelhető körforgását többen, többféleképpen próbálták meg ábrázolni, bár egyik séma sem teljes. Úgy tűnik, hogy a szelén számára több lehetőség is kínálkozik, amikor a geológiai közeg, a biológiai rendszerek, valamint az atmoszféra és a vizek között oszlik meg. Megfigyelhetők az oldhatatlan szelénformák, ilyenek az elemi Se, a vas hidroxidon megkötött szelén, továbbá a fém szelenidek, melyekből azután elég nehezen képes a szelén kioldódni és így más formába kerülni. Az oldhatatlan vegyületek képződése egy természetes detoxikációs folyamatot jelent. A Sriff által javasolt biológiai ciklust a 3. ábrán mutatjuk be.

A szelenitok és szelenátok redukciója közönséges és jól ismert folyamat, biológiai oxidációja azonban kevésbé bizonyított. Egy talajban élő baktériumfaj (*Bacillus megaterium*) képes oxidálni az elemi szelént szelenitté, és nyomokban szelenáttá is.

4. A szelén anyagcseréje

A Se anyagcseréjének folyamatait legteljesebb mértékben állatkísérletek révén ismerjük, míg a humán adataink száma kisebb. Az oldható Se-vegyületek felszívódása patkányok esetén igen jó hatásfokú, közel 90%-os. Legtöbb a patkóbélből, legkevesebb az éhbélből szívódik fel, míg a gyomorból látszólag nincs Se-felvétel. A felszívódás fontos sajátága, hogy függetlennek látszik attól, hogy az állat



előzőleg Se-hiányos vagy éppen Se-ben gazdag tápanyagon élt-e. Úgy tűnik, hogy az egygyomrú állatok (sertés) szelén felvétele jelentősebb, mint a kérődzőké.

A felszívódott Se a továbbiakban viszonylag gyorsan megoszlik a szövetek között. Állatkísérletek tanúsága szerint az egyes szervek szelén koncentrációja a következő sorrendben csökken: vesék > máj > hasnyálmirigy > tüdő > szív > lép > bőr > agy. A már felszívódott Se megoszlása viszonylag függetlennek látszik az adagolás formájától, irányától. A kísérleti adatok egyértelműen igazolták a táplálék és a vér Se-koncentrációja közötti összefüggést. A földrajzi-geológiai különbségek alapján kialakuló, különböző táplálék Se-szintek egyértelműen tükröződnek a vér Se-koncentrációjában. Sok mérési adat erősíti ezt meg az Egyesült Államok, Kína vagy éppen a volt Szovjetunió területéről.

Az emberi szervezetbe felvett Se-ből kb. 3–4-szer több ürül ki a vizelettel, mint a széklettel.

5. A szelén hatása az állati szervezetre

Az 1930-as években ismerték fel, hogy fontos használatunk egyes jól definiált megbetegedéseit krónikus szelénmérgezés okozza. Az utolsó két évtized intenzív kutatásai ugyanakkor mára már nyilvánvalóvá tették, hogy a Se létfontosságú mikroelemnek tekintendő.

A szarvasmarhák esetében a szelénmérgezés három formája ismert.

1. Akut mérgezés: melyet a magas Se-koncentrációjú, ún. „akkumulátor” növények fogyasztása okoz. Ilyenek lehetnek a korábban már bemutatott csüdfü (Astragalus) fajok. A mérgezett állatokon tapasztalt tünetek, vagyis az erőltetett légzés, az abnormális mozgás, a levertség, a kimerültség, a hasmenés, és a halál akár néhány óra múlva bekövetkezhet. Ez a szelénmérgezési típus elég ritka, mert a legelő állatok az „akkumulátor” fajokat általában elkerülik.

2. „Vak tántorgás”-t észlelnek olyan esetekben, ha kisebb mennyiségben, de hosszabb időn át fogyasztanak az állatok Se-t felhalmozó növényeket. Az állatok elkószálnak, botorkálnak, látásuk meggyengül, sokszor összeroskadnak, légzési nehézségek lépnek fel. Ez a mérgezési típus előidézhető az akkumulátor növényekből készült kivonattal, de nem fokozható tiszta Se-vegyületek adagolásával. Ez csak az esetben érhető, ha feltételezzük, hogy a növényekben lévő egyes hatóanyagok (alkaloidok vagy más anyagok) szintén közrejátszhatnak a mérgezés kialakulásában.

3. Az ún. „alkalikus betegség” következménye lehet az 5–40 mg/kg Se-tartalmú növényi anyag tartós, több héten, hónapokon át tartó fogyasztásának. Az állatoknál máj elváltozások, sántaság, szőrvesztés, lesóványodás figyelhető meg.

A szelén mérgező hatásának mechanizmusa ma sem teljesen ismert. Az biztos, hogy a különböző Se-vegyületek (hidrogén-szelenid, szelenomethionin, Se-dioxid) egészen különböző módon hatnak. Valószínűnek látszik, hogy a szelén a szulfhidril (-SH) tartalmú enzimeken részben helyettesíti a ként és hatással van a glutation anyagcserére.

5.1. Szelénhiány

A szelén kedvező táplálkozás-élettani hatását elsőként 1957-ben írták le, megállapítva, hogy a Na-szelenit kivédi az E-vitamin hiányos patkányok májának elhalását. Ezt követték azon felismerések, melyek haszonállatok, Se-hiányt követően tapasztalható, E-vitaminnal összefüggő betegségeire vonatkoznak (juhok és szarvasmarhák izom disztrófiája, sertések hepatitis dietetica-ja). Az E-vitamin és a szelén látszólag azonos hatása mellett mégis egyértelmű, hogy a megfelelő E-vitamin ellátásban részesülő állatok számára is szükséges a szelén. Fontos kérdés, hogy mekkora az a kritikus Se-szint, mely alatt a hiánytünetek biztosan jelentkeznek. Amerikai adatok ezt a kérdéskörnél 0,02 mg/kg, a csirkénél 0,03–0,05 mg/kg közötti értékre teszik. A takarmányokba javasolt értékek – logikusan – ennél magasabbak: 0,1–0,2 mg/kg (szarvasmarha, baromfi).

A szelén szerepének megértése szempontjából döntő volt annak a felismerése, hogy alkotója a glutation peroxidáz nevű enzimnek. Ilyen minőségében véd az oxidatív hatások ellen, a hidrogén-peroxid vagy a lipid hidroxiperoxidok lebontásának katalizálásával. Az a tény, hogy a szelénnek csak egy része (patkányban pl. az összmennyiség egyötöde) alkotója a glutation peroxidáznak, világosan utal az elem egyéb lehetséges szerepére. Kutatási adatok szerint szerepe lehet a máj mikroszóma frakcióinak elektrontranszport rendszerében. Nyulaknál a szelén fokozta a retina fényérzékenységét, s így megváltozott az elektroretinogramon látható hullámok képe (bár kétségtelen, hogy ilyen hatás eléréséhez elég magas Se dózis szükséges). A szelénnek a szaporodási folyamatokra gyakorolt hatása is elég régóta szerepel a vizsgálatok céljaként. A patkány hímvarsejtek mozgékonyasága Se-hiányos táplálkozás esetén lelassul, ráadásul a sejtek egy részénél a fark közelében törések következnek be. Bár a szelén ivar-

sejtek morfológiájára gyakorolt hatásának nem ismert a mechanizmusa, a szervezetbe juttatott radioaktív szelenit 40%-a a herékben található. Sikertelen kimutatni egy olyan szelenopeptidet (molekula tömege 17000), melynek szerepe lehet a hímivar-sejtek normális farokszerkezetének kialakulásában. Bár a szelénnel nem lehet kivédeni az E-vitamin hiányos patkányok vemhességi rendellenességeit, vagy az ilyen baromfiak szaporodási zavarait, kimutatható volt a baromfi tojás termelésére gyakorolt kedvező hatás.

5.2. A szelén citotoxicitása

Már 1967-ben kiderült, hogy a szelenát kezelés genetikai hatással jár, mert növekvő koncentrációja jelentősen befolyásolja a kromoszómák átkereszteződésének („crossing over”) arányát. Igen különböző biológiai objektumokon lehetett szelén (szelenát) kezeléssel kromoszóma rendellenességeket és a sejtosztódás gátlását előidézni. Az emberi fibroblasztok DNS-ének fragmentációja és egyéb kedvezőtlen jelenségek következményei lehetnek a szelén kezelésnek.

Természetesen a szelénnel, mint annyi más faktoral kapcsolatosan is felmerült a karcinogenitás, illetve az antikarcinogén hatás lehetősége. Sokan és sokféle módon vizsgálták a Se rákkeltő hatásának a lehetőségét. Egyes kísérleti eredmények kimutattak bizonyos összefüggést a Se alkalmazása és a kialakult karcinoma között, de a megismételt kísérletek ezt egyértelműen megerősíteni nem tudták. Akár a táplálékkal, akár az ivóvízzel juttatták be a kísérleti állatok szervezetébe a szelént, nem alakultak ki rákos daganatok.

5.3. A szelén védőhatása

Igen érdekesek azon eredmények, melyek a Se védőhatásával kapcsolatosak. Toxikológiai kísérletek szerint a higanymérgezéssel szemben hatékonyan bizonyult a szelén. A táplálékkal bejuttatott Se csökkenti az igen veszélyes metil-higany krónikus toxicitását. Bár e folyamat mechanizmusa is kérdéses, adódhat a feltevés, hogy az E-vitamin és egyes antioxidánsok úgy csökkentik a toxicitást, hogy a szabad gyökök egy részét hatástalanítják. A patkányokba juttatott Se valószínűleg úgy véd a kadmium mérgező hatásával szemben, hogy a Cd a kisebb molekulatömegű fehérjékkel alkotott komplexekből nagyobb molekulatömegű fehérjékhez kapcsolódik. A kadmium-szelén antagonizmus fontos lehet az ember egészsége szempontjából is. Valószínű egyébként, hogy más nehézfémekkel (ólom, tallium, ezüst) kapcsolatosan is fennáll a kisebb-nagyobb kölcsönhatás lehetősége.

5.4. A szelén hatása az emberi szervezetre

Amikor nyilvánvalóvá vált, hogy a magas szeléntartalmú növényekkel etetett állatoknál betegség lép fel, nagyobb érdeklődés fordult – különösen az érintett régiókban – az emberi szervezetre gyakorolt hatás felé. Az első időben nemigen tudtak fellelhető jeleket, összefüggéseket

kimutatni a magasabb Se-tartalmú élelmiszerek fogyasztása és egyes betegségek tüneteinek között. 1940-ben diagnosztizálták Dél-Dakotában az első krónikus, szelén okozta bőrelváltozást (dermatitist). Más esetben extrém magas Se-tartalmat találtak egy farmercsalád valamennyi tagjának vizeletében, bár mérgezési tüneteket eleinte nem észleltek. Később azonban valamennyiükön folyamatos szédülés, érzékelési zavarok, erős báyadtság, depressziós tünetek és lélektani kiegyensúlyozatlanság jelentkeztek. Újabb, nagyobb csoportokra kiterjedő vizsgálatok során kisebb-nagyobb eltéréseket regisztráltak a Se-ben gazdagabb és a normál Se-koncentrációjú területeken élő gyerek populációk között (a Se-ben gazdagabb területen nagyobb a dermatitis, a hajhullás, a körmök abnormális jellegének aránya).

Az állatkísérletekben tapasztalt kedvező hatások adták az indítékot arra, hogy kísérletezzenek szervesen vagy szervetlen formájú szelén adagolásával az ember számára is. Bizonyos idegrendszeri zavarokban szenvedő betegek esetében pl. 0,05 mg/testtömeg kg adag hatására sokszor javulás figyelhető meg. Sajnos, ellenőrizetlen mennyiségű tartalmazó szeléntabletták szedése többször okozott már mérgezést, a korábbiakban leírt tünetekkel. A gyógyászati hasznosításra alkalmazott napi szelén adag legfeljebb 500 µg lehet, a javasolt adag azonban 50 és 150 µg között legyen. A kívánatosnál nagyobb szelén terhelés esetén – mint azt felmérő vizsgálatok bizonyították – egyértelmű, negatív hatás mutatható ki a fogszuvasodás előfordulási arányában.

Végül, tekintsük át azt a kérdést, hogy milyen tények utalnak az elem ember számára nélkülözhetetlen jellegére. Bár egyértelmű patológiás bizonyítékok nincsenek a szelénhiány súlyos következményeire, több tény szól az elem feltétlen szükségessége mellett. Az emberi vörösvértestekből izolált glutation peroxidáz enzim pl. kb. ugyanolyan mennyiségben tartalmaz szelént, mint az állati szervezetek hasonló enzime. Sejt kultúrákban szelén szükséges az emberi fibroblastok növekedéséhez. Az elégtelen Se-ellátás következményeit, jeleit több helyen vizsgálták. A Se-hiányos vidékeken sokszor tapasztaltak bizonyos izomműködési problémákat, melyek szelén adagolásra azonnal megszűntek. Csecsemők és kisgyerekek anyagcseréjük nagyobb intenzitása miatt, különösen érzékenyek lehetnek a Se-hiányra. A **IV. táblázat** adatai a különböző korosztályok számára javasolt, napi Se-felvétel mennyiségéhez adnak támpontot. A szükségesnél kisebb, hosszabb ideig tartó Se-felvétel egyik következménye a Kínában leírt „Keshan betegség”. Ezt a betegséget Északkelet-Kína Heilongjiang tartományában, először 1907-ben írták le. Tünete az akut vagy a krónikus szívelégtelenség, szív-megnagyobbodás, ritmuszavarok. Formái: akut, szubakut, krónikus és látens megbetegedés. A korábbi években számos tényezőt gyanúsítottak (különböző szerves és szervetlen anyagokat, még mikotoxinokat is) a megbetegedések elsődleges kiváltójaként. Napjainkra már egyértelmű, hogy jelentős különbség van az érintett és más területek lakóinak Se-vérkoncentrációja között (kb. háromszoros a Se-szint a nem érintett területek, egészséges lakóinak vérében). Jelentősen alacsonyabbnak bizonyult az érintett

területek alapvető élelmiszereinek Se-koncentrációja is. A szelén-kiegészítés nagy létszámú kísérleti csoport esetén egyértelműen pozitív hatású volt.

Egy másik humán megbetegedés, az ún. „Kashin–Beck” szindróma esetén is (ez egy, szintén bizonyos tájegységekhez kötött ízületi megbetegedés) hasonlóan egyértelmű összefüggés látszik az alacsonyabb Se-szinttel. A Na-szelénit megelőző, gyógyító céllal jól használható.

Statisztikai felmérések 1969 óta utalnak arra, hogy az alacsony Se-szintű területeken nagyobb gyakorisággal észlelhetők különböző, rákos jellegű megbetegedések. A sokféle vizsgálat egyik megállapítása, hogy a szelén fontos (bár nyilván nem egyedüli) szerepet játszhat pl. a májrák etiológiájában, valamint hogy az alacsony Se-felvétel csökkenti a szervezet rákot okozó stressz hatásokkal szembeni ellenálló képességét.

IV. táblázat

A különböző korcsoportok számára javasolt optimálisan szükséges szelén mennyiség (US NAS/NRC alapján)

Csoport	Kor (évek)	Napi szelén szükséglet (µg)
Csecsemő	Féléves korig	10–40
	Féléves–egyéves korig	20–40
Gyermek	1–3	20–80
	4–6	30–80
	7-től	50–200
Felnőtt		50–200

Az USA-ban végzett felmérések során kapcsolatot mutattak ki bizonyos szívbetegségek okozta halálozási arány és a terület szelén tartalma között: az alacsonyabb szelénellátás magasabb halálozási aránnyal jár együtt és fordítva. Ugyanakkor viszont nem találtak különbséget pl. a szívinfarktusból vagy más betegségekben elhunyt betegek szöveteinek szelén koncentrációja között. Az infarktos betegek szelén vérszintje viszont alacsonyabb volt az egészséges felnőttekéhez képest. Másrészt finnországi, angliai és új-zélandi vizsgálatok ezt a tendenciát nem tudták megerősíteni.

A fentiekben megpróbáltuk sok példával bemutatni a szelén valóban sokféle hatását, jelentőségét, sokarcú jellegét. Ez az ásványi elem is a talaj–növény–állat–ember tápláléklánc formájában vesz részt az ökoszisztéma sokféle anyagcsere-folyamatában. E folyamatok némelyike negatív, mások pozitív értelemben fontosak számunkra, még akkor is, ha a szelén sokrétű biológiai hatása még napjainkban is sok felderítetlen elemet tartalmaz.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. *Girling, G.*: Selenium in agriculture and environment. *Agricult. Ecosys. Environment* 11, 37–64 (1984) – 2. *Haraszti E. Vetter J.*: Hazai gyepek szelénellátottságának vizsgálata. *Állattenyésztés, Takarmányozás* 35, 513–521 (1986) – 3. *Pais I.*: A mikroelemek jelentősége az életben. *Természet Világa* 123, 507–509 (1992) – 4. *Vetter, J.*: Prüfung des Mineralstoffgehaltes von höheren Pilzen. *Int. J. Mycol. Lichenol* 4, 107–135 (1989) – 5. *Vetter, J.*: Selenium content of higher fungi. *Acta Alimentaria* 22, 383–387 (1993). – 6. *Underwood, E. J.*: Trace Elements in Human and Animal Nutrition, Academic Press, N. Y., 1977. pp. 302–346. – 7. *Mertz, W.*: Trace Elements in Human and Animal Nutrition (Levauder, O. A.: Selenium) Academic Press, N. Y., Vol. II. 1986. pp. 209–266 – 8. *Adriano, D. C.*: Trace Elements in the Terrestrial Environment, Selenium, Springer, N. Y., 1986. pp. 391–420 – 9. *Varga, M.*: A kén főltestvére a szelén, *Természet Világa*, 1985 (7), 304–307.

J. Vetter: *The multiple role of selenium*

Different chemical properties and biological effects of selenium are summarized. Natural selenium sources, the distribution and accumulation of this element in plants and fungi are not only chemical and phytochemical problems, but have a number of environmental and toxicological aspects too. The relative by high Se-accumulation of *Boletus* mushrooms seems to have a positive effect on human health. The very low and the very high Se-concentration of forage can cause different symptoms at animals and humans. The protective effect of Se and the requirement of this element for animal and human metabolism are discussed in this article.

Állatorvostudományi Egyetem Növénytan tanszék, Budapest, Rottenbiller u. 50. – 1077

HELYREIGAZÍTÁS

A *Gyógyszerészet* 1998. évi 1. számának 31. oldalán a „125 éve” alcím alatt hibásan jelent meg az 1873. július 10-én született *dr. Emszt Kálmán* (1873–1957) neve *dr. Ernszt Kálmán* – néven.

Vérkészítmények alkalmazása, korszerű transzfúziós terápia

I. rész

Dr. Láng Csaba

A szerző ismerteti a transzfúziós terápia során leggyakrabban használt vérkészítményeket, utalva alkalmazási területükre. Részletezi a vérátömlesztés lehetőségeit. Bemutatja a vértranszfúzió kockázati tényezőit, leggyakoribb szövődményeit.

Vérátömlesztésen (vértranszfúzió) a gyógykezelés alatt álló személy érrendszerébe történő vér vagy vérkészítmény (vérkomponens) bevitelét értjük.

Vérátömlesztés a szakma szabályai szerint kivizsgált és egészségesnek talált donoroktól vett vérrel vagy vérkészítménnyel történhet.

A vérátömlesztés a klinikai orvostudomány minden területén használatos, nélkülözhetetlen, de nem veszélytelen beavatkozás. Ezt mutatja a vértranszfúzió tudományának, a transzfúziológának a története is. Az emberiség régen rájött, hogy a vér az élethez nélkülözhetetlen. A vértranszfúzió első leírása 1492-ből származik. E szerint VII. Ince pápa gyógyítására kísérelték meg 3 fiatal ember vérért felhasználni, sikertelenül. A három donor és a pápa belehalt a kísérletbe.

Az első sikeres, emberből emberbe adott transzfúziót *Blundell* hajtotta végre 1814-ben. Ő szögezte le először, azt is, hogy embernek csak embervért szabad adni.

Az első keresztpróba leírása *Ehrlich* és *Morgenroth* kísérletes munkájához fűződik. Ugyanazon állatfajták különböző egyedeinek vörösvérsejtjeit és sérumát összekeverve egyes esetekben nem következett be változás, míg más esetekben haemolysis iszlelték.

Évszázadok alatt rengeteg kísérlet, próbálkozás eredményeként jutott el az orvostudomány arra a jelenlegi szintre, hogy a tömeges vértranszfúziók dacára ritkák a szövődmények. 1914-ben rájöttek, hogyan lehet gátolni a véralvadást. 1937-ben *Tiselius* az elektroforézist felfedezve tette lehetővé a plazmafahérjék elválasztását stb. A vértranszfúzió problémáit, lehetőségeit kutatók közül mindenképpen említést érdemel *Landsteiner*, aki elsőként mutatta ki a természetes emberi ellenanyagokat 1900-ban, felfedezve az *A*, *B*, *AB*, *0* vércsoportokat. Ezért a felfedezéséért 30 évvel később méltán kapott Nobel-díjat. Ugyancsak *Landsteiner* és munkatársa *Wiener* fedezték fel és írták le az Rh (D) vércsoportot 1940-ben.

Alapelvek

A vérátömlesztés alapelvei az utóbbi három évtized alatt lényegében nem változtak. A vérátömlesztés mindig szubsztitúciós kezelés: csak a hiányzó vagy funkcióképtelen alkotóelemeket kell pótolni. Teljes vér transzfúziója csak hypovolaemiás sokkhoz vezető akut vérzés vagy cse-retranszfúzió esetén indokolt. A teljes vér még ilyenkor is pótolható vörösvérsejt koncentrátum, krisztaloid és albu-

min adásával. Ha a vérkészítmények rendelkezésre állnak, a friss vér adását semmi sem indokolja (sőt káros hatásai lehetnek). Ugyancsak korszerűtlen a fagyasztott vagy folyékony plazma transfundálása. Friss fagyasztott plazma adása rendkívüli esetben lehet indokolt.

Felesleges transzfúziót eredményez, ha az alapbetegség és a klinikai állapot figyelembevételével nélkül csak a laborlelet értékeit kívánják korrigálni. Minden beteg egyedi eset, gondosan mérlegelni kell állapotát, *nem szabad csak a laborlelet alapján transfundálni!* Krónikus citopéniákban ill. a plazmaalkatrészek krónikus hiánya esetén a beteg szervezete általában kompenzálja ezt az állapotot, dinamikus egyensúly alakul ki, mely a beteg állapota, élet-tani működése szempontjából kielégítő. A hiányzó véral-kotórész pótlására csak állapotának megváltozása, műtét, fokozott stressz állapot stb. esetében kell sort keríteni. A kezelő orvosnak gondosan mérlegelnie kell a várható haszon és kockázat figyelembevételével a rendelkezésére álló lehetőségeket, és ha szükséges, kellő időben és mennyiségben a hiányzó és megfelelő vérkomponenst kell pótolnia [1].

Vérkészítmények

A vérkészítmények tágabb értelemben gyógyszerkészítmények. Ez persze nem ilyen egyértelmű, hiszen a plazma alkotórészekről az élő sejt készítményekig terjed a spektrumuk. Az élő sejtek transfundálása során szövet, (szerv) átültetése történik. Tágabb értelemben a csontvelő átültetésre alkalmazott, perifériáról citaferezissel nyert őssejt koncentrátum is vérkészítménynek tekinthető.

A vérellátó intézményekben előállított vérkészítmények száma a kódjegyzék alapján meghaladja a 370-et. Ennek a nagy számnak nincs klinikai jelentősége, a vérkészítmények térítési díját szabályozó rendelet 20 készítményt tartalmaz. A transzfúziós szabályzat 16 félé leggyakrabban használatos vérkészítményt ismertet. Ezekben felül gyári előállítású plazmafrakciók (immunglobulin-, albumin-, alvadási faktor készítmények) tartoznak még a mindennapi gyakorlatban használatos vérkészítmények közé.

A vérkészítmények előállítása során a kitűzött célok:

- valamennyi fontos alkotó elem élet- és működőképességének fenntartása,
- az alkotórészek káros fizikai és kémiai változásának megelőzése,
- a baktériumok szaporodásának visszaszorítása.

A felhasznált antikoaguláns-, tartósító-, valamint reszuszpendáló oldatok gátolják a véralvadást, tápanyaggal látják el a sejteket anyagcseréjük folytatásához, valamint a tárolás alatt stabilizálják azokat [2].

Gyakran használt vörösvérsejt készítmények

Teljes vér

Általában különböző összetételű és térfogatú antikoaguláns-tartósító oldatba levett 450 ml (teljes) vér.

Transzfundálása nem javallott, elvétve alkalmazzák. Teljes vér adása csak hypovolaemiás sokk vagy csere-transzfúzió esetében lehet indokolt.

Helyettesítésére törekednek. Előnyösen pótolható vörösvérsejt koncentrátum és elektrolit oldat, valamint plazmapótló és albumin oldat adásával.

A *friss vér* igénye, alkalmazása különösen indokolatlan, a labilis véralvotórészeknek csak szűkös forrása. Az elégtelen szubsztitúció mellett súlyos veszélynek tesszük ki a beteget a keringés túlterhelése miatt is. Ezen kívül a friss vér egyéb veszélyforrásként is szerepel, mivel egyes vírusok és más mikroorganizmusok 4 nap alatt pusztulnak el a levett vérben. Így pl. friss vér transzfúziójával vihetünk át CMV fertőzést, amely különösen terhesség alatt jelent nagy veszélyt a magzatra, agyi károsítás miatt (a fertőzés az anyában általában tünetmentesen zajlik).

A korlátolt mennyiségben rendelkezésre álló teljes vér adása pazarlás, ha más gyógyító eszközzel pótolható.

Helyreállított vér

Speciális esetekben – mint pl. „motoros” szívűtét, újszülöttkori vércsere – alkalmazzák. Előállításánál során a teljes vér centrifugálása utáni, főként fehérvérsejt tartalmú vörösvérsejt-plazma határreteget nagyrészt eltávolítják, majd a plazmát visszatöltik.

Vörösvérsejt koncentrátum

Teljes vérből, lehetőség szerint a vételt követő rövid időn belül állítják elő. Alkalmazásának indoka a vér oxigénszállító kapacitásának növelése (kieső funkciók pótlása). 200 ml vörösvérsejt koncentrátum egy 70 kg-os ember hematokrit értékét kb. 3%-kal emeli meg. A megfelelő adalékokkal készült reszuszpendáló oldat használata esetén akár 35 napig is eltartható. A készítmény adásával a teljes vér transzfúziójának sok szövődménye elkerülhető. Különösen nagy jelentősége van ennek máj- és vesebeteg esetében, mivel a plazma eltávolítása során a készítmény mentesül a savanyú komponensek és az elektrolit nagy részétől is. Gyakran azonban az alapbetegség és szövődményeinek gondos megállapítása nélkül, a klinikai tünetektől függetlenül, csak a laboratóriumi leletre támaszkodva a perifériás vérszámot kívánják kiigazítani. Ez pazarláshoz vezet. Példa erre az újszülöttek – ma már természetesnek tartott – „fiziológias” vérszegénysége.

Ha az alacsony vörösvérsejt számot vértömlesztéssel felemelik – a transzfúzió egyéb veszélyei mellett – mesterségesen visszaszorítják a csecsemő saját vörösvérsejt termelését. Közismert, hogy a koraszülöttek alapanyagcseréje alacsony, így oxigén szükségletük is szerényebb. A szövetek oxigénhiányának hiányában nincs kellő mértékű erythropoetin képzés fokozódás. Ezért alacsony a hemoglobin szint és a vérszegénység ezért „fiziológias”. Az újszülötteknél gyakran okoz viszont vérszegénységet a sok, laboratóriumi vizsgálatra levett vér. Egyes szerzők szerint kis súlyú újszülöttek esetén a vérveszteség meghaladhatja a keringő vértérfogat másfélszeresét. Ezt persze pótolni kell, és ez már nem természetes.

Helytelen az a gyakorlat, ha műtétes osztályokon, nem sürgős műtét esetén a vérszegény beteget „feltranszfundálják”, majd megoperálják. A helyes eljárás az volna, ha a beteg vérszegénységének okát kutatnák. Miután a tapasztalat azt mutatja, hogy a többségükön ez az ok vashiány, ez esetben ennek megszüntetése, a vasraktárak ellenőrzött feltöltése után kellene őket visszarendelni műtétre. A műtétet megelőző 48 óránál korábban adott, vagy egy egység transzfúziója bizonyára felesleges.

Vashiányos betegek legritkább esetben szorulnak vörösvérsejt transzfúzióra. Hasonlóképpen felesleges az esetek többségében krónikus vérszegénységben a vörösvérsejt pótlás. Ezek a betegek állapotukat jól kompenzálják az általuk termelt fiatal vörösvérsejt populáció aktivitása következtében. Minthogy ily módon a szövetek vérellátása kielégítő, a vérszegénység csak laborlelet. Ezeknél a betegeknek jóval nagyobbak a transzfúzió veszélyei pl. a haemosiderosis, alloimmunizáció kialakulása stb. miatt. Az átömlesztett sejtek hamar elpusztulnak, ugyanakkor visszaszorul a saját erythropoiesis. (Ez utóbbi hasznos is lehet pl. sárgásbarna anaemiában, thalassaemiában.)

Különböző szervtranszplantációknál a korábbi transzfúziók legtöbb esetben rontják az esélyeket, de egyes speciális esetekben, mint pl. vese átültetésnél ez hasznos is lehet.

Meg kell említeni azt is, hogy a vörösvérsejt készítményekkel granulocyták is nagy számban kerülnek a keringésbe, és ezek a tüdőben kitépődve mikroembolusok keletkezését okozhatják, valamint súlyos és/vagy ismételt nem haemolyticus lázas szövődményt produkálnak. A tünetek csökkenthetők vagy megelőzhetők fehérvérsejt (fvs)-szegény vagy fvs-mentes vörösvérsejt (vvs) készítménnyel. A korszerű készítmények a plazma „teljes” eltávolítását és a határreteg mentesítést követően adenin tartalmú oldatba kerülnek reszuszpendálásra. A fehérvérsejt szám csökkentésének leghatékonyabb módja a szűrés erre szolgáló szűrőkkel. A szűrésnek két módja ismert. Az ágy mellett jobbnak és hatékonyabbnak tartjuk, ha a szűrést vértranszfúziós intézmény végzi. A szűrt vörösvérsejt koncentrátum indikációi közé tartozik a CMV átvitel, primer alloimmunizáció, lázas, nem haemolyticus szövődmény megelőzése.

Különleges, ritkán előforduló vércsoport-tulajdonságú vörösvérsejtekből tartalék képzésére, nem tervezhető műtétek autotranszfúziójához, vagy egyéb különleges esetben használjuk a glicerines védőoldatban lefagyasztott,

mélyfagyasztva tárolt, felhasználás előtt felolvasztott, glicerinmentesített vörösvérsejt koncentrátumot. Ez is fehérvérsejt szegény készítmény (a szűrt készítmény fehérvérsejt tartalma alacsonyabb).

A vörösvérsejt készítmények általános veszélyei:

- fertőzés átvitel (vírusok, baktériumok, paraziták stb.), immunológiai következmények, vasterhelés, kerin-gés túlterhelés,
- teljes vér adása esetén biokémiai szövődmények, kálium-, ammónia-, sav-túlterhelés,
- masszív transzfúzió esetén a hígulás miatt trombocytopenia, alvadási faktorok csökkenése,
- magas fehérvérsejt tartalmú készítmények esetén lázas, nem-haemolyticus reakció, tüdőödéma.

Thrombocyta koncentrátum

A thrombocyta koncentrátumok klinikai felhasználásának mértéke gyorsabban nő, mint bármely más vérkomponensé. A transzfúzió indokai azonban ellentmondások. Úgy látszik, sok esetben a transzfúzióra nem is lenne szükség. Nincs „kritikus” thrombocyta szám. A pótlás szükségességét elsősorban a beteg klinikai állapota és a vérzési idő határozza meg (itt is érvényes szabály, hogy ne a leletet, hanem a beteget transzfundáljuk)! A vérlemez-kék legfontosabb funkciója a vérzéscsillapításban, a primer haemostaticus dugó kialakítása és felület biztosítása a fibrin képződéshez. A dugó környezetében a vérlemez-kék összekapcsolódnak, aggregálódnak. A thrombocyta dugó jelentős prokoagulációs hatással is rendelkezik, mely arra szolgál, hogy a fibrin alvadék képződését lokalizálja. A thrombocyta szám vagy funkciózavar hatása előzetesen nehezen ítéltető meg.

A thrombocyta koncentrátumot thrombocyta dús plazmából vagy a teljes vér határretegéből állítják elő. Ezen kívül előállítanak vérlemezke készítményeket gépi aferezissel is. Ez azonban nagyon költséges, így csak különleges esetekben – HLA vagy thrombocyta ellenes antitesttel rendelkező ill. csontvelő átültetésre váró beteg esetében – alkalmazzák. Egy egység vérből előállított thrombocyta koncentrátum egy 75 kg-os trombocytopeniás beteg vérlemezke számát $5-10 \times 10^9$ /liter értékkel növeli [2]. A készítményt a vérvételtől számított 8 órán belül kell előállítani. Különleges, a termelő széndioxidot átengedő zsákban tartva 5 napon belül kell felhasználni.

Vérlemezke transzfúziójára lehet szükség trombocytopenia vagy kóros thrombocyta működés miatt fellépő vérzés kezelésére. [A trombocytopeniát akár súlyos fertőzés következtében nagy számban pusztuló trombocyták is eredményezhetik, de lehet az oka DIC (disseminált intravasculáris coagulatio), immunológiai probléma, – pl. thrombocyta ellenes anti-testek stb.] Leghasznosabb abban az esetben, ha a klinikai és a laboratóriumi lelet egyaránt arra utal, hogy az elsődleges véralvadási zavar oka a vérlemez-kék csökkent száma. Alkalmazása indokolatlan krónikus immunthrombocytopeniában. Ha mégis megkísérlik a terápiát, ennek következménye súlyos trombotikus szövődmény lehet. Az is előfordul, hogy az indokol-

tan alkalmazott megfelelő minőségű készítményt a szükséges dózisban hiába adják be, az mégis hatástalan. Ilyenkor tisztázni kell a refrakter állapot okát – ez meglehetősen nehéz feladat – és ennek megfelelően szükséges eljárni.

ABO csoportazonos thrombocyta készítményt kell alkalmazni, mert a vérlemez-kék felszínén az ABO antigének jelen vannak. [Rh (D) antigén a thrombocytán nem mutatható ki.] A megítélés legfőbb szempontja azonban a hozzáférhetőség. Sürgős esetben kedvezőbb, ha a beteg akár inkompatibilis készítményt is kap, mintha késedelmesen jut hozzá. Meg kell azonban jegyezni, hogy a plazma soha nem lehet inkompatibilis, ezért az inkompatibilis készítményt fiziológiás konyhasó oldatban kell reszuszpendálni.

Azokat a betegeket, akiknek fvs szegényített vvs készítményt adnak, thrombocyta pótlásként is ilyen típusú transzfúzióban kell részesíteni.

A thrombocyta koncentrátum profilaktikus alkalmazásának előnyeit – széleskörű használata ellenére – nem sikerült egyértelműen bizonyítani. Nincsenek jól bevált sé-mák, a thrombocyta terápiát a betegre szabva egyedileg kell kialakítani.

A thrombocyta transzfúziók általános veszélyei: fertőzések átvitele, immunológiai problémák, allergia, anaphylaxia.

Fehérvérsejt készítmények

A fehérvérsejt készítmények klinikai alkalmazása az utóbbi időben lényegesen csökkent. Alkalmazási területe lényegében a neutrofil granulocyták transzfúziója. Ezt lehetővé teszi, hogy a sejtek általában legalább 70%-a granulocyta. A granulocyták fő funkciója az idegen anyagok bekebelezése (fagocitálása, hasonlóan a monocytákhoz és makrofágokhoz), a bekebelezett anyagok lebontása (élő mikroorganizmusok esetében azok előzetes előlése után). Funkcionális szempontból legfontosabb alkotórészei a granulomok, melyekről a nevét is kapta. A granulomok tartalmazzák azokat az anyagokat – mérgek, enzimek –, melyek lehetővé teszik a mikroorganizmusok elpusztítását, az idegen anyagok lebontását.

Két fő készítménytípus van forgalomban. A „*Buffy-coat*” (határreteg, a teljes vér centrifugálás utáni sejthatárre-tege) a fehérvérsejteken kívül jelentős mennyiségű thrombocytát és vörösvérsejtet is tartalmaz, a granulocyta és thrombocyta szubsztitúció indikációjának együttes fennállása esetén alkalmazható.

Gyakrabban használt készítmény a *fehérvérsejt koncentrátum*. Ez aferezissel készül. Fvs tartalma legalább 1×10^{10} készítményenként. Vvs szennyezettsége általában jelentős. Alkalmazásának indokai lehetnek: kritikus szint alatti (kevesebb mint 0,5 G/l) potenciálisan reverzibilis granulocytaszám, súlyos granulocyta funkciózavar, mely kapcsán antibiotikumokra 48 óra után sem reagáló szepszis áll fenn. Nem bizonyult hatásosnak lokális fertőzések, ill. nem bakteriális fertőzések esetén, ezért bakteremia kezelésére kell fenntartani. Az utóbbi időben csök-

kentek alkalmazásának okai a javuló antibiotikus terápiás lehetőségek, ill. a készítmény szövődményei miatt. A fehérvérsejt készítmények magas vvs tartalma indokolja az AB0 ill. Rh azonos transzfúziót.

A fehérvérsejt készítmények általános veszélyei megegyeznek a thrombocytákonál leírtakkal, ez azonban kiegészül a granulocyták fokozott immunogenitása és a gyakrabban fellépő rezisztencia miatt. Fvs transzfúzióját követheti súlyos tüdő reakció (ARDS), HLA alloimmunizáció, sejthez kötött vírusok átvitele (CMV, EBV stb.), GVHD (graft versus host betegség) reakció, bizonyos gyógyszerek együttes alkalmazása során fellépő tüdő szövődmények.

Plazma készítmények

A plazma a vér folyékony eleme. Vízen és elektrolitokon kívül albumint, globulinokat, alvadási faktorokat és más fehérjéket tartalmaz. A plazma alkalmazása térfogat pótlásra nem javallt, de bizonyos esetekben egyes alvadási faktorok pótlására elfogadható. A legtöbb alvadási faktor hűtve tárolás esetén stabil, kivételt képez az V. és a VIII. faktor. A plazmafehérjék összmenyiségének csökkenése a hypoproteinaemia, gyakorlatilag csaknem minden esetben a plazmaszint csökkenése. Ezt kiválthatja éhezés, felszívódási zavar, a fehérjék fokozott lebontása vagy fehérjevesztés. Ez utóbbi általában vérzés vagy proteinuria következménye.

A transzfúziós szabályzatban a plazmakészítmények két fő típusa található. A friss fagyasztott plazma (FFP) a vérvételtől számított 18 órán belül előállításra és lefagyasztásra kerül. Sejtszegény, az alvadási faktorokat legalább 70%-ban tartalmazza. A fagyasztott plazma (FP) VIII. faktorban szegény, 18 órán túl fagyasztják le.

Az FFP indikációi: speciális alvadási faktor koncentráció hiányában annak pótlása, V. faktor hiánya, Syncumar hatásának azonnali gátlása, májbetegség. Klinikailag leginkább a komplex véralvadási zavarban szenvedő betegeknek alkalmazható jó hatásfokkal. Thromboticus thrombocytopeniás purpura (TTP) vagy haemolyticus uraemiás szindróma (HUS) esetében is FFP-t kell alkalmazni.

A folyékony plazma klinikai felhasználásának javallata csekély, ha egyáltalán létezik. (Ha albumin nem áll kellő mennyiségben rendelkezésre, sürgős esetben alkalmazása – remélhetőleg egyre ritkábban – előfordul.) Az FP-t, de az FFP túlnyomó részét is további feldolgozásra, frakcionálásra a gyártóhoz – nálunk a Human Oltóanyagtermelő és Gyógyszergyártó Rt.-hez – küldik albumin, alvadási faktor készítmények ill. immunglobulinok előállítására.

A plazmakészítmények veszélyei abból adódhatnak, hogy sohasem teljesen sejtmentesek. Több-kevesebb életképes lymphocytá lehet jelen és ez immunszuprimált egyénben GVHD betegséget okozhat (letalitása eléri a 90%-ot). A rendelkezésünkre álló fehérvérsejt-mentesítési eljárások nem elég hatékonyak, a szövődményeket a készítmények besugárzásával nagy valószínűséggel kivédhetjük.

Alvadási faktor készítmények

Krioprecipitátum (KRIO)

A KRIO a plazma hidegen oldhatatlan része. Nagy molekulású fehérjék, krioprecipitált antihaemophiliás faktor (AHF) koncentrátuma, mely alacsony hőmérsékleten, (1–6 °C) csapadékot képez, az FFP felolvasztása során ezen a hőmérsékleten kiválik.

A KRIO von Willebrand faktor (vWF), VIII. faktor, fibrinogén, XIII. faktor és fibronectin tartalmú. Az utóbbi időben háttérbe szorították a gyári, fokozott tisztaságú alvadási faktor koncentrátumok. Ma már nincs indikációja, bizonyos esetekben azonban alkalmazzák, így májtranszplantációkor és egyes szívűtétek esetében adják.

Nem vírusinaktivált, ezért nagy a vírusátvitel veszélye.

Vérzékenység esetében vírusmentes faktorkészítményeket alkalmaznak helyette.

Magyarországon 1985-ben a gyári, (nagy „pool”-ból előállított) alvadási faktor készítmények még nem voltak olyan széles körben elterjedtek, mint a fejlettebb országokban. Helyette a 4–8 végegységéből előállított krioprecipitátum került alkalmazásra, így többek között ennek is köszönhető, hogy kevesebb HIV fertőzést észleltünk vérkészítmények alkalmazásakor, még a szűrővizsgálatok megkezdése előtti időben is, mint tőlünk „nyugatabba”.

VIII. alvadási faktor koncentrátum

A VIII. faktor készítmények a *haemophilia A* (VIII. faktor hiányos vérzékenység, a „klasszikus hemofília”) kezelésére, a vérzések megelőzésére szolgáló gyógyszer. Az *A haemophilia* az egyik leggyakoribb, örökletes faktorhiány következtében fellépő vérzékenység. Az összes *haemophilia* kb. 80%-a ide tartozik. A terápia lényege a hiányzó faktor pótlása. A vérzés súlyosságától vagy a tervezett beavatkozástól függ, hogy milyen faktorszintre van szükség. Súlyos esetekben, mivel ilyenkor spontán vérzés is kialakulhat, az izületi vérzések elkerülésére rendszeres gyógyszeres kezelésre van szükség. Ma már a nem kívánatos mellékhatások (pl. allergizálódás, vírusfertőzések átvitele stb.) elkerülése érdekében nagy-tisztaságú, albuminmentes, vírusmentes VIII. faktor készítményeket alkalmaznak. (Ilyen készítmény hazánkban, a Human Rt. által előállított Humafaktor-8.) Még kevesebb mellékhatással rendelkező, de drágaságuk miatt egyelőre kevésbé alkalmazott, biotechnológiai eljárással előállított, monoklonális VIII. F készítmények is forgalomban vannak.

IX. alvadási faktor koncentrátum

A IX. faktor tartalmú készítmények a *haemophilia B* (IX. faktorhiányos vérzékenység) kezelésére szolgáló gyógyszerek. Az *B haemophilia* az *A haemophilia* előfordulási gyakoriságának csak kb. egyötöde. A terápia lényege itt is a faktorpótlás. Ugyanazok a megfontolások érvényesek, mint az *A haemophiliánál*, de VIII. faktor helyett IX. faktort kell alkalmazni. (A hazánkban gyártott világszínvonalú IX. faktor készítmény a *Humafaktor-9*.) A jövő itt

is a monoklonális, biotechnológiai eljárással előállított készítményeké.

Ritkábban alkalmazott alvadási faktor koncentrátumok

A teljesség kedvéért meg kell említeni, hogy a fentebb tárgyaltakon kívül még számos véralvadási faktor hiányos vérzékenység ismert. Hiányozhat a II., V., VII., X., XI., XII., XIII., faktor. A PCC (Protrombin komplex koncentrátum) II., VII., IX., X., faktor tartalmú, a benne lévő alvadási faktorok hiányát hivatott pótolni. Léteznek speciális alvadási faktor készítmények, de ha ezeket nem sikerül időben biztosítani, FFP-vel helyettesíthetők. Ritkán szükséges alkalmazni aktivált véralvadási faktort tartalmazó készítményeket, de ilyenek is vannak forgalomban. Meg kell jegyezni, hogy a vWF készítménynek a gyakorlatban minden esetben kell VIII-as faktort is tartalmaznia, ellenkező esetben a tapasztalat szerint hatástalan.

Az alvadási faktorhiány betegségben szenvedők 5–10%-ánál írtak le a transzfundált alvadási faktor ellen termelő ellenanyagokat. Megjelenésük nem függ a beadott készítmények számától, viszont az inhibitorok jelenléte a terápia hatékonyságát befolyásolja. Ilyen esetben jelentősen meg kell emelni az alkalmazott készítmény dózisát. Ez általában segít, de előfordul, hogy az immunszuppresszív terápiai lehetőséget is igénybe kell venni.

Az egyre javuló minőségű alvadási faktor készítményeknek köszönhetően a haemophiliások életkilátásai jelentősen megjavultak. Angol adatok szerint, míg egy haemophiliás beteg várható élettartama 1920-ban 11 év, 1965-ben már 57 év volt, jelenleg nem kevesebb, mint egy dohányzóé.

Albumin készítmények

A vérplazma kb. 5% fehérjét tartalmaz. Több mint 100 fehérjekomponenst tudunk megkülönböztetni. A fehérje 50–60 %-a albumin. Az albumin a legbiztonságosabb plazma expander. Indikációs területe igen széles. Alkalmazása javallt:

- hypoalbuminaemiás állapotban,
- tüdő- és agyödémában, valamint más olyan körkpekben, ahol az extravazális folyadékterekből vízelvonás a cél (diuretikum adására ilyenkor szükség lehet),
- hypovolaemiás és vérzéses sokkos állapotban,
- extracorporalis szívműtételnél krisztalloid oldattal együtt alkalmazva,
- súlyos akut pankreatitis és peritonitis esetén,
- akut májelégtelenségben,
- masszív plazmacserénél.

Az albumin transzfúziója indokolatlan, ha krisztalloid oldatokkal vagy plazmapótszerrel ugyanaz a hatás érhető el.

Az albumin transzfúziója nem javallt magas vérnyomás, akut veseelégtelenség, hypervolaemia esetében. Nagyfokú vérvesztéskor a sokk kezelésére vagy megelőzésére a 15–25%-os albumin oldat kerülendő. Ha a Rheomacrodex mellett albuminpótlásra is szükség van, 5%-os albumin oldatot célszerű adni.

3,5–25%-os albumin oldatok vannak forgalomban Plazmaprotein- vagy Albumin oldat néven. A Plazmaprotein oldatoknál gyakrabban észleltek mellékhatásként lázas reakciót.

Immunglobulin készítmények

A plazmafehérjék 10–15%-át immunglobulinok alkotják. A „normál” intramuszkuláris immunglobulin (gamma-globulin) nagyon nagy számú véradó plazmájából kerül előállításra. Indikációs területe jelentősen lecsökkent, tulajdonképpen csak a hepatitis A, és a kanyaró megelőzésére hatékony. A polivalens i.m. készítményekkel szemben specifikus ellenanyagokban gazdagabb, ilyen ellenanyag-tartalomra beállított, „specifikus”- vagy „hiperimmun” globulin készítményeket, ill. intravénásan alkalmazható immunglobulinokat (IVIG) alkalmaz a korszerű terápia.

A specifikus immunglobulinok betegségen átesett vagy immunizált véradók, általában plazmaferézissel nyert plazmájából kerülnek előállításra. Általában muszkuláris adagolásra szolgálnak, de ritkábban intravénásan is beadhatók. Az iv. adagolás előnye a kisebb szükséges dózis mellett az is, hogy a szükséges ellenanyag gyorsabban a megfelelő helyre kerül. Fő alkalmazási területük a homológ betegség megelőzése, ritkábban gyógyítása, mert a kialakult kórképet már csak kis mértékben tudják befolyásolni.

A legfontosabb specifikus ellenanyag-tartalmú készítmények:

Anti-D IgG, Rh izoimmunizáció megakadályozásra alkalmas Rh (D) negatív nő szülészeti eseménye ill. téves transzfúzió esetén.

CMV-IgG képes kivédeni a valamilyen okból csökkent immunitású betegek citomegalovírus fertőzését.

Hepatitis-B-IgG váratlan sérülés következtében beálló fertőzésveszély esetén, ill. HBsAg pozitív szülő nők immunizálásának kiegészítésére alkalmazható sikerrel.

Varicella-(zoster)-IgG a csökkent immunitású betegek fatálisá válható varicella infekciójában életmentő lehet, terhesség első harmadában megakadályozhatja a varicella-embriopathia kialakulását.

Tetanus-IgG életmentő lehet tetanusszal szemben oltatlan vagy hiányosan oltott személy sérülésekor.

Kullancs-encephalitis elleni immunglobulin, rutinszerű alkalmazását nem javasolják. Legfeljebb 3 hónapig jelenthet védelmet. (A kullancsot kell sürgősen eltávolítani, akkor nem marad ideje a fertőzéshez elegendő vírust átadni. Nagyobb valószínűsége van a fertőzésnek a kullancs által terjesztett borreliosis (Lyme kór) ami ellen nem véd az immunglobulin és védőoltás sincs. A fokozott kullancs-encephalitis ví-rusexpozíciónak kitettek aktívan célszerű immunizálni.

Pertussis-, Rubeola-, Rabies elleni immunglobulinok alkalmazására ritkán kerül sor és nagyon meggondolandó.

Az intravénásan alkalmazható immunglobulin készítményekkel szemben fokozott követelményeket kell támasztani. Nem tartalmazhatnak komplementet, aggregátumokat, és ezek kialakulásának megakadályozása is kö-

vetelmény. Miután gyakran a molekula enzimés kezelésével, kémiai átalakításával érik el ezeket a célokat, az inaktív molekulánál kisebb molekulásúlyú készítmények is forgalomba kerülnek. A molekulásúly csökkenésével azonban a készítmények keringésben eltöltött féléletideje lecsökken, azok esetleg nagyon rövid időn belül kiürülnek. Célszerű volna a humán IgG összes funkcionális és strukturális jellemzőjének jelen lennie. Egyes szerzők szerint azonban a rövid féléletidejű készítményeknek is meg lehet az indikációs területük. Tartalmazniuk kell viszont a teljes IgG spektrumot (ehhez nagyszámú donor plazmájából kell kiindulni), valamint mind a négy IgG alosztályt fiziológias eloszlásban.

Az IVIG specifikus és aspecifikus hatásokkal egyaránt rendelkezik. Specifikus hatása, hogy ellenanyagai reakcióba lépnek az infektív ágensekkel, a keringésben lévő toxinokkal, immunkomplexet képeznek patogén ellenanyagokkal, megkötnek keresztreakáló antigéneket.

Az IVIG terápia fő indikációs területei: immunhiányos állapotban pótlás, súlyos fertőzésben szupportív kezelés, immunpatológiai kórképekben immunmoduláció. (Fentiek kivül még számos más esetben sikeresen alkalmazható.)

Volumenpótlók és volumenexpanderek

A volumenpótló oldatok természetesen nem vérvkészítmények, a teljesség kedvéért azonban röviden meg kell említeni ezeket, mert a korszerű transzfúziós terápia nélkülözhetetlen kiegészítői. A bennük lévő makromolekula meghatározza hatásmódjukat (mint pl. volumen-expanszió, vízkötő kapacitás, kiürülési idő stb.).

A homológ vértranszfúzió veszélyeinek felismerése, a transzfúzió biztonságosságának időigénye, vércsoportok meghatározása, vérválasztás, a világ, az ország, a kórház vérvkészleteinek végeessége vezette rá az orvostudományt a volumenpótlás nem „véres” megoldásaira.

A volumenpótló szerek javallatai:

- akut volumenvesztés,
- égési, traumás, haemorrhagiás sokk megelőzése és kezelése
- prehospitalis volumenpótlás,
- tömeges sérülés (katasztrófa medicina),
- betervezhető műtétek előtti, közbeni és utáni volumenpótlás (szükség esetén megfelelő vérvkészítményekkel kombinálva).

(A nem volumenpótló javallatokról, pl. trombózis profilaxisról, itt nem esik szó.)

A volumenpótlók előnyei:

- nagy térfogat pótlására nyújt lehetőséget,
- a hemodinamikai paraméterek stabilizálhatók, (hemodilúció, növekvő szöveti perfúzió, növeli a szövetek oxigénfelhasználását),
- iparilag előállítható,

- állandóan készletben tartható,
- steril, pirogénmentes,
- hosszú tárolhatóság (szobahőn),
- nincsen vírusfertőzés átviteli veszély,
- a placentán nem hatol át,
- a mikrocirkulációt javítja,
- a vérvkészítményeknél olcsóbb.

A volumengátlók hátrányai: testidegen anyagok, keringés túlterhelés lehetősége, véralvadási potenciál csökkenése, egyes szervfunkciók befolyásolása, esetleges allergia, anaphylaxia, laborvizsgálatok esetleges befolyásolása.

Statisztika

A vérellátó szolgálat munkájáról 1996-ból összesített adatot nem találtam, ezért az alábbi számadatokat mutatom be.

1995-ben csaknem négyszázezer vörösvérsejt transzfúziójára került sor. Ebből a teljes vér aránya nem éri el az 1%-ot. Választott vérrel végezték a vérátömlesztések 67%-át.

Friss fagyasztott plazma transzfúziójára került sor kb. 112000 esetben. Fagyasztott plazma 20000 esetben került transzfúzióra.

83000 E trombocytát transzfundáltak.

Különbféle alvadási faktor készítményekkel láttak el 2700 vérzékeny beteget.

IRODALOM

1. *Hollán Zsuzsa:* A transzfúzió indikációi, Orv. Hetil. 129, 271–279 (1988).
2. Amer. Assoc. of Blood Banks. Technical Manual, 1993.
3. Transzfúziós Szabályzat. Szerk. Szabó János, OVK, 1996.
4. HIETE Klinikai Transzfúziológiai Licenc Tanfolyama I., III., IV., VI., VII., VIII., IX., X., XI., XII. blokk. (OHVII szervezésében 1995–96)
5. *Szabó János és mtsai:* Vérvkészítmények Kódja és Megnevezése OHVII 1995.
6. A kétételes vértranszfúziós tanfolyam tananyaga, OHVI Könyvtára I. II. 1983.
7. *Gál György:* A vérátömlesztés szövödményei. FEFA ITC, Budapest, 1994.
8. *Láng Csaba, Jánossy Anna:* A vérvkészítmény-előállítás higiénés környezete és mikrobiológiai ellenőrzése. Transzfúzió 27, 23–34 (1994).
9. Donorok hemaferézise (Módszertani levél). Transzfúzió 26, 3–9 (1993).
10. *Harsányi Veronika:* Hemopoietikus őssejtek gyűjtése és felolgozása. Transzfúzió 26, 101–104 (1993).

Cs. Láng: *Use of blood preparates, up to date transfusion therapy. I. part.*

A survey is given on blood preparates most frequently used in transfusion therapy. Detailed description is given on the possibilities of transfusion. The paper deals with the risk factors of blood transfusion and its most frequent complications.

Ecstasy, egyáltalán nem ártalmatlan diszkó-drog!

Dr. Stájer Géza

Az amfetamin-származékokat tartalmazó Ecstasy vagy Extasy nevű kábítószer apró, gyakran színes tablettaként kerül forgalomba. A tablettá felszínébe általában valamilyen figurát vagy jelet préselnek. A készítmény fogyasztása eleinte alig okoz látható kóros tüneteket, azonban hosszabb idő után toxikus mellékhatások: depresszió, szorongásos állapotok jelentkeznek. 1996-ban Németországban húszan fizettek életükkel a szer okozta élvezetért. A 120 mg metilén-dioxi-metamfetamint (MDMA) tartalmazó tabletták fogyasztói elmondják, hogy óceáni lebegést és könnyed, izgató mámort éreztek az Ecstasy bevételekor. Ez azért van így, mert az Ecstasy egyszerre okoz hallucinációkat és stimulál is. Ehhez társul még a vonzóan kívánatos ún. entaktogén hatás, ami diszkóbeli ismerkedéskor rendkívül előnyös: a szer elősegíti a kommunikációt. Ezek a hatások alkohol fogyasztása nélkül is már a bevétel után mintegy húsz perccel jelentkeznek és négy-hat órán át tartanak. További előny, hogy a dózis emelése nem fokozza a hatást, nincs tehát értelme a szokásosnál nagyobb adagot bevenni. Vagyis a csalóka óceáni lebegés aránylag olcsón elérhető.

Az Ecstasy-felhasználás az utóbbi években robbanásszerűen terjed: míg Németország területén 1991-ben csak 4000 tablettát adtak el, 1994-ben már 240 ezret és 1996-ban 690 ezret. Az utóbbi években a rendőrség által regisztrált Ecstasy-kezdő kábítószeresek száma ebben az országban 52%-kal emelkedett.

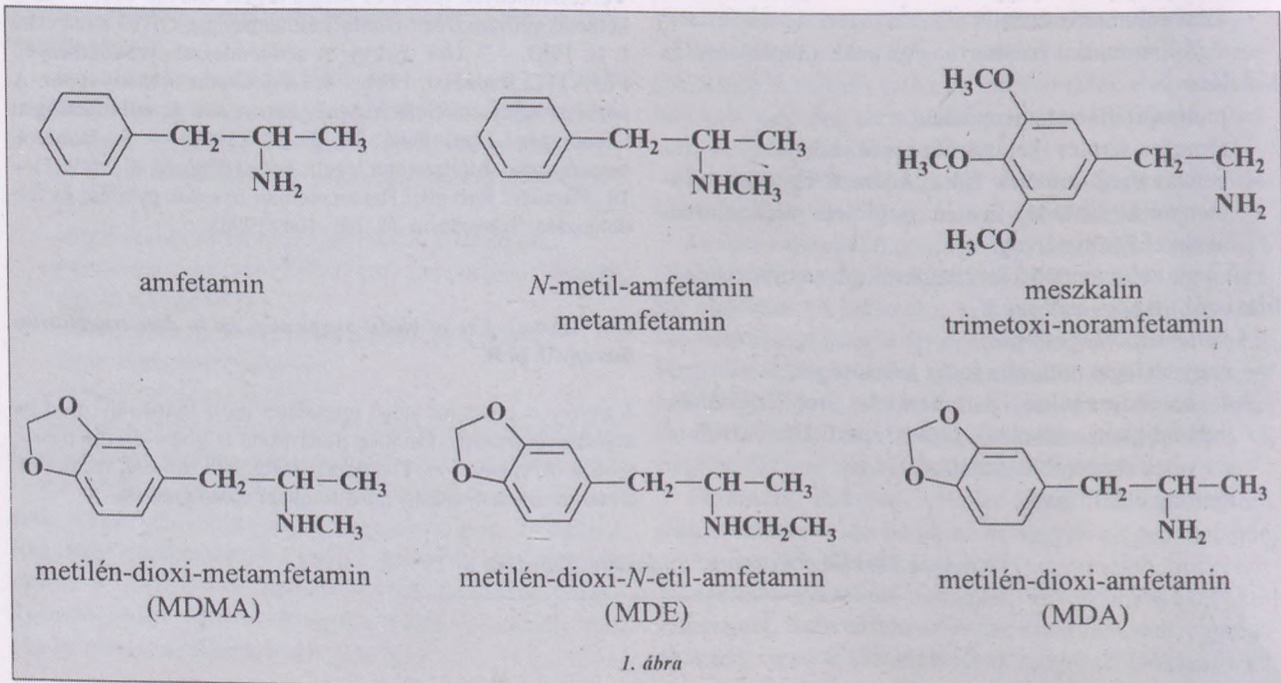
Dehát mi ez az Ecstasy?

Kémiai szerkezet szerint az Ecstasy-ban lévő MDMA nevű vegyület a már régen élénkítő szerként ismert amfe-

tamin, (aktedron, benzedrin) származéka, és a kábítószerként szintén használt *N*-metil-amfetaminhoz és meszkalinhoz (mexikói kaktusz alkaloidja) hasonló (1. ábra). Persze, Ecstasy néven nemcsak az MDMA-t forgalmazzák, hanem a rokonszármazék amfetamint is, különösen pedig a metilén-dioxi-etil-amfetamint (MDE) és a metilén-dioxi-amfetamint (MDA). Eltérően más kábítószerektől és izgatószerektől, az Ecstasy csak tablettá formában kerül forgalomba. Ezeket a tablettákat elsősorban Hollandiában, Németországban és Lengyelországban állítják elő. A hazai sajtóból tudjuk, hogy holland megrendelésre az elmúlt években Magyarországon 388 kg MDE-t gyártottak, kihasználva a magyar jogszabályok hiányosságait. Egy tablettá előállítási ára csekély, csupán néhány német pfennig, persze a németországi diszkókban darabonként 20–40 márkáért árúsítják; magyarországi ára általában kétezer forint.

Toxikus mellékhatások

Az Ecstasy szedése szomatikus és pszichikai drogfüggőséghez vezet. A rendszeres használók egy saját maguk által kreált látszatvilágba menekülnek. Éppen a gyakori alkalmazás veszélyes, mert az Ecstasy tachycardiát, hyperthermiát okoz, amikor a testhőmérséklet 43 °C-ra is emelkedhet. Máj- és vesekárosodások, depressziók és később egyéb neurotoxikus tünetek is jelentkezhetnek. A halálesetek többsége indirekt módon, például balesetek kapcsán következett be. Néhány esetben az Ecstasy közvetlen halált okozott olyanoknál, akik catecholamin-túlérzékenysége következtében súlyos szívritmuszavarok jelentkeztek.



1. ábra

Szűzféle tablettá'

Az Ecstasy tablettákba rendszerint valamilyen jel, betű vagy ábra van préselve, ami a felhasználók számára a márka felismerését lehetővé teszi. A német rendőrség több mint száz ilyen „generikumot” ismer. Persze, azért a jelzések nem garantálnak mindig azonos minőséget. Például a szív-motívummal jelölt tablettákban lehet egyedül csak koffein, MDMA, amfetamin vagy MDE, de a tabletták tartalmazhatnak koffeint vagy MDMA-t és amfetamint együtt is.

Más vegyületeket is találtak már az Ecstasy tablettákban, így aszpirint, kinint, tesztoszteront, yohimbint, kloramfenikolt vagy metilén-dianilint. Az utolsó vegyület jelenléte azért érdekes, mert ezt csak a színezékiparban és a műanyagiparban használják, viszont nevét úgy rövidítik, mint a metilén-dioxi-amfetaminét (MDA). Feltehetően véletlen csere révén került ez a rendkívül toxikus anyag néhány Ecstasy tablettába.

Az alábbiakban összefoglaljuk azokat a jeleket, ábrákat és betűket, melyek a németországi Ecstasy tablettákon gyakrabban előfordulnak. Természetesen más jelzések is lehetségesek, de ezek sem jelölik sokszor a hatóanyagot, vagyis azt, hogy amfetamin, amfetaminszármazék vagy valamilyen más, esetleg toxikus anyag van-e jelen.

A tablettá elülső részén a felszínre nyomott ábrák, jelölések találhatók, a hátsó felszínen törésvonalat (tv) tartalmazhatnak. Ilyen jelek: lófej oldalnézetben (tv), punkfej oldalnézetben, sörtehajjal (tv), Béni feje a Flinstone családból (tv), tulipánfej (tv), ninja teknős (tv), törpefejek: a) nevető fej szemből (tv), b) szakállas fej félprofilból, csúcsos sapkában (tv), c) szakállas profilkép, csúcsos sapkában (tv), alma, Vénusz almája: kör, alul kereszttel, teve (tv), oroszlánfej (tv), dollárjel, villám (tv), ötágú csillag, TC betűk, bárd (tv), Rolling Stones-nyelv, nagy H betű (tv), bulldog (véreb)-fej (tv), egy pár bokszesztyű (tv), hal, fapapucs, Snoopy rajzfigura (tv), függőleges vonallal kettéosztott deltoid: az egység jele (hátról Unity benyomat és tv), Rolex óramárka-jel (tv), macskafej (tv), OXBOW felirat (tv), halálfej lábszárcsontokkal (hátról KILLERS felirat), kenguru (tv), autókerek-díszlámpa: felni a Mercedes emblémával (tv), playboy nyuszifej (tv), LOVE felirat, X betű, PAX felirat (tv), kettős szalamander (tv), pitbullfej, szellemfigura (egészalakos), szellemfigura-fej: kommandós csuklya kivágott száj- és szemrésekkel (tv), indiánfej tolldíszsel, mosoly-embléma: kör két szemmel és felfelé ívelő szájjal, pálmafa (tv), páva, szív (tv), korona, propeller, harkály (tv), gyalogkakukk: roadrunner (tv), Pinocchio (tv), Dino figura (hátról DINO felirat), Coco Chanel (tv), háromszög (tv). Az ORFK Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézete által 1997 végéig ismertté vált tablettajelöléseket mellékletben tesszük közzé Magyarországon.

Kábítószer kimutatása

Az Ecstasy és más kábítószer használatának rohamos terjedése felveti a gyors analízis szükségességét. A kábítószereket ugyanis csak szisztematikus munkával le-

het kimutatni és azonosítani, ami organoleptikus vizsgálatból (íz, szaglás, tapintás), elővizsgálatokból, a hatóanyag izolálásából, rétegekromatográfias vagy műszeres kromatográfias és egyéb műszeres vizsgálatokból áll. Ebből következik, hogy az akciófilmek obszcén beszédű fenegyerek-detektívjei és az elvetemült kábítószeres bandák gengszterei az áru megköstölésakor legfeljebb keserű ízt érezhetnek. Az elővizsgálatokhoz ma már gyorsesztek állnak rendelkezésre. Például a Merck cég olyan reagenskészletet hozott forgalomba, ami egyszerű, nonspecifikus cseppreakciókhoz alkalmazható. Hasonló gyorseszteket az ENSZ már 15 éve segélyprogram keretében is szállít, és a kimutatás a gyógyszerészetből jól ismert színreakciókkal lehetséges. Az újabb drog-gyorsesztek immunkémiai analízisen alapulnak. Ilyen antigén-antitest reakcióval dolgozik pl. a GLORIA módszer. Ezzel egyszerű módon, percek alatt, kis anyagmennyiségből nano- ill. pikogramnyi mennyiségeket lehet azonosítani. Németországban a következő immunkémiai gyorsesztek kaphatók: Test Frontline® (Boehringer Mannheim) a kenderből eredő kannabisz (hasis, marihuana), kokain és az ópiátok (morfin, heroin stb.) vizeletben történő kimutatására. A Securotec cég a Drugwipe® nevű tesztet hozta forgalomba, amellyel a test felületéről és a testnedvekből egyaránt ki lehet mutatni a kannabiszt, kokaint, ópiátokat és amfetamint. Ez a gyorseszt repülőtereken is alkalmazható, pl. bőröndök fogójának ellenőrzésére, vagy pedig közúti ellenőrzéskor a hónaljából nyert minták analízisére. A Merck a Triage® tesztet dobta piacra, amellyel a fenti elővizsgálatok után nyolcféle kábítószert: kannabiszt, kokaint, ópiátokat, amfetamint, metadont (Depridol), benzodiazepineket (pl. Seduxen, Elenium, Eunoctin), barbiturátokat és triciklusos antidepresszív szereket (pl. Melipramin, Teperin) lehet azonosítani. E tesztekkel és más egyszerű módszerekkel a gyanús eredetű anyagok jól vizsgálhatók, azonban bírósági ügy esetén az eredményeket korszerű műszeres analitikai eljárásokkal, pl. gázkromatográfiásan és tömegspektrometriával is igazolni kell.

Magyarországon a gyógyszerészeti laboratóriumok sajnos nem alkalmasak kábítószerek kimutatására. Kétes eredetű, gyanús mintákat elsősorban toxikológiai laboratóriumokban tudnak azonosítani. Kívánatos lenne az ellenőrző gyorseszt vizsgálatokat más országokhoz hasonlóan egyes gyógyszerészeti laboratóriumokba telepíteni, ami a gyógyszerészeti munka fontosságát is aláhúzná. Így a szülők gyanús esetekben meggyőződhetnek azoknak a poroknak és tablettáknak az ártalmatlanságáról, melyeket serdülő gyermekük zsebében és íróasztalán a kiadós diszkóbeli szórakozás után találnak.

* * *

A szerző köszönetet mond *prof. dr. Szendrei Kálmán* úrnak a diszkusszióért.

IRODALOM

- I. S. Wasielewski: Dtsch. Apoth. Ztg 137, 32-34 (1997).
G. Stájer: *Ecstasy, not at all a soft party-drug.*

Magyarországon árusított Ecstasy tabletták





Mennyi a csekély?

Dr. Nagy Júlia és dr. Nagy Gábor

A statisztikai adatok bizonyossága szerint hazánkban drámai módon terjed a különféle kábítószeres fogyasztása. 1995-ben öt fiatal vesztette életét kábítószerrel visszaélés következtében, míg 1997-ben már az első négy hónapban ugyanennyi áldozatot követelt a drog, 1998 januárban pedig már 6 halálesetet regisztráltak.

A jelenlegi helyzet kialakulásához hozzájárul a jogi szabályozás is. Az 1993–1995. évi jogszabály-módosítások komoly lépések voltak a kábítószer-politika liberalizálása felé.

Az 1993. évi Btk.-módosítás büntetlenséget biztosít a kábítószer-fogyasztó számára, ha „csekély mennyiségű” kábítószer van a birtokában, és hajlandó önként orvosi kezelésnek alávetni magát.

A csekély, illetve jelentős mennyiségű kábítószer fogalmát a Legfelsőbb Bíróság Büntető Kollégiumának 155. számú állásfoglalása határozza meg. A Legfelsőbb Bíróságnak az állásfoglalás kialakításakor két ellentétes szempontot kellett összeegyeztetnie. Az egyik szempont a társadalom védelme, a másik pedig, hogy a néhány adagot magánál tartó, erős kábítószer-fogyasztónak is legyen lehetősége a büntetőszankciók elkerülésére.

A jelenleg is érvényben levő állásfoglalás alapján csekély mennyiségűnek tekinthető az a kábítószer-mennyiség, ami nem haladja meg a halálos (letális) adag – mint alapegység – tízszeresét. Tehát ilyen mennyiségű kábítószer tarthat magánál a drogos különösebb kockázat nélkül.

Mit jelent ez a gyakorlatban? Azt, hogy ha más bizonyíték nem áll rendelkezésre, akkor nem terjesztőnek (dealernek), hanem csak fogyasztónak minősül az, akinél letális adagú, tehát „legfeljebb” 1000–3000 db marihuánás cigaretta, 80–150 db LSD-bélyeg, illetve 40–100 db Ecstasy tableta található.

A lefoglalt kábítószeres hatóanyag-tartalmának figyelembevételével a fenti mennyiségek még csekélynek minősülnek. Nem büntető tehát az a személy, aki „csak” a fenti kábítószer-mennyiséggel bukik meg, ha azt állítja, hogy az csupán saját szükségleteit elégíti ki, továbbá hajlandó orvosi kezelésnek alávetni magát.

A két fontos szempont – a társadalom védelme és a fogyasztó büntetlensége – közül, úgy tűnik, az előbbi teljes mértékben háttérbe szorult.

Nehezen képzelhető el, hogy ez a törvény valóban csak a fogyasztót védi, hiszen ilyen mennyiségű kábítószer feltehetően egyetlen kábítószerfüggő sem birtokol saját célra. Ennek egyik alapvető oka, hogy a fenti mennyiségek feketepiaci ára elég tetemes. Az általában 1500–2000 forintot érő Ecstasy tabletták esetében ez az összeg például mintegy 60–200 ezer forintnak felel meg, de az olcsónak számító marihuánás cigarettából is hozzávetőleg 200 ezer forintnyi készlet állhat a „fogyasztó” rendelkezésére.

A Legfelsőbb Bíróság állásfoglalásából az is következik, hogy a fenti mennyiségek tízszeresei még nem számítanak jelentős mennyiségnek, tehát nem jelentős mennyiségű kábítószerrel él vissza adott esetben az a személy, akitől a hatóságok 400–1000 db Ecstasy tablettát, 700–1400 db LSD bélyeget, vagy 10 000–30 000 db marihuánás cigarettát foglalnak le (**I. táblázat**).

Úgy gondoljuk, hogy feltétlenül szükséges a jelenleg érvényes állásfoglalás megváltoztatása. Minden szempont figyelembevételével nélkülözhetetlen, hogy a leggyakrabban előforduló kábítószeresre vonatkozóan pontos és a jelenleginél kisebb értékek határozzák meg a csekély, illetve a jelentős kábítószer mennyiséget.

A mennyiségek meghatározását a feketepiaci adagoktól lehet függővé tenni. Az „igazi” fogyasztó ugyanis feltehetően nem birtokol egyszerre 5–10 adagnál több kábítószerrel, hiszen számára általában a napi adag fedezetét biztosító pénz előteremtése is óriási gondot jelent.

Akinél ennél több anyag van, az valószínűleg terjesztő, a terjesztő számára pedig csak példás büntetés jelenthet visszatartó erőt a gyermekeink egészségét és életét veszélyeztető cselekménytől.

J. Nagy and G. Nagy: *How many is trifling?*

I. táblázat

Az 1996-ban, a Bünyügyi Szakértői- és Kutatóintézetben vizsgált feketepiaci kábítószer-készítmények hatóanyag-tartalma

Hatóanyag	Hatóanyag-tartalom	Csekély mennyiség	Jelentős mennyiség
MDMA (ecstasy tableta)	72–102 mg/tabletta	50–70 db tableta	500–700 db tableta
MDA (ecstasy tableta)	46–48 mg/tabletta	104–109 db tableta	1040–1090 db tableta
MDE (ecstasy tableta)	85–113 mg/tabletta	44–59 db tableta	440–590 db tableta
Amfetamin (tableta)	5,5–30 mg/tabletta	67–364 db tableta	670–3640 db tableta
Amfetamin (por)	5–45%	4–40 gramm por	40–400 gramm por
Kokain (por)	52–91%	7,7–13,5 gramm por	77–135 gramm por
Heroin (fogyasztási adag)	10–50	1,2–6,2 gramm por	12–62 gramm por
Heroin (nagy tételek)	50–75%	1,2–6,2 gramm por	12–62 gramm por
Marihuana (THC)	0,01–2%	0,5–100 kilogramm	5–1000 kilogramm
LSD	50–100 µg/bélyeg	70–140 db bélyeg	700–1400 db bélyeg

SZERVEZÉSI KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 83–86. 1998.

Fogyasztói szokások az öngyógyítás területén*

Fábián László és dr. Nikolics Károly

Bevezetés

Rohanó világunkban a fogyasztók számára az öngyógyeztetés többféle előnnyel jár. Nem kell hosszú órákig várakozniuk az orvosi rendelőben, ily módon időt és energiát takaríthatnak meg. Napjainkban egyre fontosabbá válik az emberek számára, hogy ne hiányozzanak munkahelyükről, mert azzal sok pénzt veszíthetnek.

Erre a problémára is megoldást jelenthetnek a vény nélküli gyógyszerek, hiszen ezek használatával fogyasztók erősíthetik szervezetüket (pl. vitaminok, ásványi anyagok szedésével), illetve az enyhébb betegségekből szenvedők 2–3 nap alatt meggyógyulhatnak [1].

Az orvosok és a gyógyszerészek közti még szorosabb együttműködés biztosítja majd, hogy a betegek a lehető legjobb tanácsot kapják a kórismét illetően az orvostól, a gyógyszerelés kérdésében pedig a gyógyszerésztől. Ezt az irányzatot erősíti azon kezdeményezések egyre növekvő száma, amelyek során az orvosok és a gyógyszerészek a betegek gyógyszereszedésének javítása érdekében próbálnak egymással kapcsolatot teremteni. Ezt a pozitív irányú fejlődést támogatni kell. Célszerű volna több közös továbbképzést szervezni számunkra a vény nélküli gyógyszerekről [2].

Az egészségügyi kultúra fejlődésével párhuzamosan növekszik a gyógyszerész egészségnevelő tevékenysége is. Ki kell használni, hogy a gyógyszerértárba nemcsak akkor járnak az emberek ha betegek, hanem mint egészségüket megóvni akarók, illetve mint a betegek hozzátartozói is megjelennek. A gyógyszerész szakmai, etikai kötelessége, hogy a gyógyszerek helyes adagolásával, használatával kapcsolatos tudnivalókról tájékoztatást adjon. Ezenkívül a gyógyszerésznek tisztában kell lennie a leggyakoribb betegségek felismerésével is, hogy eldöntse, a hozzáforduló betegnek gyógyszert és tanácsot ad vagy – súlyosabb esetben – orvoshoz irányítja őt.

Célkitűzések, módszerek

A gyógyszerhasználat átalakulása és a gyógyszerkincs bővülése miatt is nagyon fontos, hogy a vény nélkül vásárolt gyógyszerrel együtt fogyasztójuk megkapja a gyógyszer szedéséhez szükséges információkat is. Ebből a szempontból nem hanyagolható el annak ismerete, hogy ki szerzi be a gyógyszereket. Egy közvélemény-kutatás szerint [3], 65,8%-ban a háziasszony, 11,9%-ban a férj, 19%-ban a szülők, 3,4%-ban pedig a nagyszülők, gyere-

kek stb. A megkérdezettek többsége szerint a vény nélküli gyógyszerek beszerzése nem a gyógyszerhez kapcsolódik, hanem a vásárlási szokásokkal függ össze. Ugyanezen felmérés szerint az emberek 40%-ánál a tapasztalat (már ismeri az adott szert) az elsődleges szempont az OTC készítmények kiválasztásánál.

E tárgykörből közvélemény-kutatást végeztünk. Elsősorban az öngyógyítás elterjedtségére, a vény nélkül is kapható gyógyszerek használatára, a gyógyszerész helyére az öngyógyítás rendszerében, és egyéb öngyógyítással kapcsolatos szokásokra kerestük a választ.

A felmérést lakossági körben, előre összeállított, név nélkül kitöltendő, önkéntes kérdőívek (1. melléklet) segítségével, személyes megkérdezés módszerével végeztük. Területileg Győr-Moson-Sopron megye gyógyszerértárban, az ott dolgozó kollégák segítségével készítettük a felmérést. A kérdőíveket a megkérdezettek helyben töltötték ki, a felmerülő válaszadói félreértéseket a gyógyszerészek kiküszöbölték. 850 kérdőívet adtunk ki, 838 visszaérkezett, ebből 22 részben hiányos volt.

I. melléklet

Kérdőív

(kitöltése nem kötelező!)

Karikázza be a megfelelő válaszok sorszámát!

a) Honnan szerzi be információit a vény nélkül is kapható gyógyszerekről? (Több válasz esetén kérem számozással állítsa fontossági sorrendbe a kiválasztottakat!)

- ... 1. Gyógyszerésztől
- ... 2. Orvostól
- ... 3. Ismerőtől, rokontól
- ... 4. Tv-, rádió reklámból
- ... 5. Gyógyszertár kirakatából

b) Mit tesz enyhébb panaszok (pl. fejfájás, megfűlés stb.) jelentkezésekor?

- 1. Általában valamilyen „házi szert” használok
- 2. Csak akkor szedek gyógyszert, ha a „házi szerek” nem segítettek
- 3. A gyógyszerértárban kérek egy már ismert gyógyszert a panaszomra
- 4. A gyógyszerértárban tanácsot kérek a gyógyszerésztől
- 5. Orvoshoz fordulok
- 6. Semmit sem teszek, remélem, hogy a panaszok maguktól megszűnnek

c) Vény nélkül vásárolt gyógyszer bevétele előtt elolvassa-e a beteg tájékoztatót?

- 1. Mindig
- 2. Általában
- 3. Néha
- 4. Soha

*A XXXII. Rozsnyay Mátyás emléktversenyen Szombathelyen, 1997. május 22-én elhangzott előadás felhasználásával készült közlemény

d) Tegyen x-t a megfelelő négyzetbe

	Jellemző	Is-is	Nem jellemző
Enyhébb panaszok esetén nem fordulok azonnal orvoshoz, hanem megpróbálom magamat meggyógyítani			
Gyakran elegendő, ha a gyógyszerészhez fordulok tanácsért			
Csak olyan gyógyszert veszek be, amit az orvos ajánlott ill. írt fel			
Ha megpróbálom önmagamot kezelni, árthatok az egészségemnek			
A tv-ben látott gyógyszerreklám hatására már vásároltam gyógyszert			
Jónak tartom a tv-ben sugárzott gyógyszerreklámokat, hisz ezáltal sok új információt kapok a gyógyszerekről			

e) Az alábbiak közül melyik panaszok kezelésére használt vény nélkül vásárolt gyógyszert az elmúlt 3 hónapban?

1. Megfázás, nátha
2. Fejfájás
3. Fogfájás
4. Köhögés, torokfájás
5. Ízületi-, izomfájdalmak
6. Alvászavarok
7. Gyomor-, bélrendszeri panaszok (hasmenés, szorulás, hányás)
8. Idegesség, „stressz”
9. Fáradtság, kimerültség
10. Bőrgyógyászati problémák
11. Vitaminhiány

f) Az előző kérdésben felsorolt problémák közül melyik 3 jelentkezik a leggyakrabban? Kérem írja ide a megfelelő betűsorszámát: ..., ..., ...

g) Ha az ön számára szükséges gyógyszer vény nélkül is kapható, de vényre támogatásban részesül, melyik megoldást választja?

1. Az orvosnál felírta a gyógyszert (mivel így olcsóbban jut hozzá) és a receptet kiváltja a gyógyszertárban.
2. A gyógyszertárban teljes áron megveszi a gyógyszert (ezzel megtakarítja a várakozási időt az orvosnál).

A válaszadó adatai: (a megfelelő válasz aláhúzendő!)

Kora: 18–35 év, 36–50 év, 51–65 év, 66 év felett

Neme: férfi, nő

Családi állapota: egyedülálló, házas - gyermek nélkül, házas - gyermek(ek)kel

Iskolai végzettsége: 8 általános, szakmunkásképző, érettségi, főiskola, egyetem

Lakóhelyének nagysága: 5000 lakosnál kisebb, 5000–100 000 lakosig, 100 000 lakos felett

A kérdőívet kitöltés után kérem juttassa vissza a gyógyszertárba!

Köszönjük, hogy segítette munkánkat!

Eredmények

A válaszadókat véletlenszerűen választottuk ki, megoszlásuk az **I. táblázatban** rögzítettek szerint alakult.

I. táblázat

A felmérésben résztvevők megoszlásának aránya különféle szempontok szerint

a) Nemek szerinti megoszlás

Nem	%-os arány
Nő	71
Férfi	29

b) Kor szerinti megoszlás

Életkor (év)	%-os arány
18–35	21
36–50	35
51–65	36
66 felett	8

c) Családi állapot szerinti megoszlás

Családi állapot	%-os arány
egyedülálló	18
házas, gyermek nélkül	11
házas, gyermek(ek)kel	71

d) Iskolai végzettség szerinti megoszlás

Iskolai végzettség	%-os arány
8 általános	14
szakmunkásképző	22
érettségi	44
felsőfokú	20

e) Lakóhely szerinti megoszlás

Lakóhely nagysága	%-os arány
5000 lakos alatt	65
5000–100 000 lakos között	29
100 000 lakos felett	6

A vény nélküli gyógyszerek számának emelkedésével a gyógyszerész szerepe is átértékelődik. Ha jól alkalmazkodik a megváltozott körülményekhez, akkor megbecsülése nő. Ezt támasztja alá az is, hogy a betegek több mint a fele (53%) a gyógyszerészt jelölte meg első helyen, mint legfontosabb információ-forrást a vény nélküli gyógyszerekről. A második helyen az orvos áll (29%), utána az „ismerős, rokon”, majd a tv- és rádióreklám következik. A gyógyszerész kirakata zárja a sort (**II. táblázat**).

II. táblázat

A vény nélküli gyógyszerekről szóló információ legfontosabb forrásai

Információforrás	%-os arány
Gyógyszerész	53
Orvos	29
Ismerős, rokon	8
Tv-, rádióreklám	7
Gyógyszertár kirakata	3

Szerencsére a fogyasztók elsősorban a szakemberek tanácsaira támaszkodnak.

A következő kérdésre (Mit tesz enyhébb panaszok esetén?) adott válaszok is megerősítik azt, hogy a betegek ragaszkodnak a már ismert és bevált gyógyszerekhez és bíznak gyógyszerészük tanácsában. A kérdésre adott válaszok a **III. táblázatban** olvashatók.

III. táblázat

**A „Mit tesz enyhébb panaszok esetén?”
kérdésre adott válaszok megoszlása**

Válasz	%-os arány
A gyógyszertárban kérek egy már ismert gyógyszert a panaszomra	27
A gyógyszertárban tanácsok kérek a gyógyszerésztől	19
Általában valamilyen „házi szer” használók	16
Csak akkor szedek gyógyszert, ha a „házi szerek” nem segítettek	15
Semmit sem teszek, remélem, hogy a panaszok maguktól megszűnnek	14
Orvoshoz fordulok	9

Arra a kérdésre, hogy „Elovlássák-e a beteg tájékoztatást a vény nélküli gyógyszerek bevétele előtt?”, a válaszok a **IV. táblázatban** olvashatók:

IV. táblázat

**Az „Elovlássák-e a beteg tájékoztatást a vény nélküli
gyógyszerek bevétele előtt?”
kérdésre adott válaszok megoszlása**

Válasz	%-os arány
Mindig	64
Általában	26
Néha	8
Soha	2

Mivel a betegek túlnyomó többsége támaszkodik a beteg tájékoztatásban leírt információkra (sokszor a betegek elfelejtik a gyógyszerésztől kapott tanácsokat, vagy kórábról megmaradt gyógyszert vesznek be), fontos, hogy ezek mindenki számára érthetőek legyenek. Nyugati országokban a beteg tájékoztatást elolvasók aránya még a fenti értékeknél is jóval magasabb, általában 90–95% körül mozog [4].

A következő feladatban hat állítást olvashattak a betegek. Meg kellett jelölniük, hogy az adott állítás jellemző-e rájuk, vagy sem. A következő eredmény született:

1. Enyhébb panaszok esetén nem fordulok azonnal orvoshoz, hanem megpróbálom magamat meggyógyítani.

A válaszok az alábbiak szerint alakultak:

jellemző	78%
részben jellemző	16%
nem jellemző	6%

A „megpróbálom magamat meggyógyítani” egyaránt magában foglalja a gyógyszerekkel és az ún. népi gyógymódokkal végzett öngyógyítást. Mindenképpen szerencsésnek mondható, hogy a betegek enyhébb, könnyen azonosítható panaszaikkal nem terhelik az orvost és köz-

vetve esetleg a társadalombiztosítást. Bár véleményünk szerint a fenti eredmény nem elsősorban a tudatos öngyógyítás elterjedtségét fejezi ki, hanem elsősorban az ún. népi gyógymódokkal való próbálkozást, és ezáltal pénzmegtakarítást jelent.

2. Gyakran elegendő, ha a gyógyszerészhez fordulok tanácsért.

A válaszok az alábbiak szerint alakultak:

jellemző	45%
részben jellemző	37%
nem jellemző	18%

A megkérdezettek csaknem fele tehát enyhébb panaszok esetén a gyógyszerész tanácsait kéri és elfogadja azokat. Több mint egyharmaduk még nem érzi ezt egyértelműen. Ezért is fontos, hogy határozott, érthető, megalapozott tanácsainkkal az ő bizalmukat is megnyerjük.

3. Csak olyan gyógyszert veszek be, amit az orvos ajánlott ill. irt fel.

A válaszok megoszlása:

jellemző	24%
részben jellemző	38%
nem jellemző	38%

Akik ezt az állítást jellemzőnek találták, kisebb bajikkal is orvoshoz fordulnak, és azoktól veszik el az időt, akik súlyosabb betegek. Remélhetőleg a gyógyszertárban szerzett jó tapasztalat őket is meggyőzi a gyógyszerész szaktudásáról.

4. Ha megpróbálom magamat kezelni, árthatok az egészségemnek.

A válaszok így alakultak:

jellemző	20%
részben jellemző	39%
nem jellemző	41%

Általában ugyanazok találták ezt az állítást jellemzőnek, akik az előzőt is. Végül két mondat a gyógyszerreklámról.

5. A tv-ben látott gyógyszerreklám hatására már vásároltam gyógyszert.

A válaszadók kevesebb, mint egyötöde találta ezt jellemzőnek:

jellemző	19%
részben jellemző	29%
nem jellemző	52%

6. Jónak tartom a tv-ben sugárzott gyógyszerreklámokat, hisz ezáltal sok új információt kapok a gyógyszerekről. Nagyrészt ugyanazok jelölték meg a „jellemző” mezőt, akik az előző kérdésnél is:

jellemző	23%
részben jellemző	41%
nem jellemző	36%

Az utóbbi két kérdésre adott válaszokat váratlanul találtuk, hisz ezek ellenkeznek mindennapos tapasztalatainkkal. Általában úgy érzékeljük, hogy egy-egy televíziós reklámkampány jelentősen növeli az adott készítmény iránti keresletet (pl. Panadol, Centrum, Coldrex).

A közvélemény-kutatás további részében a leggyakoribb enyhe (OTC készítményekkel eredményesen gyógyítható) betegségeket kerestem. Az egyik erre irányuló kérdésben 11 enyhébb probléma közül azokat kellett kiválasztani, amelyek kezelésére a válaszadó az elmúlt három hónapban vény nélküli készítményt szedett. A megkérdezettek mindössze 2%-ánál nem lépett fel semmilyen panasz az adott időszakban. Legtöbben fejfájással (is) küszködnek, ennek említése meghaladta a 20%-ot.

A válaszok százalékos megoszlását szemlélteti az *V. táblázat*.

V. táblázat

A felmérésben résztvevők által a legutolsó 3 hónapban vény nélküli gyógyszerekkel kezelt tünetek és %-os gyakoriságuk

Tünet	%-os arány
Fejfájás	21,1
Megfázás, nátha	14,6
Köhögés, torokfájás	11,9
Vitaminhiány	10,9
Gyomor-, bélrendszeri panaszok	9,5
Ízületi-, izomfájdalmak	8,4
Fogfájás	6,7
Idegesség, „stressz”	5,7
Bőrgyógyászati problémák	4,2
Fáradékonyosság, kimerültség	3,2
Nem észlelt panaszt	2,0
Alvászavarok	1,8

Alvászavarban többen szenvedtek, de nagy részük ezen vényköteles készítménnyel próbált enyhíteni. Ezzel magyarázható a fenti 1,8%-os eredmény.

A következő kérdésben az előbbieken felsorolt panaszok közül kellett a válaszadónak – gyógyszereszedéstől, kezeléstől függetlenül – kiválasztani azt a hármát, amelyik a leggyakrabban jelentkezik. Az eredményül kapott sorrend csak kis mértékben tér el a fentitől (*VI. táblázat*).

VI. táblázat

A leggyakoribb tünetek sorrendje

1.	Fejfájás
2.	Megfázás, nátha
3.	Köhögés, torokfájás
4.	Ízületi-, izomfájdalmak
5.	Gyomor-, bélrendszeri panaszok
6-7.	Idegesség, „stressz”
6-7.	Fáradtság, kimerültség
8.	Vitaminhiány
9.	Alvászavarok
10.	Fogfájás
11.	Bőrgyógyászati problémák

Az utolsó kérdésben arra kerestük a választ, hogy mit tesz a beteg, ha a szükséges gyógyszer vény nélkül is kapható, de receptre felírva támogatásban részesül. Az eredmény: a betegek 71%-a vállalja a sorban állást az orvosnál, hogy olcsóbban juthasson gyógyszeréhez.

Ez a kérdés inkább elméleti jellegű volt, hiszen mára már elenyészőre csökkent a támogatott OTC készítmények száma. Nyugati országokban a betegek általában nem várokoznak az orvosnál hasonló helyzetben. A különbség oka valószínűleg a keleti és a nyugati országok lakosságának eltérő anyagi helyzetében keresendő.

Megbeszélés

Megállapítható, hogy a betegek nagy része problémáival felkeresi a gyógyszerészeket, akiknek minél előbb alkalmazkodniuk kell (továbbképzésekkel, kommunikációs képességeik javításával stb.) a megváltozott körülményekhez. A beteg-gyógyszerész kapcsolatot erősítik az egyre növekvő számú magánpatikák is, melyek korszerű, izléses berendezése növeli a betegek gyógyszerért és gyógyszerész iránti bizalmát. Látható, hogy még mindig sok beteg fordul enyhébb panaszokkal is orvoshoz, ezért van (az öngyógyítás területén is) nagy jelentősége a jó gyógyszerész-orvos kapcsolatnak. Ismeretes, hogy világszerte nő az öngyógyítás. Ehhez szorosán kapcsolódik a gyógyszerési gondoskodás (pharmaceutical care), mint új törekvés. Az öngyógyítás sikeréhez nagy szükség van a fogyasztók felelős viselkedésére is.

Munkánkkal az öngyógyítás magyarországi helyzetének megismeréséhez kívántunk adatokat szolgáltatni.

IRODALOM

1. Braun, R., Schulz, M.: Selbstbehandlung – Beratung in der Apotheke, Govi Verlag GmbH (1989).
2. Brandley, C., Blenkinsopp, A.: Az öngyógyítás jövője. British Medical Journal – Magyar kiadás OTC-különszám, 14 (1996).
3. Yanagida Marketing Tanácsadó Kft., Összefoglaló az OTC gyógyszerek lakossági fogyasztási szokásairól, Budapest, (1996)
4. Yanagida Marketing Tanácsadó Kft., Összefoglaló gyógyszerfogyasztási szokások fókuszcsoporthoz teszteléséről, Budapest (1996).

L. Fábíán and K. Nikolics: *Habits in drug consumption related to self-medication*

GYÓGYSZERÉSZETTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 87–89. 1998.

A régi magyarországi jezsuita patikák ismertetése a legújabb kutatások alapján Az egykori zágrábi jezsuita patika

Dr. Sági Erzsébet

Zagreb Horvátország. Az első rendi patikus 1643-ban jelenik meg a rendházban. Ő már előző évben is ott szolgált ápoló beosztásban. Ez a dátumot ismeri Hrvoje Tartaglia professzor is. Amikor nem volt rendtag gyógyszerész, akkor világi patikust alkalmaztak. Az uralkodó 1763-ban elrendelte, hogy a kollégium szüntesse be a patika tartást. A gyógyszerterát 1764. évben polgári kézbe adták 2083,06 frt-ért.

Zagreb Horvátországban van, a tárgyidőben Horvát-Szlavonország fővárosa, Zágráb megye székhelye volt. A Habsburg uralkodók alatt a Horvát-szlavon kormányzóság alá tartozott. Püspökségét Szent László alapította.

Az 1603-ban alapított jezsuita misszió állomás 1612-ben kollégiummá fejlődött. Bölcsészeti akadémiaja 1666-tól egyetemi rangot nyert [1].

A városban, mely ősi kulturális központ volt, az 1300-as évek közepétől gyakorlatilag folyamatosan működött név szerint ismert gyógyszerész. A budai jogkönyvünkkel körülbelül egyidőben – 1425-ben – szabályozták a tevékenységüket, melynek szövege fennmaradt [2].

A kollégium éves feljegyzése szerint az első patikus *fráter Bernhard Rechperger* 1643. évtől [3]. Ezt az évszámot ismeri a zágrábi szakmatörténész professzor is, de közlését nem dokumentálja [4]. *Rechperger* már előző évben is ott szolgált ápolói beosztásban.

A rendház ekkorra már elkészült, éveken át asztalosa is volt. A város nem állt török megszállás alatt. Amikor a jezsuita rend nem tudott gyógyszerész frátert oda helyezni, minden bizonnyal világi provizort alkalmaztak. Ezt láttam Győr és Kassa esetében is. Bizonyítékkal szolgál a zágrábi rendház évkönyvének 1685. évi bejegyzése – amikor nem volt ott rendtag gyógyszerész –, mely szerint két napig vizitálta a patikát egy megnevezett főorvos, a kollégium részéről jelen volt a „minister” – mai szóhasználattal a rektor operatív helyettese, – „és a világi patikusunk” [5].

A zágrábi jezsuita patika alapítási ideje 1643. évre tekinthető.

A zágrábi kollégiumban szolgáló jezsuita gyógyszerészek név szerint az alábbiak voltak:

- 1643–1654 *Bernhard Rechperger*;
- 1655 *Michael Pock*,
- 1656–1660 *Andreas Pfeiffer*;
- 1661–1663 *Joannes Wilser*;
- 1664–1667 *Andreas Pfeiffer*;
- 1668–1673 *nincs rendtag gyógyszerész*
- 1674 *Adamus Stelich*,
- 1675–1676 *nincs rendtag gyógyszerész*
- 1677 *Adamus Stelich*,
- 1678–1681 *Joanes Schendl* (1678–1679-ben ápolóként és felszolgálóként jegyzik be a háztörténetbe),
- 1682 *nincs rendtag gyógyszerész*

- 1683–1684 *Richardus Sembler*
- 1685–1687 *nincs rendtag gyógyszerész*,
- 1688–1691 *Joannes Martinachich*,
- 1692 *nincs rendtag gyógyszerész*,
- 1693 *Carolus Unz*,
- 1694 *nincs rendtag gyógyszerész*,
- 1695–1697 *Joannes Punzart*,
- 1698–1700 *Franciscus Pärtl*,
- 1701–1702 *Adamus Feichter*;
- 1703–1704 *nincs rendtag gyógyszerész*,
- 1705–1711 *Rupertus Goderich*,
- 1712 *Wenceslaus Hönzy (Honzig)*,
- 1713–1714 *Philippus Braun*,
- 1715 *Christian Miller*;
- 1716–1718 *nincs rendtag gyógyszerész*,
- 1719–1728 *Joannes Mango*,
- 1729 *Antonius Schlösser*,
- 1730–1731 *Sebastianus Grandtner*,
- 1732–1735 *Christophorus Hartl*,
- 1736 *Antonius Hantlas*,
- 1737–1739 *Sebastianus Grandtner*,
- 1740 *Franciscus Simon*,
- 1741–1744 *Leopoldus Hartung*,
- 1745–1746 *Christophorus Decker*,
- 1747–1752 *Joannes Köhler*,
- 1753 *Sebastianus Grandtner*,
- 1754 *Jacobus Vogelwöger*,
- 1755–1758 *Mathias Saglmayr*,
- 1759–1760 *Franciscus Xav. Puechschachner*,
- 1761–1762 *Adamus Schwingheimer*,
- 1763–1764 *Antonius Wöber* [6, 7, 8].

Az uralkodó 1763-ban elrendelte, hogy a jezsuita kollégium szüntesse be a gyógyszer árusítást a közönség részére. A rektor kérte és megkapta az engedélyt arra, hogy a patikát polgári személynek eladja. A vevő *Joseph Willart* approbált gyógyszerész volt, aki Liechtenstein nagyhercegség Troppau városában született, Temesváron *Ignátius Hartung* polgári patikusnál szabadult fel és nyert testimonium tirocinalet 1750. május 28-án. A vevő szerződésben vállalta az alábbiakat:

– 1764. március 15-ig kifizeti a leltár szerinti értéket, mely vételár 2083,06 frt volt, továbbá vállalja annak az

1000 forint összegnek a megfizetését, melyet a rend a városnak egyösszegben átadott az éves adófizetés egyszersmindenkori megváltásaként.

– Kötelezi magát arra, hogy a patikát a Dispensatorium előírásai szerint működteti és az érvényes taxa szerint áraz.

– Az eladó kötelezi magát arra, hogy az átadásra kerülő gyógyszerek jó állapotban lesznek.

A szerződés kelte: 1764. február 21., aláírói a kollégium rektora és gondnoka, a vevő, valamint a városi fizikus [9].

A patika utóéletéhez tartozik, hogy az 1771. évi patika ellenőrzés a gyógyszerterát jónak minősítette, gyógyszerhiányt nem tapasztalt, azonban amikor a tulajdonos egyetemi végzettségét a fizikus számon kérte, kiderült, hogy *Joseph Willart* a bánáti ezred sebészeként szolgál, a patikát az öccsére bízta, aki járt ugyan a bécsi Collegium Medicumba (sic), de nem vizsgázott. Emiatt *Anton von Störck* és *Gerhard van Swieten* is foglalkozott az ügygel [10, 11]. Minthogy nyilván a fivérek egyike sem tudott egy türelmi időn belül diplomát szerezni, felszólítást kaptak, hogy adják el a gyógyszerterát. A vevő *Carol Fröschl* 1772. január 1-jén vette át a patikát. Bécsi születésű volt, ott is szerzett diplomát 1759. október 8-án. Előzőleg Erdélyben, a gyulafehérvári tábori patikában volt provizor.

Budapest, Lónyay u. 14. – 1093

A továbbiakban a fizikusi vizitáció mindent rendben talált a zágrábi volt jezsuita patikában [12].

IRODALOM

1. *Gyenis András S. I.*: Régi magyar jezsuita rendházak. Budapest. 1941. 56–57. o. – 2. Monumenta Hist. Civ. Zagrabiae. Tkalčić Ivan Krst (Szerk.). II. köt. 1895. és IV. köt. 1897. Zagreb. (Orsz. Széchényi Könyvtár). – 3. Bp. Egyet. Kt., film, Mf Me 33/a, Annuae. Coll. Zagrabienensis 1606–1726. – 4. *Tartaglia, Hrvoje*: L' Histoire de la Pharmacie en Yugoslavie et sa situation actuelle. Zagreb, 1956. 88. o. – 5. lásd 3. – 6. *Lukács Ladislaus S. I.*: Catalogus personarum et offic. Prov. Austr. S. I. I–XI., Roma, Inst. Hist. S. I., 1978–1995. – 7. *Grabarits István-Grabaritsné Ihász Zs.*: Az osztrák jezsuita rendtartomány patikái és patikusai 1716–1773. Orvostört. Köz. 107–108 (1984) 137–160. o. – 8. lásd 3. – 9. MOL, M. Kancellária, Acta Generalia, A 39; 1772: No 1585. – 10. MOL, A 39; 1772: 1584. – 11. MOL, A 39; 1773: 3913. – 12. MOL, Htt., Depart. Sanit. C 66; 1786–89–68 és 1788–1–33.

E. Sági: *Pharmacies of the Order of Jesuits in ancient Hungary. The late pharmacy of the Order of Jesuits at Zagreb.*

Az egykori pozsegi jezsuita patika

Dr. Sági Erzsébet

Požega, Horvátország. Az éves jelentés 1741-ben említi az új patikát. 1744-ben adómentességet kap. A rend feloszlataásig folyamatosan szolgált ott jezsuita gyógyszerész. Az 1773 évi leltározáskor megállapított becsérték a következő volt: gyógyszer: 2223,88 forint, mindösszesen az eszközökkel, edényzettel, bútorral együtt: 3074,35 forint. A nyilvános árverésen a vevő az utolsó jezsuita patikus lett.

Požega város, Horvátországban van, megyeszékhely. 1687 évig török megszállás alatt volt és utána közigazgatási szempontból a katonai határőrvidékhez tartozott. 1699-ben jezsuita missziós állomás létesült, mely 1701-ben rezidenciává, 1731 évben kollégiummá fejlődött. 1762-től magasabb tanulmányokat is végezhetek benne [1].

Az éves jelentés 1741-ben az anyagi ráfordítások felsorolásakor említi: „...az új patikában...” [2]; a következő évben ugyanott a kollégium patikusát említi [3].

A patikában az alábbi jezsuita patikusok működtek:

– 1741–1743 *Sebastianus Grandtner*,

– 1744–1760 *Michael Sager*,

– 1761–1763 *Carolus Smichei*,

– 1764–1765 *Joannes Baptista Pleydl*,

– 1766–1773 *Paulus Thaller*; 1773. évben mellette szolgált *Ignatius Paulin* [4].

A pozsegi jezsuita patikát 1744. január 3-i királyi

szlavóniai udvari bizottsági határozattal mentesítik a városnak fizetendő közterhek alól [5].

A pozsegi jezsuita rendházban az 1773-ban történt feloszlataásig folyamatosan szolgált rendtag gyógyszerész [6]. A rend feloszlataásakor a bizottság úgy döntött, hogy *Paulus Thaller*, aki 36 éves, marad a rendházban és vezeti a patikát annak eladáásáig. Munkatársa *Ignatius Paulin* 67 éves, kortól megtört, foglalkozása szerint sebész, kéri, hogy a rendházban maradjon [7].

A gyógyszerterár értéke az 1773. évi leltározás alkalmával az alábbi volt: egyszerű gyógyszerek: 1060,32 forint, összetett gyógyszerek: 1163,56 forint, mindösszesen az eszközökkel, edényzettel, bútorzattal együtt: 3074,35 forint.

A patikának 1025,28 forint kintlevősége volt. Az árverést meghirdették, a vevő az előző vezető *Paulus Thaller* lett. Őt 1786-ban felszólítják, hogy tegye le az egyetemen a vizsgát, amit Bécsben realizált. Az 1790. évi fizikus a vi-

zítálás alkalmával őt is, a patikát is rendben levőnek je-
lenti [8, 9].

IRODALOM

1. *Gyenis András S. I.*: Régi magyar jezsuita rendházak. Budapest. 1941. 43. o. – 2. MTA film B 7007. Litt: Ann. Vienn, Coll. Poseganum 1741. – u. az, 1742, 85. o. – 4. *Lukács Ladislaus S. I.*: Catalogus personarum et officiorum Prov. Austr. S. I., Roma, Inst. Hist. 1978–1795. és *Grabarits István-*

Grabaritsné Ihász Zsuzsanna: Az osztrák jezsuita rendtartomány patikái és patikusai. 1716–1773. Orvtört. Közl. 107–108 (1984) 137–160. o. – 5. MOL, M. Kamara, E 152, 134, Coll. Poseganum, Fasc. 5; No 38, 44. o. – 6. = 4. – 7. MOL M. Kancell., Acta Gen. A 39; 1774: No 2963., 206 o. – 8. = 7 és 1774: No 2205, 2856, 1775: 5400. és MOL., Htt., Dep. Sanit. C 66: 1786–79–309 és 1791–1–40.

E. Sági: *The late pharmacy of the Order of Jesuits at Pozsega*

Budapest, Lónyay u. 14. – 1093

FELHÍVÁS

Tisztelt Kolléganők és Kollégák!

A személyi jövedelemadó bevallásának határideje közeledtével ismételten felhívjuk szíves figyelmüket a „Gyógyszerészet az Egészségért” alapítványra. Mint ismeretes, ebben az évben a személyi jövedelem 1%-át egyházi célokra, a további 1%-ot pedig megfelelő alapítványoknak ajánlhatják fel az állampolgárok.

Elsősorban köszönetét fejezi ki a kuratórium és az MGYT elnöksége az elmúlt évben 130 000 Ft-ot kitevő támogatásnak, amelyet gyógyszerészeink személyi jövedelemadójának 1%-os átutalásából használhatott fel céljaira.

Az alapítvány az MGYT célkitűzéseit szem előtt tartva évente 8 doktorképzésben (Ph. D.) résztvevő gyógyszerésznek nyújt havonta rendszeres támogatást (ösztöndíj kiegészítést, továbbá évente 5–10 egyetemi gyógyszerész oktatót támogatott az eredményei ismertetésében hazai és nemzetközi tudományos konferenciákon.

Ezt a támogatást csak a gyógyszerész kollégák további támogatásával tudjuk folyamatosan biztosítani fiatal kollégáink javára.

Kérjük ebben az évben is, és még többen támogassák az MGYT által kezdeményezett

„Gyógyszerészet az Egészségért” alapítványt.

Az alapítvány címe: 1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Az alapítvány adószáma: 18048195-1-41

Fontos, hogy az említett 1% részét képezi az APEH számára befizetett személyi jövedelemadónak, azonban a befizető rendelkezése alapján az APEH ezt továbbítani köteles a kedvezményezettnek. A rendelkezéshez az APEH által kiküldött formanyomtatványt, a „Rendelkező nyilatkozat”-ot kell kiállítani. A kitöltött rendelkező nyilatkozatot az önadózók az adóbevallási csomagban helyezhetik el, vagy akik munkáltatójukon keresztül adóznak, azok legkésőbb március 25-ig munkáltatójuk adóügyeket intéző egységéhez juttassák el.

Köszönettel:

Dr. Lipták József
a Magyar Gyógyszerészei Társaság
főtitkára

a „Gyógyszerészet az Egészségért”
alapítvány kuratóriuma

TUDOMÁNYOS ÉRTEKEZÉSEK

Gyógyszerészet 42. 90–94. 1998.

Klinikai gyógyszerészet. A gyógyszeralkalmazás új dimenziói Akadémiai doktori értekezés

Dr. Mezey Géza

A Tudományos Minősítő Bizottság 1997. április 30-án tartotta Mezey Géza (Kossuth Lajos Tudományegyetem Debrecen) „Klinikai gyógyszerészet. A gyógyszeralkalmazás új dimenziói” című akadémiai doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Székházában. Az értekezés opponensei Gergely Judith az orvostudomány doktora, Kedvessy György a gyógyszerészeti tudományok doktora, Nikolics Károly a gyógyszerészeti tudományok doktora voltak. A Bizottság elnöke, Rácz István a gyógyszerészeti tudományok doktora vezette a vitát. A titkár Plachy János a gyógyszerészeti tudományok kandidátusa volt. A bíráló bizottság tagjai Hernádi Ferenc, az orvostudományok doktora, Stenszky Ernőné, a biológiai tudomány doktora, Szász György, a kémiai tudomány doktora, Selmecei Béla, a gyógyszerészeti tudományok kandidátusa, Regdon Géza, a gyógyszerészeti tudomány kandidátusa voltak.

A bizottság álláspontja, a nyilvános vitában vitatott kérdésekről: Mezey Géza egy új, határterületi tudományág ismeretanyagának rendszerezésére, összefoglalására vállalkozott. A klinikai gyógyszerészet hazai meghonosításában jelentős részt vállalt, és ezen szakterületen alapvető érdemeket szerzett. Kísérleti eredményeivel nagyban hozzájárult a farmakoterápia fejlesztéséhez. Gyakorlati szempontból igen hasznosak a mellékletként benyújtott, társszerzőkkel írt könyvei is. Kezdeményező volt a „unit dose system” hazai bevezetése terén. Hazai egyetemek klinikusai elfogadták és alkalmazzák kezdeményezéseit. Értékes ajánlásaival új perspektívákat nyitott meg a gyógyszeralkalmazás területén, álláspontját a nyilvános vitában minden oldalról megvédte.

A munka és az elhangzottak alapján, a vitát követően az értekezést a Bizottság elismelő véleményével és nagy egyetértésével elfogadásra javasolta.

Az értekezéssel kapcsolatban 48 előadás hangzott el és 57 közleménye jelent meg a jeleltnek hazai és külföldi tudományos folyóiratokban és kiadványokban. E tárgykörből társszerzőkkel írott 4 könyve jelent meg.

1. A kutatás előzménye és célkitűzései

A gyógyszerészet egyik legdinamikusabban fejlődő ágazata az elmúlt negyedik században a klinikai gyógyszerészet, melynek szakmai és gazdaságossági előnyeiről a szakirodalomban számos közlemény jelent meg.

A klinikai gyógyszerészet hazai kifejlesztésében, bevezetésében, a fogalmak tisztázásában, a klinikai gyógyszerészet egyes összetevőinek értelmezésében és kidolgozásában hivatalos megnyilatkozások és elismerések szerint szerepem van.

A klinikai gyógyszerészet hazai kimunkálásával az a cél vezérelt, hogy a gyógyszerészet területén szerzett több évtizedes tapasztalataim alapján mindent elkövessek, hogy a gyógyszerészet, mint az egészségügy része, mind a tudomány, mind a gyakorlat vonatkozásában az eddiginél hatékonyabban biztosítsa az egyén és a társadalom egészségét és a jólétét. Tudományos tevékenységem ezért a klinikai gyógyszerészet területére koncentrált. Értekezésemet elsősorban a kandidátusi minősítemem óta eltelt 14 év alatt végzett kutatói és oktatói munkámat tükröző több, mint 60 közleményem, két könyv, könyvrészletek, jegyzetek adatai alapján állítottam össze.

A klinikai gyógyszerész a terápiás csoport azon tagja, aki gyógyszerismerete révén (ideértve a gyógyszerek farmakológiai hatását, mellékhatásait, interakcióit, laboratóriumi vizsgálatokra gyakorolt hatását, a technológiájával kapcsolatos kérdéseket is) közreműködik az optimális, tehát biztonságos farmakoterápia kialakításában.

Az European Society of Clinical Pharmacy definíciója szerint: „A klinikai gyógyszerészet a gyógyszerész szakmai magatartását írja le, aki ismereteit és képességeit a gyakorlatban, kutatásban és fejlesztésben kamatoztatja, hogy segítségére legyen minden ember optimális terápiájának biztosításában”.

Egyik oldalról tehát a gyógyszerek alkalmazásának tudományos szempontjai biztosítják a racionális gyógyszerterápiát, a másik oldalon ez a gyógyszerek gazdaságos, ésszerű felhasználásaként jelentkezik, így a klinikai gyógyszerészet az egészségügy gazdaságosságát, ezzel a gyógyszerrelátás ésszerű egyensúlyban tartását biztosítja. Elemző és szintetizáló munkám, tudományos tevékenységem arra irányult, hogy a klinikai gyógyszerészet lényeges elemeit kimunkáljam, iránymutató alpmunkaként közlétegyem.

A következőkben összefoglalom a fontosabb kutatási eredményeimet, melyek öt témakör köré csoportosíthatók:

1. A farmakoterápia javítása új gyógyszer technológiai megoldások segítségével;
2. Intravénás keverék infúziók, injekciók (additívek) készítésének és alkalmazásának klinikai gyógyszerészeti feladatai;
3. Klinikailag releváns gyógyszeres interakciók feldolgozása;
4. A klinikai kémiai laboratóriumi vizsgálatok eredményeit befolyásoló gyógyszerek elemzése;
5. A gyógyszerelosztási rendszer jelentősége a gyógyszerbiztonságban, az „unit dose system” hazai adaptálása.

2. Alkalmazott kísérleti módszerek

A disszertáció kísérleti módszerei sokrétűek voltak.

Az antidiuretikus hormonok hatását különböző gyógyszerformákban ozmometriás módszerekkel követtük.

Az intravénás additívek stabilitását és kompatibilitását organoleptikus megfigyelések mellett UV-spektrofotometriás és HPLC módszerekkel vizsgáltuk.

A kórházi-klinikai minőségbiztosítási eljárások kidolgozásakor

- műszeres analitikai (HPLC, NMR, IR);
- reológiai (rotációs viszkoziméter, extenzometria);
- fizikai módszereket (elektromos vezetőképesség mérés, konzisztencia vizsgálat) vettünk igénybe.

3. Az elért új tudományos eredmények összefoglalása

3.1. A farmakoterápia javítása új gyógyszer technológiai megoldások segítségével

A gyógyszer technológia és a biofarmácia betegorientált alkalmazása a farmakoterápiás célok elérésére klinikai gyógyszerészeti tevékenység. Az optimális gyógyszerterápia és a gyógyszerrendelés csak az orvos, a klinikai farmakológus és a klinikai gyógyszerész között kollektív együttműködés révén valósulhat meg. Ehhez kapcsolódóan alap- és alkalmazott gyógyszer technológiai kutatásokat egyaránt végeztem.

Gyógyszer technológiai kutatásaink egyik területe a rektális gyógyszerformák tanulmányozása.

E témakörben vizsgáltuk az oldódási megoszlás szerepét a hatóanyag-kioldódásban, felületaktív anyagok befolyását a kúpok hatóanyag-leadására, a konzisztencia hatását a biofarmácia tulajdonságokra, öntéses eljárást dolgoztunk ki középüzemi méretre új ható- és segédanyag-összetételű vaginális kúpokat állítottunk elő hüvelyi fertőzések kezelésére. E kutatások speciális kúpalapanyagok tanulmányozásához kapcsolódtak. Vizsgálataink eredményeit a klinikai gyakorlat mindmáig hasznosítja.

A klinikai gyógyszerészeti koncepció megvalósulását eredményezték a gyakorlati élet felvetései, melyek során mind terápiás, mind gazdasági szempontból eredményeket értünk el. Ezek között első helyre kívánczik antidiuretikus hormonok (vasopressin analógok) injekció, orrcsepp és szublingvális tablettá gyógyszerformáinak kialakítása, biológiai hasznosíthatóságának tanulmányozása

diabetes insipidusos betegeken. Eredményeinkből megállapítottuk, hogy antidiuretikus hormonrezisztens diabetes insipidusban a szintetikus oktapeptidok sikerrel alkalmazhatók orrcseppek és szublingvális tablettá formájában, dózisfüggően.

A spinalis anaesthesia hazai gyakorlati alkalmazásához saját kifejlesztésű tetrakain injekció előállításával járultunk hozzá. Itt is kiemelem a klinikai kooperáció jelentőségét, melynek révén sikerült olyan gyógyszerformát létrehozni, amellyel a műtéti arzenált bővítettük.

A vérellátási zavarok elkerülése végett vetődött fel a kérdés, hogy legalább az Rh-negatív véradók vérére hosszabb ideig tárolni, mint azt a hagyományos vérszabályozók lehetővé teszik. E célból irányítással fejlesztettünk ki egy adenin-guanozin tartalmú vérszabályozót, kidolgozva az előállítási technológiát és a megfelelő stabilitást. Vérkonzerváló oldatunkkal a tárolt vörsvértestek 2,3-difoszfoglicerát-tartalma és a hemoglobin oxigénaffinitása alapján a hagyományos vértartósítókkal 21 napig felhasználható készítménnyel szemben 35 napig tárolható a levett vér.

I. táblázat

Gyógyszer technológiai fejlesztő munkám összefoglalása

Megoldott technológiai feladat	Gyógyszerforma	Hatóanyag	Hivatkozás és megjegyzés
Öntéses eljárás	kúp	aranyér elleni kombináció	
Öntéses eljárás	kúp	Supp. spasmolyticum	
Hüvelykúpok	hüvelykúp	antibiotikumok	
Vasopressin analógok	injekció	Vasopressin	
formálása	orrcsepp	DDAVP	
	sublingvális tabl.	DVDAVP	
Injekció spinalis érzéstelenítéshez	injekció	tetracain	
Vértágító oldat	infúzió	adenin, guanozin	
Allopurinol inj. euhidrikus pufferrel	liofilizett injekció	allopurinol	
Elektróda gélek	gél	carbopol	OGYI által törzskönyveztve
Folsav injekció	injekció	folsav	
Benzoil-peroxid acne kezelésére	gél, lotio	benzoil-peroxid	OGYI által törzskönyveztve
Tejsav tartalmú externák	kenőcs	tejsav	
C-vitamin csepp	csepp	aszkobinsav	OGYI által törzskönyveztve
Lítium-karbonát tablettá	tablettá	lítium-karbonát	OGYI által törzskönyveztve
Para-aminoszalicilsav klizma	klizma	para-aminoszalicilsav	
Tesztoszteron propionát kenőcs	kenőcs	tesztoszteron-propionát	

Az allopurinol köszvény és hiperurikémia kezelésére csak tableta és kúp formájában áll rendelkezésre. Az intravénás allopurinol készítmény életmentő lehet, de kémhatása az intravénás alkalmazást nem teszi lehetővé. Ezért saját elképzelésem szerint az allopurinol liofilizálásával intravénásan alkalmazható injekciót állítottunk elő, amelyhez euhidrikus pufferrendszert dolgoztunk ki a fiziológiás kémhatás biztosítására. A készítmény stabilitását HPLC-s módszerrel bizonyítottuk.

Kiterjedt vizsgálatokat folytattunk az emberi test bioelektromos jeleit regisztráló EKG, EEG illetve ultrahangos készülékek működéséhez szükséges optimális elektródagélek kidolgozására, melyek jó tapadó képességgel, megfelelő reológiai tulajdonságokkal, optimális elektromos vezetőképességgel rendelkeznek.

Alkalmazott gyógyszer technológiai vizsgálataink a klinikum széles körét felölelték. Ma is élő alkalmazott gyógyszer technológiai megoldásaink közül fontosnak tartom a folsav injekció, a benzoilperoxidtartalmú készítmények (gélek, lotiók), és a tejsavtartalmú externák kidolgozását.

3.2. Intravénás keverék infúziók, injekciók (additívek) készítésének és alkalmazásának klinikai gyógyszerészi feladatai

A klinikai gyógyszerészi tevékenység alaptörvénye, hogy a gyógyszerbiztonságról gondoskodik a beteg érdekében. A gyógyszerbiztonság széles ívet átfogó fogalom, amelynek a biztonságos gyógyszeralkalmazás szempontjából meghatározó része az intravénás additívek készítése és helyes felhasználása. Ezek szabályszerű elkészítése, illetve alkalmazása magas szintű gyógyszer technológiai felkészültséget igényel és nem fogadható el az a korábbi és gyakran mai klinikai gyakorlat, mely szerint az additívek előállítását ápolónők, esetenként nem szakképzett ápolónők végzik. A parenterális oldatok elegyítésekor fellépő inkompatibilitás alapja az, hogy az előállításához felhasznált anyagok, stabilizátorok, pH-beállításához használt anyagok kölcsönhatásba léphetnek más parenterális oldatok hasonló komponenseivel az összekeverés után. Így kölcsönhatás jöhet létre hatóanyag-hatóanyag, hatóanyag-segédanyag és segédanyag-segédanyag között.

Az intravénás oldatok kombinációjával keverék injekciókban vagy infúziókban az inkompatibilitást fizikai, fizikai-kémiai vagy kémiai elváltozások jelzik: pH változás, zavarosodás, csapadék, elszíneződés, gázfejlődés, komplexképződés. A gyógyszerek adszorpciója az infúziós oldat tartályához, mint fizikai inkompatibilitás szintén meghatározó a gyógyszerhatás szempontjából. Az inkompatibilitás során egyrészt a beadandó gyógyszer részleges vagy teljes hatáscsökkenése következhet be és olykor toxikus termékek is keletkezhetnek. Másrészt klinikai mellékjelenségek is előfordulhatnak vegetatív tünetek formájában. Csapadékképződés következtében részecskeembólia is előfordulhat. Az inkompatibilitás mellett gyógyszerbomlás is bekövetkezhet. Az intravénás gyógyszerek hozzáadása a steril infúziós oldathoz (esetleg Y-csatlakozón

vagy infuzoron, perfuzoron keresztül) nemcsak mikrobiológiai és partikuláris kontamináció kockázatát jelenti, hanem az inkompatibilitás és instabilitás kockázatát is.

Az intravénás additívek problémakörét kismonográfiában foglaltam össze, elméleti és gyakorlati magyarázatot adva a biztonságos előállításához és alkalmazáshoz.

Az aminoglikozid antibiotikumok frekvenciájuk miatt részletesen foglalkoztam azok stabilitásával és kompatibilitásával. Hasonló jelentőséggel bírnak a béta-laktám antibiotikumok és béta-laktámáz inhibitorok kombinációi, melyek stabilitásvizsgálatának elvégzésével konkrét adatokkal járultam hozzá a gyógyszerek helyes alkalmazásához.

Összetettségük és speciális alkalmazásuk miatt nagy figyelmet szenteltem a parenterális tápláló oldatok témakörének, a parenterális tápláló oldatban alkalmazott gyógyszerek stabilitásának.

A parenterális gyógyszerbevitel legkorszerűbb módja a parenterális terápiás rendszerek alkalmazása, mely a betegkontrollált analgészia, diabetes kezelés, daganatok kemoterápiája, hormonterápia, antibiotikum kezelés, anti-koaguláns terápia területén jelent biztonságos gyógyszeralkalmazást. Ennek kapcsán feldolgoztam a parenterális terápiás rendszerek működési elvét és az ezzel kapcsolatos gyógyszerészi feladatokat.

Az intravénás additívek készítésének speciális területe a citosztatikum-tartalmú keverékek előállítása. Ennek különlegessége abban van, hogy a citosztatikumok hatásai és mellékhatásai révén nemcsak a betegek számára jelentenek kockázatot, hanem veszélyforrások is lehetnek az ilyen infúziók készítésével megbízott személyek számára is. Magyarországon elsőként írtuk le és dolgoztuk fel az ezzel kapcsolatos problémákat, a biztonsági intézkedések és a megoldások lehetőségeit.

Tények bizonyítják, hogy az intravénás additívek készítése szakmai és biztonsági szempontból nagyon sok kívánnivalót hagy maga után. Azt a jogos elvárást, hogy az infúziós keverékek, beleértve a gyógyszer tartalmú keverékek előállítását is, aszeptikus körülmények között készüljenek, az inkorporált gyógyszerek stabilitása biztosított legyen, a kémiai és fiziológiai inkompatibilitásokat elkerüljük, csak klinikai gyógyszerészeti tevékenység megvalósításával érhetjük el. E témakör részletes feldolgozásával ehhez kívántam hozzájárulni.

3.3. A kórházi gyógyszer-minőségbiztosítás modellje

A kórházi minőségbiztosítási rendszer fő célja az a követelmény, hogy a beteg számára olyan gyógyszereket állítsunk elő, amelyek biztonságosak, hatásosak és megfelelő kiszerezésűek. Ez a rendszer felöleli a gyógyszer tervezését, a termék ellenőrzését, a dokumentációt és gyógyszerelosztást, azaz a minőségbiztosítási rendszer egy készítmény gyártásának minden lépését érinti, beleértve a kezdeti gyógyszerfejlesztést, a gyógyszerforma tervezését, gyártását, a termelést és elosztást együtt a minőségbiztosítási rendszer hatékony irányításához szükséges interaktív végrehajtó minőségellenőrzési rendszerrel. Ki-

dolgoztuk a kórházi gyógyszerkészítés minőségbiztosításának komplex rendszerét.

Az általunk kidolgozott technológiai eljárásokhoz – stabilitás vizsgálatok céljára is – korszerű műszeres analitikai, reológiai és fizikai ellenőrzési módszereket javasoltunk.

Az allopurinol-készítmények stabilitásának, minőségének ellenőrzésére az általunk alkalmazott HPLC-módszer megfelelőnek bizonyult.

A folsav meghatározására egyszerű, gyors szelektív, nagy pontosságú HPLC-s módszert dolgoztunk ki, belső standard mellett, fordított fázisú rendszerben ionpárhépzést alkalmazva. A módszer alkalmas a stabilitási vizsgálatok elvégzésére is.

β -laktamáz inhibitorok és β -laktám antibiotikumok stabilitásvizsgálatát NMR spektrométerrel végeztük (Bruker AM-400 ASPECT 300 komputerrel) a mérési időpontokban protonspektrumok felvételével. Az eredményeket értékelve megállapítottuk, hogy az NMR spektrometria rendkívül érzékeny módszer, amely megmutatkozik a bomlástermékek megjelenítésének azonnali kimutatásában. Így a HPLC vizsgálatokhoz viszonyítva a tárolási időt tekintve hamarabb észlelhetők a bomlástermékek.

A morfinium-klorid teljes gyógyszerkönyvi ellenőrzése során figyeltünk fel egy bomlástermékre, amely kromatográfiás (oszlop-, gél-, rétegekromatográfia), UV, IR, NMR és tömegspektrometriás vizsgálataink alapján 10-oxomorfinnak bizonyult. A vegyület vizsgálataink alapján 0,3–0,5%-ban van jelen a morfin szubsztanciában ill. az oldatkészítés körülményeitől függően a készítményekben [57].

Az orvosdiagnosztikai készítmények közül az emberi test bioelektromos jeleit regisztráló EKG, EEG és ultrahangos készülékek működéséhez elengedhetetlenül szükséges az életkródagék alkalmazása. Ezek mechanikai és hőstabilitása, időbeli állandósága valamint elektromos vezetőképessége használatosságuk fontos jellemzője. A korábbiakban alkalmazott minőségi jellemzők helyett egzakta, jól reprodukálható reológiai paraméterek kidolgozásával tettünk javaslatot az optimális kontaktgélek standardizálására. Reprodukálható vizsgálati módszert dolgoztunk ki az elektródagék elektromos vezetőképességének ellenőrzésére és az egyes készítmények összehasonlító értékelésére.

A kúpalapanyagok „optimális konizisztenciájának” számszerűsítésére a kúpos folyáspont értékének meghatározása alapján tettünk javaslatot.

Ezen kutatási eredmények a klinikai gyógyszerészeti kutatások összességének argumentumai.

3.4 Klinikailag releváns gyógyszeres interakciók feldolgozása

A klinikai gyógyszerészet tulajdonképpen a gyógyszeralkalmazás kontrollja. A gyógyszeres kezelésnek vannak veszélyei, amelyek akkor igazán nagyok, ha nem csupán egy gyógyszert alkalmazunk, és ezek egymással szembeni interakcióik nem ismertek. Úgy véltem, hogy

szükség van egy összefoglaló munkára, amelyben magyar nyelven egy helyen megtalálhatók a hazai gyógyszerkincs kölcsönhatásai és amelyben azonnal lehetőség van utána nézni annak, hogy adott konkrét gyógyszeres kezelés kapcsán milyen kedvező vagy kedvezőtlen gyógyszerkölcsönhatások léphetnek fel. Az 1979-ben megjelent gyógyszerkölcsönhatásokkal foglalkozó könyvünk segítséget nyújtott az azóta létrehozott gyógyszerterápiás bizottságok tevékenységéhez, a gyakorló orvosok, klinikusok eredményesebb működéséhez, hogy a területükön észlelt kölcsönhatásokból eredő eseményeket helyesen értékeljék, a helyi gyógyszerelési gyakorlatot kritikusan átvizsgálják, a „gyógyszerezési kultúrát” javítsák.

Az azóta eltelt idő alatt a hazai gyógyszerkincs jelentősen bővült és a gyógyszeres interakciókkal kapcsolatos ismeretanyag is rendkívüli mértékben gazdagodott. Pontosabban ismerjük a kölcsönhatások mechanizmusát, súlyosságát, gyakoriságát. Ez a részismeret lehetővé teszi a betegek lehető legjobb kezelését, azaz a gyógyszeres terápia maximális kiaknázását a gyógyítás érdekében, továbbá a lehetséges veszélyek kiküszöbölését azáltal, hogy figyelembe vesszük azokat és ellenőrizzük a kezelés alatt álló betegeket. Gyógyszerkölcsönhatásokkal foglalkozó – *Aslammal* írt – új könyvünkben az előzőtől eltérően részletesen ismertettük a kölcsönhatások mechanizmusát, következményeit és javaslatot tettünk a kölcsönhatások elkerülésére. A gyógyszerkölcsönhatások jelentőségének és gyakoriságának megítélésakor figyelembe vettük, hogy a kölcsönhatások klinikai megfigyeléseken alapultak-e, kellően dokumentáltak-e, a terápia sikerének vagy a beteg biztonságának korlátozása relatíve gyakori-e, veszélyes-e.

A visszajelzések arra utalnak, hogy a gyógyszerkölcsönhatások feldolgozásával segítséget nyújtottunk mind a gyakorló orvosok, mind a klinikai gyógyszerészek tevékenységéhez. Számukra a konkrét interakciók ismerete mellett fontos feladat jut a feltételezett interakciók elbírálásában, az ehhez nyújtott didaktikai segítséggel is a komplex terápia javítása volt a célunk.

3.5 Klinikai kémiai laboratóriumi vizsgálatok eredményeit befolyásoló gyógyszerek elemzése

Ismert tény, hogy a gyógyszerek okozta diagnosztikai tévedések rendszerint a megváltozott laboratóriumi eredményekből következnek. A gyógyszerek okozta diagnosztikai tévedések közvetett úton gyógyszerátlomnak is tekinthetők és ez is indokolta, hogy e kérdéssel részletesebben is foglalkozunk, hiszen e hibák kiküszöbölése az orvoslásban szükséges.

Ez késztetett arra, hogy e témát részletesen elemezzük. Első munkánkban csak a gyógyszerek okozta hamis pozitív vagy negatív reakciókra utaltunk.

A váratlan laboratóriumi eredményváltozásokkor tehát mindig érdemes a gyógyszerek esetleges befolyására gondolni. Ezért a különböző testnedvekben végzett vizsgálatok, meghatározások szerint csoportosítva feldolgoztuk e reakciók gyógyszeres befolyásolásának módját. Ezekben utalunk a gyógyszerek farmakológiai hatása miatt létrejött

laboratóriumi eredményváltozásokra is. Bár ezekben az esetekben nem a módszer gyógyszer-okozta hibájáról van szó, de úgy véltük, ez szükséges ahhoz, hogy a kiértékelést végző szakember egy hirtelen eredménycsökkenés vagy növekedés esetén gondolhasson a gyógyszer okozta hatásokra is. A klinikai farmakológia és a klinikai kémia ezen a határterületen találkozik és itt lehet és kell, hogy szerepe legyen a klinikai gyógyszerésznek. Ő az a szakember, aki koordinálni tudja e szakterületen fellépő problémákat, de sok esetben segíteni tud a gyógyszerész-beteg compliance kapcsán is. Társszerzővel írt könyvünk segítséget adott a gyakorló orvosoknak és gyógyszerészeknek a laboratóriumi eredmények helyes értékeléséhez.

3.6. A gyógyszerelosztási rendszer jelentősége a gyógyszerbiztonságban: az „unit dose system” hazai adaptálása

A gyógyszerelosztási rendszer és a gyógyszerbiztonság szoros összefüggésben állnak egymással. Számos közlemény bizonyította, hogy a kórházi gyógyszerrendelés és elosztás során az elkövetett hibák száma megközelítette a 10–25%-ot. A gyógyszerelosztási rendszer megválasztásának tehát legfőbb kritériuma a hibalehetőségek csökkentése. Az „unit dose system” kialakításához a gyógyszerbiztonság növelése és a gazdaságosság fokozása iránti igény vezetett el. A cél olyan rendszer kialakítása volt, amely biztosítja a gyógyszerészetben kötelező négy alapfeltétel megvalósítását: a megfelelő gyógyszert a rendelt adagban és időben a megfelelő beteg kapja meg.

Felismerve, hogy a hazai gyakorlatban is az intézeti gyógyszerész és a beteg között rizikófaktorok láncolata van, és hogy minél rövidebb ez a lánc és minél kevesebb az a manipuláció, amelyet nem gyógyszerészek végeznek a gyógyszerrel, annál nagyobb a biztonság, javaslatot tettünk az „unit dose system” hazai bevezetésére.

Az egyszeri adagos gyógyszerkiadási rendszer feltételeinek ismeretében megkíséreltük adaptálni hazai viszonyokra a módszert, melynek alapján meggyőződünk arról, hogy az egyszeri adagos gyógyszerkiadási rendszer a gyógyszeres terápia prospektív felülvizsgálatának lehetőségével és gazdaságosságával olyan gyógyszerbiztonságot fokozó eljárás, amelyhez érdemes a szükséges feltételeket megteremteni.

Ráműtöttünk arra is, hogy egy ilyen jelentős technikai és személyi feltételeket igénylő rendszer bevezetése megfelelő menedzselés nélkül nem valósítható meg. Stratégiát javasoltam az „unit dose system” elfogadtatására, részletesen ismertettem a módszer előnyeit és hátrányait, rámutattam arra, hogy az egyszeri adagos gyógyszerkiadási rendszer előnyei meghaladják annak hátrányát.

4. Az eredmények gyakorlati hasznosítása

Napjaink nagy ellentmondása, hogy a rendelkezésre álló rendkívül gazdag gyógyszerkincs felhasználását az egészségügy rendelkezésére álló szűkös gazdasági lehetőségek erősen korlátozzák. Ez a tény kényszerítő erőként követeli a racionális gyógyszerterápia megvalósítását. Kétségtelen, hogy a gyógyszer és a beteg kapcsolata elválaszthatatlan.

A klinikai gyógyszerészetben olyan koncepciót javasoltunk, amely új lehetőséget és irányt ad a gyógyszerészetnek. Munkásságom célja a klinikai gyógyszerészet területeinek, összetevőinek meghatározása, az egyes területeinek alkotóelemeinek kimunkálása volt. Egy koncepciót tartam fel a magyar gyógyszerészet számára, és ehhez sok kisebb részlet kimunkálásával (intravénás aditívek, gyógyszeres interakciók, laboratóriumi vizsgálatokat befolyásoló gyógyszerek) kívántam a klinikai gyógyszerészet koncepcióját segíteni és szükségességét bizonyítani.

E területen végzett munkám legfőbb eredményeként – azon kívül, hogy alkalmazott gyógyszer technológiai megoldásaink „élnek”, könyveink gyakorlati hasznáról számos visszajelzést kaptunk – azt tartom, hogy a Gyógyszerésztudományi Karokon – munkásságom eredményeként is – a klinikai gyógyszerészetet főkéllégiumként oktatjuk, amely e koncepció elismerését jelenti és nagyobb mértékű elterjedésének új lehetőségét ad.

IRODALOM

Az irodalomjegyzék a szerzőnél illetve a szerkesztőségben.

G. Mezey: *Clinical pharmacy. New dimensions of drug use. Doctor's dissertation at the Hungarian Academy of Sciences.*

Magángyógyszertárak leltározását

hétvégén vállaljuk.

Pintérmé Jambrich Judit
407-2302 + üzenetrögzítő, 180-8669

Nagy Lajosné
220-7958

AKTUÁLIS OLDALAK

Gyógyszerészet 42. 95–98. 1998.

Szakmai kihívások és megoldások a közforgalmú gyógyszerészetben*

Dr. Mohr Tamás

A gyógyszertárak magánosítása lényegében befejeződött. Az átalakulás sok anyagi, erkölcsi és szakmai problémát vetett fel. A hazai és külföldi szakirodalom sokféle megoldást javasol. A dolgozat a vélemények között tallózik és kíván állást foglalni.

Az egészségügyi ellátó rendszerben bekövetkezett gazdasági és szakmai változások „tabula rasa”-t eredményeztek a gyógyszertárak életében. Örökösnek látszó szakmai tiltások szűntek meg (lásd expedíció), gazdasági monopóliumok tűntek el, vagy alakultak át (lásd a kb. 100 nagykereskedő pozícióharcát).

Lényegében szabaddá, önállóvá lett mintegy 2000 magyar gyógyszertár. Erkölcsileg, jogilag a papírforma szerint talán önállóak, de valójában sokan a patikaláncok vagy a bankkölesönök foglyai. Számukra egy lehetőség maradt: a forgalom hajszolása, hogy a hitelek törlesztése mellett, az önköltségek csökkentése révén, egy fokkal jobban éljenek, mint egykor beosztottként! Az erkörsileg hiteles, magas színvonalú szakmai munka helyett sok gyógyszertárban a létért való harc és pozícióharc folyik. De ne feledjük el, hogy a gyógyszerészet nemcsak megélhetési forrás, hanem a beteg érdekében vállalt szolgálat is.

Röviden szólunk kell az utóbbi években szakmánkat érintő jelenségekről, kritikai megnyilvánulásokról.

Kézi eladás, öngyógyítás, OTC termékek

1957-ben írta *dr. Küttel Dezső*: „ne felejtjük el, hogy a kézieladás gyógyszerészi feladat” [1]. Jól látta, hogy a gyógyszerész–beteg kapcsolat kabinetkérdés, mivel a beteg előtt igazán csak a gyógyszerésznek van hitele.

A 70-es években többszörösére nőtt a gyógyszerészi forgalom. 1982-ben egy konferencián a következőket mondta az öngyógyításról *Bayer* professzor: „A laikus nem tud diagnózist felállítani, nem ismeri a gyógyszereket, tehát nem tud gyógyszert választani, sem helyesen adagolni. Ezek tények, amin nem lehet vitatkozni. Az is tény viszont, hogy az öngyógyítás mindig is létezett, és társadalmilag elfogadott jelenség. Amíg a gyógyszerrendelés esetén a döntés az orvos kezében van, a recept nélküli gyógyszerbeszedés esetén a gyógyszerbiztonság egyedüli őre a gyógyszerész” [2].

Azóta a liberálisabb törvényi felhatalmazás, az erőteljes gazdasági behatás és a társadalombiztosítási változások, a gyógyszerek expedálásának rendjét alaposan megváltoztatták.

Az OTC-nek nevezett termékek hazánkban nem csak a recept nélkül kiadható gyógyszereket jelentik, hanem – a híradások szerint – a gyógytermékeket, biokozmetikumokat és az egyes homeopátiás készítményeket is. De ki expediálhatja ezeket? A gyógytermékeket az asszisztenseknek oktatják, a gyógyszerészeknek nem. Nincs szükség ennek módosítására?

Voltak Önök már olyan drogériában, ahol gyógyszert adtak ki? Én már voltam. De mit várunk a drogériáktól, ha több gyógyszertárban szolgáltatnak ki (a betegek jelzése szerint) recept nélkül is kétkeresztes gyógyszereket. Hol van az ellenőrzés?

A betegek felvilágosítását szolgáló újságaink, így a *Patika Tükör*, a *Patika Magazin*, majd a *Recept nélkül* közölni kezdtek egyes betegségeket ismertető rövid orvosi tárcákat. A minden dicsőretet megérdemlő orvos kollégák azonban tapasztalataim szerint gyakran azt érték el, hogy a betegek már orvosnak hiszik magukat és ők rendelnek.

A „Recept nélkül” egyik közleménye szerint [3] az „öngyógyítás során recept és orvosi utasítás nélkül, jó vagy rossz ismereteink alapján alkalmazunk gyógyszert saját panaszainkra stb. Ide sorolható a laikusok (pl. a szomszéd) által ajánlott gyógykezelés is”.

Az önkezelésnek, öngyógyításnak azonban csak bizonyos tünet- és betegségcsoportokban van létjogosultsága. Ezek a következők:

1. láz,
2. megfázás,
3. fejfájás,
4. egyéb fájdalmak,
5. görcsök,
6. emésztési zavarok:
 - gyomorsavtúltengés,
 - epebántalmak,
 - székrekedés,
7. köhögés,
8. bőrgombásodás,
9. általános roborálás, betegségmegelőzés,
10. vitaminpótlás.

Solti Magda [4] vizsgálatai szerint Európában általában a gyógyszertárak a recept nélkül kiszolgálható OTC termékek forgalmazási helyei. Olaszországban az élelmiszerkereskedők harcolnak az OTC termékek forgalmazási jogáért, viszont Spanyolországban csak a gyógyszerészek tudását tartják megfelelőnek e termékek kiszolgálásához.

Szegő Levente [5] szerint a gyógyítás felelősségét az

*Siófokon a MOSZ VII. kongresszusa keretében megtartott szervezési konferencián 1997. októberében elhangzott előadás alapján készült dolgozat.

állampolgárokra hárító egészségpolitika az egyént teszi érdekelt partnerré, de legfontosabb e téren a *gyógyszer-gyárak érdekeltisége*. Magyarországon – a szerző szerint – az egészségtudat alacsony színvonala miatt a reklámozás sem volt megfelelő az OTC termékeknél. A termékek OTC forgalmazásra alkalmassá tétele céljából a dózist általában csökkenteni kell. Gyógyszerformulálásra és vivőanyagok változtatására is sor kerülhet, mivel a gyakori használat irritációt, mellékhatást okozhat.

Vajon megfelelően felkészült-e a magyar lakosság arra, hogy egészsége helyreállításának, megóvásának terhéért gyorsan növekvő ütemben tegyék a vállára? Problémát okoz, hogy egészen más gyógyszerelési szokásokhoz szokott a páciens. Az orvosi útmutatások követése helyett majd figyelmesebben elolvassa a tájékoztatót – ha megérti –, s a gyógyszerárban megkapja az OTC termékekről a kellő ismereteket és a részletes használati utasításokat. Kérdés, hogy ez elégséges-e?

A Gyógyszerészeti Hírlapban [4] *Fehér Tibor* az OTC forgalom akadályaként azt emelte ki, hogy az általános iskolától az egyetemig hiányzik a komolyabb egészségügyi nevelés [6]. Az öngyógyításhoz szükséges ismeretek és az egészségnevelés kevés publicitást kap. A gyógyszerismeretek vagy semmitmondók, vagy csak a tudományos világ érti azokat. A hétköznapi ismeretek kiterjesztése és a tapasztalatok összegzése Magyarországon előfeltétele lenne az öngyógyítás elterjedésének.

Az Európai CP-Bizottság 1997. áprilisi döntése szerint „az öngyógyítás az orvosok és a gyógyszeripar képviselőinek a gyógyszerészek erőterében az egyik ütközőzónája. A beteget felvilágosítják, tehát legalább félművelt. Így később, a félrekezelte betegségek, a gyógyszerek mellékhatása, vagy a szövődmények következményei drágábbak, veszélyesebbek és tovább tartanak, mint a szokásos orvosi kezelés” [7]. Az öngyógyítás vagy öngyógyítás a beteg saját kezdeményezésére és felelősségére történik. *Az öngyógyítás tehát a beteg felelőssége*. A bizottság szerint az alábbi esetekben jön szóba az öngyógyítás:

1. megfázás,
2. influenza,
3. köhögés,
4. torokfájás,
5. visszatérő allergiás nátha (a szénanáthát is ideértve),
6. aphta a szájban,
7. emésztési zavarok,
8. gyomorégés,
9. székrekedés,
10. hányás,
11. hasmenés,
12. aranyerek,
13. napszúrás,
14. szemölcsök,
15. enyhe vagy közepes fájdalommal járó fejfájás, izomfájások és bőrbetegségek.

Nyomatékosan hangsúlyozzák, hogy ez a terápia, mely nem tudományosan megalapozott diagnózisra épül, az orvosi tevékenység szabályaival ellentétes. Elfogadják tényként, hogy minden országnak hagyományai vannak a gyógyítás terén, egyes országokban a paramedikális fog-

lalkozások teljesen elismertek, de megállapítják, hogy ezek a módszerek nem többek, mint kiegészítők, és sohasem helyettesíthetik a hagyományos orvosi kezelést tudományosan megalapozott diagnózis nélkül.

Természetgyógyászat, alternatív medicina

A hazai 40/1997. NM rendelet előírása [8], hogy a természetgyógyászat szabályozottan, képesítéshez kötve, ellenőrizhetően történjen, a sarlatánkodástól, a beteg ember bizalmával tisztességtelenül visszaélők ártalmas tevékenységétől elhatárolható legyen.

A kétféle gyógyászat nem választható el, nem állítható szembe egymással, kapcsolatukból újabb haladás is származhat. Fontos, hogy a természetes gyógymódokban fellelhető valódi érték nem vesszen el, de mentes legyen a nyereszkeskedő, demagóg törekvésektől.

A rendelet szerint a betegség megállapítása és a terápiás terv elkészítése a beteg egészségi állapotának figyelembe vételével orvosi feladat. A beteg gyógykezelésébe természetgyógyászt lehet bevonni. Mivel mind az orvosi, mind a gyógyszerészeti gyógyító tevékenység jórészt a gyógynövényekből eredeztethető, ne kerüljük ki, ne is hanyagoljuk el ezt a gyógyítási formát. Úgy gondolom, hogy a gyógyszerész a rendelet szerint vizsgával záruló továbbképzés után, különösen a fitoterápia területén működhet hasznosan.

Az általános orvosi gyakorlatban a természetgyógyászatot kívül általában használják az *alternatív medicina* fogalmát. Mivel a gyógyszerészetnek is van kapcsolata az elmondandókkal, *Pietroni* 1992-ban megjelent cikkéből kívánok idézni [9]. Az alternatív terápia négy fő területén alkalmazott kezelési módok:

- teljes rendszerek: homeopátia, oszteopátia, gyógynövények alkalmazása, akupunktúra,
- diagnosztikus eljárások: íriszdiagnosztika, kineziológia, hajszáleanalízis, auradiagnosztika,
- terápiás eljárások: masszázs, akupunktúra, reflexológia,
- öngyógyítás módszerei: meditáció, jóga, relaxáció, diéta.

A felsoroltakból kitetszik, hogy több kapcsolódási pontunk is van, de az is, hogy pl. az öngyógyítást nálunk az öngyógyítással kapcsolatban szokás emlegetni.

Pietroni szerint már nem tartható az a szokványos orvosi meggyőződés, miszerint etikátlan eljárás alternatív gyógyászhoz küldeni a beteget. De a szerző továbbra is fenntartja az orvosok klinikai felelősségét.

Egyes gyógynövények gátló hatással vannak a gyógyszerek felszívódására és bizonyos esetekben a gyógyszerekkel negatív kölcsönhatásba lépnek, állítja *dr. Marc Micozzi* [10] a philadelphiai orvosi kamara elnöke. *Sampson* professzor [11] szerint sok alternatív gyógymód „veszélyes, ha nem éppen örülség.” A betegek hatástalan kúrát kapnak, miközben kaphatnának valóban hatékony terápiát is. „A gyógyfüvek, vitaminok és egyéb alternatív gyógykészítmények egyáltalán nem ártatlanok”, állítja *Nancy C. Elders* [12]. „Olyan alkotórészeket is tartalmaz-

hatnak, amelyek egyes problémákra súlyosbítólag hatnak, vagy kölcsönhatásba léphetnek a házi orvos által felírt gyógyszerekkel.” *Dr. Gillerest* [13] fontosnak tartja, hogy az orvosok tudjanak róla, ha a betegük ilyen kezelést kap. *Rosenfeld* [14] a *Bevezetés az alternatív gyógyászatba* című könyv szerzője szerint: „meg kellene próbálnunk ezt az egészséget egy, a hagyományos egészségügyi rendszert kiegészítő rendszerre formálni; túl késő, hogy kenyértörésre vigyük a dolgot.”

Úgy gondolom, ez a felismerés áll legközelebb a már citált *Pietroni* felismeréséhez, aki szerint az alternatív gyógyászat – elfogadás esetén – folyamatosan betagoódik az egészségügyi ellátásba.

De hogyan kapcsolódjunk ebbe a folyamatba? Vagy már tesszük is, ami tőlünk elvárható?

A *klinikai gyógyszerészet*ről az 1986-ban Budapesten tartott nemzetközi szimpózium deklarációja [15] így fogalmaz:

1. A klinikai gyógyszerészet interdisziplináris, tudományos és gyakorlati, farmako-terápia orientált tevékenysége a gyógyszerészeknek, amely a gyógyszerek optimális, biztonságos és racionális alkalmazását teszi lehetővé. Beteg- és orvoscentrikus; a fekvő- és járóbeteg-ellátás intézményeiben egyaránt művelhetik konzultációk, tanácsadás, farmakokinetikai laboratóriumi munka keretében.

2. A klinikai gyógyszerészet tevékenységi köre:

a) gyógyszerinformáció: gyógyszer-dokumentációs és információs rendszerek kialakítása és működtetése,

b) együttműködés az orvosokkal a gyógyszerek kiválasztásában és alkalmazásában,

c) a gyógyszerfelhasználás ellenőrzése (Drug monitoring).”

Több következtetést vonhatunk le. El kell határolni magunkat az olyan megállapításoktól, melyek szerint a klinikai gyógyszerészetet csak a kórházi osztályokon, klinikákon lehet végezni. A klinikumot a nyugati szóhasználatban tágabban értelmezett funkcióként célszerű alkalmazni. Eszerint az a közfoglalomban dolgozó kolléga, aki az orvosnak gyógyszerekkel kapcsolatos tájékoztatást nyújt, a gyógyszer-expediálás alkalmával interakciót fedez fel, vagy a beteget informálja a helyes gyógyszereszedésről, feltétlenül klinikai gyógyszerészi feladatot lát el.

Gyógyszerészeti gondozás

A Gyógyszerészet 1997. márciusi számában jelentős tanulmány jelent meg *Stájer professzor* tollából: Gyógyszerészi gondozás – új szakmai varázsgolyó? címmel [16]. Néhány gondolatot idézek a cikkből, mely főleg amerikai közlemények korrekt összefoglalója. „A gyógyszerészi gondozás a szakma új filozófiája.” „A klinikai gyógyszerészet révén megszerzett készséget csupán eszköznek kell tekinteni, mely a gyógyszerészi gondozáshoz szükséges...” „A gyógyszerészi gondozás főként az officinai gyógyszerész fegyvere, aki mindennap találkozik a beteggel és akinek kezében van a terápiában használt gyógyszerek egész hatékony fegyvertára...” „*Megfelelő ismeretek szükségesek a gyógyszerész számára: gyógy-*

szerezési és klinikai farmakológia, hogy a gyógyszerészi gondozással foglalkozhasson...” „Integrálni kell az egészségügyi rendszerbe, hogy teljes mértékben a betegek javát szolgálja...”

Hogy mennyire fontos ez a kérdés, mutatja a szerző által közölt adat, mely szerint nem adekvát gyógyszerek miatt 1971-ben az USA-ban 140 ezer beteg halt meg, és 1 millió beteget kezeltek kórházban. A szerző szerint „...kissé nehezíti a helyzetet, hogy a gyógyszerészi gondozás részben átnyúlik az orvosok és a beteggondozók tradicionális területére”.

Hadd vessem itt közbe, hogy a jelzett amerikai irányzat erősen keveri a kórházi, a klinikai és a közfoglalmú gyógyszerészet elemeit. Érdekes, új stratégia, amely a gyógyszerészt teszi felelőssé a gyógyszeres terápiáért, de úgy gondolom, hogy az eddignél jobb egyetemi felkészítés és jogszabályi felhatalmazás nélkül ez csupán hasznosítható jó szándék marad. S talán az sem ártana, ha a közfoglalomban dolgozók is elmondhatnák aggályaikat.

Előrelépünk, vagy hátrálunk

Feltétlenül szólnunk kell arról az elmégesedett vitáról, ami az önkiszolgáló gyógyszertárak tervezett beindításával és az öngyógyítás veszélyeivel foglalkozik. Egyetértek *dr. Valiskóné* véleményével, amit a budapesti patikusklub egyik rendezvényén mondott el: „Az önkiszolgáló gyógyszertár azoknak a befektetőknek az ötlete és törekvése, akik a gyógyszertárban dolgozó gyógyszerészek számát csökkentve kívánnak extra profitra szert tenni.” Csak a haszon érdekes [17]?

Nem értek egyet azzal, hogy az újonnan végzett aszisztens a jelen törvények szerint nem expediálhat OTC terméket, viszont a beteg önmagát szabadon mérgezheti, mivel ő már mindent tud.

Néhány kérdésre reagálnom kell a Paál Tamás [18] professzor által jegyzett „Nem tudok elvakult tenni” cikkkel kapcsolatban is, amely lényegében a szabadpolcos gyógyszerkihelyezést elemzi. A gyógyszerek elhelyezése polcokon, melyet a beteg közelről megtekinthet és a gyógyszerek között válogathat, azért nem valószínű, mert előírások, az OGYI és a tisztifőgyógyszerész határozzák meg, hogy milyen gyógyszereket kell zárt szekrényben, fiókban, egymástól jól elválasztva elhelyezni. Véleményem szerint ne a beteg állítson fel diagnózist, hanem panaszai alapján a gyógyszerész kísérelje meg a megfelelő gyógyszer kiválasztását.

A gyógyszertárak 80–90%-a olyan kis alapterülettel rendelkezik (80–110 m²), ahol a bemutatásra szolgáló szabad polc és a külön pénztár nem is oldható meg. Az expedíció és a pénz átvétel általában egy helyen történik. Az ún. külön felállítandó információs tárat ekkora alapterületen lehetetlen helyezni.

Ugyanez vonatkozik a különböző gondolás megoldásokra is. Az esetleges lopások anyagi terheit talán még vállalni tudná a vállalkozó gyógyszerész, de az ebből eredő mérgezések bünvádi ódiumát nem vállalhatjuk (lásd: az amerikai mérgezések tapasztalatait).

Az Európai Gyógyszergyártók Szövetsége 33. Kongresszusának sajtótájékoztatóján kiemelték az Európai Unió azon törekvését, hogy engedélyezzék mindenhol az öngyógyításra, öngyógyszerezésre alkalmas készítmények reklámozását valamennyi médiában [19]. A gyártók szorgalmazzák, hogy a társadalombiztosítás által nem támogatott készítmények árát szabadon, piaci alapon határozhassák meg. Ezek szerint pl. a Kalmopyrin tableta ára az egyik gyógyszertárban a hivatalos 99 Ft lenne, a másikban mondjuk 92 Ft, mert azt a gyártó cégtől vette a gyógyszertár? Nem tudom, mit szólnak majd ehhez a nagykereskedők és mit szólnak hozzá a betegek?

Számomra az Európai Gyógyszergyártók Szövetségének kongresszusán elhangzott legellenszenvesebb kijelentés az volt, hogy a gyógyszerész *exkluzív* helyzete akkor maradhat csak fenn, ha együttműködik a gyártókkal és a fogyasztókkal. Ha valóban szó szerint ez hangzott el, akkor ez egy igen tapintatlan fenyegetés. S ha a gyógyszertárak *exkluzívan* összefogva egy nagykereskedővel nem az érintett gyártót vásárolnak, hanem egy másik gyártót, akkor kinek a térfelén fog pattogni a labda? A gyártók a fogyasztókról szónokolnak. Mi ezt a fogalmat nem ismerjük. Mi a fogyasztóinkat betegeknek mondjuk és tartjuk. Minket nem hat meg a csodálatos tv hirdetés pl. a kis elefántot felemelő nagy elefántról, mert mi a tudományos gyógyszerismertetést fogadjuk csak el.

Régóta borzolja a kedélyeket az a kérdés, hogy valójában nagy-e hazánkban a gyógyszerfogyasztás van nem? Helyes-e az import és az itthon gyártott gyógyszerek aránya? Két éve erről nyilvános vita volt. A külföldi gyógyszergyártók hazai képviselője azzal söpörte le a hazaiak érveit, hogy nem a gyógyszerekért kifizetett összeg a döntő, hanem az, hogy a magyar gyárak jelenleg is több doboz gyógyszert hoznak forgalomba, mint a külföldiek. Szakmánkban ekkora mellébeszélés nem ildomos. Az nem számít, hogy mekkorák ezek a dobozok? Kiszámítottam, hogy 10 doboz Doxium, Gilemal, Elenium tableta ára felel meg egy doboz közepes árfekvésű importált gyógyszernek. Örülök, hogy Paál Tamás professzor a Gazdaság és Gazdálkodás egyik számában helyére tette ezt a kérdést és ennek kapcsán azt is felhozta, hogy nálunk viszonylag kevés a kórházi nagy csomagolás [20]. Hadd kérdezzem meg: miért nincs a közforgalomban kórházi csomagolás a krónikus betegségekben szedett gyógyszerekből? Miért nem kaphatók a részben gyógyszerkönyvben is szereplő gyógyszeralapanyagok, melyeket a bőrgyógyászati készítmények hatóanyagaként gyakran összekevertet az orvos? Talán azért, mert akkor a gyártók kevesebbet keresnének? A beteg érdekei nem számítanak?

Örülök, hogy Paál professzor ugyanezen cikkében felvetette az elhamarkodott reklámtörvény következményeit. Magam is említettem az egyik hirdetés elefántjait. Ötletes és szellemes hirdetés, de a belgyógyászok szerint tízszeresére nőtt a lakossági paracetamol mérgezések száma. Kérem, felejtjük már el azt a szöveget: „ha szedés

közben problémája van, forduljon orvosához vagy gyógyszerészéhez!” A beteg először menjen el orvosához, vagy gyógyszerészéhez! Ott mondja el a problémáit! Ők majd eligazítják, hogy mit, mennyit és meddig szedjen, és azt is, hogy mit ne szedjen mellé!

Felmerül a kérdés, hogy a számos kihívásra miként képzhetjük fel gyógyszerészeinket és asszisztenseinket. Egyszerű a válasz: jobb és hatékonyabb továbbképzéssel. Tarthatják ezt cégek is, de szervezeten, s a részvétellel egyenlő esélyt teremtve! A HIETE Gyógyszerészeti tanszékét kár kihagyni, mert óriási tapasztalat áll mögöttük. Itt szeretném ajánlani 1997-ben újjáformált Kórképek, tünetek, terápia című könyvünket is, amely talán segítséget ad az OTC termékek expedálásához. Fogjon végre össze minden szervezetünk, hogy a magyar gyógyszerészet európai etikájával ellentétes módszereket és a nemtelen anyagi próbálkozásokat visszautasíthassuk.

Olvastam egy érdekes cikket, melynek címe: „Regnorum fundamentum”, vagyis az uralkodás alapja [21]. Igen elgondolkodtatott. A felsorolt gazdasági problémák, szakmai kihívások idején nekünk is meg kellene határozni a Pharmaciae Fundamentumot, a gyógyszerészet jelenlegi hiteles alapjait; az erkölcsi, a törvényi és igazgatási elveit, a szakmai kiképzés és továbbképzés feladatait, az ellenőrzés és a fontolva haladás ismérveit. Ez fonalmérték lehet ahhoz, hogy a gyógyszerészet ismét egy szolgáló, szerény, de biztos megélhetést teremtő polgári foglalkozás legyen, a szociális humán szféra jelentős résztvevője!

IRODALOM

1. Gyógyszerészet 7, 173–175 (1957) – 2. Gyógyszerészet 26, 445–449 (1982). – 3. Recept nélkül 1, (1), 2 (1996) – 4. Az MGK OTC konferenciája, 1995. szept. 9. (Előadás) – 5. Gyógyszerpiac 3, (9), 414–415 (1995) – 6. Gyógyszerési Hírlap 7, (8), 20 (1995). – 7. MOTESZ Magazin (3), 13–15 (1997) – 8. NM 40/1997. sz. rendelete – 9. MOTESZ Magazin (3), 16–19 (1997). – 10. Pharmorient 6, (55), 4 (1997). Ref. – 11. Pharmorient 6, (55), 4, (1997). Ref. – 12. Pharmorient 6, (55), 4 (1997). Ref. – 13. Pharmorient 6, (55), 5 (1997). Ref. – 14. Pharmorient 6, (55), 4 (1997). Ref. – 15. Gyógyszerészet 30, 393 (1986). – 16. Gyógyszerészet 41, 131–134 (1997). – 17. Gyógyszerési Hírlap 8, 9 (1997). – 18. Gyógyszerési Hírlap 8, 10–12 (1997). – 19. Eur. Gyógyszergyártók Szövetsége 33. Kongresszusa. (Sajtótájékoztató). – 20. Gazdaság és Gazdálkodás 11–14 (1997) – 21. Magyar Nemzet 1997. augusztus.

T. Mohr: *Professional challenges and accomplishments in the community pharmacy.*

The privatization in Hungary essentially came to an end. The transformation raised a lot of financial, ethical and professional problems. The professional literature in Hungary and abroad suggest great many accomplishments.

A survey is given on various opinions and the paper attempt to take up a position.

KONZÍLIUM A GYÓGYSZERÜGYRŐL. III. RÉSZ

Az összeállítás I. részét dr. Somody Imre, dr. Matejka Zsuzsanna, dr. Botz Lajos és dr. Mikola Bálint közleményeivel a Gyógyszerészet 1997. decemberi II. részét Csató Zsuzsanna, valamint dr. Ternák Gábor és dr. Almási István dolgozataival 1998. januári számában jelentettük meg. Jelen összeállításunkban dr. Gulácsi László és dr. Kovács Attila, továbbá Novákné dr. Pékli Márta dolgozatait közöljük. A befejező IV. részt következő számunkban olvashatják.

Gyógyszerészet 42. 99–106. 1998.

Szakorvosi beutalás, gyógyszerfelírás és -szedés az alapellátásban 1995-1996; folyamatindikátorok. Prosper program

Dr. Gulácsi László¹ és dr. Kovács Attila²

A szerzők ismertetik, hogy az Európai Unió országain belül 1993-ban Euro-Prosper munkacsoport alakult azzal a céllal, hogy megvizsgálja a biztosítottak egészségügyi ellátással kapcsolatos elégedettségét valamint az ellátás igénybevételi indikátorait. Az Euro-Prosper munkacsoportnak hazánk is tagja. A szerzők írásukban a szakorvosi vizsgálat, a beutalás, a vérvizsgálat, a gyógyszerfelírás és gyógyszer-szedés jellemzőit elemzik az alapellátásban, s felmérik a háziorvosi praxis ezen vizsgálatokkal kapcsolatos igénybevételét. Az OEP által támogatott program hazánkban 9 megye 91 háziorvosi körzetére, ezen belül 4819 páciensre terjedt ki.

Bevezetés

A szükségletfelmérésre irányuló és a betegelégedettségi vizsgálatok egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az alapellátás területén, hiszen a beteg és hozzátartozója ekkor találkozhat az egészségügy szolgáltatásaival először, és ez a találkozás meghatározó jelentőségű az egészségügyről alkotott kép kialakításában. Valamennyi országban, ahol a betegeknek döntési lehetőségük van orvosuk megválasztásában, illetve az egészségügyben valamiféle verseny és teljesítményfinanszírozás létezik, folyamatosan monitorozzák a betegek alapellátásáról és járóbeteg-ellátásról alkotott véleményét.

A Harvard Egyetem Center for Quality Assurance of Care Research and Education tanszékvezető tanára *prof. H. Palmer* és nemzetközi munkacsoportja, az elmúlt tizenöt év folyamán a betegek elégedettségének, valamint az alapellátás és a járóbeteg-ellátás igénybevételének vizsgálatát megkönnyítő metodikát és indikátorrendszert dolgozott ki. Az általuk kifejlesztett módszer hatékonyságát, használhatóságát a gyakorlat is visszaigazolta, ennek következtében más országokban is igény mutatkozott ennek felhasználására.

Az Európai Unió országain belül 1993-ban Euro-Prosper elnevezésű munkacsoport alakult azzal a céllal, hogy ennek a módszernek a segítségével megvizsgálja a biztosítottak egészségügyi ellátással kapcsolatos elégedettségét, valamint az ellátás igénybevételi indikátorait.

Az Euro-prosper munkacsoportnak hazánk is tagja*. Írásunkban a szakorvosi vizsgálat, a beutalás, a vérvizsgálat, a gyógyszerfelírás és a gyógyszer-szedés jellemzőit elemezzük, s megkíséreljük felmérni a praxis ezen vizsgálatokkal kapcsolatos igénybevételét. (Az elemzés a röntgenvizsgálatok igénybevételére is kiterjedt – a szerk.) Az OEP által támogatott program hazánkban 9 megye 91 háziorvosi körzetére, ezen belül 4819 páciensre terjedt ki.

1. Az alapellátás igénybevételi indikátorainak jelentősége

Az alapellátás, az adott praxis igénybevétele az ellátott populáció kor szerinti megoszlásától, szociális és gazdasági jellemzőitől, földrajzi helyzetétől függ legnagyobb mértékben. Ezek a jellemzők praxisonként nagyfokú változatosságot mutatnak, ennek következtében a praxisok összehasonlítása, a kapacitás tervezése, továbbá a gyógyszerfogyasztás összehasonlítása és az eredmények interpretálása nehézségekbe ütközik.

Az egészségügyi szolgáltatásokat rendszeresen, előre kiszámítható módon és mértékben használó populáció (az egészségügy szolgáltatásainak tényleges fogyasztója) azonban, mint tettük ezt Prosper programunkban is, megfelelő kritériumokkal igen jól leírható. Ennek az igénybevétel-rendszerességét és mértékét tekintve többé-kevésbé homogén populációnak a szükségletei és ezzel kapcsolatosan a praxis igénybevétele már összehasonlítható és tervezhető. Az igénybevétel szempontjából homogén csoportok szükségleteinek ismerete hasznos a megfelelő finanszírozás kialakításához, valamint a csoportpraxisok, az otthoni ápolás, az egészségnevelés, a szűrés, a prevenció és más szolgáltatások tervezéséhez is. Ez magyarázza, hogy a Prosper vizsgálatok szerte a világon kiterjedten használatosak.

*A Magyarországi Prosper Program-ot az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Kockázatkezelő Kuratóriumok Titkársága támogatta. Program címe: Prosper: A szükséglet és igények folyamat indikátorainak mérése az alapellátásban. A programot koordináló szervezet: a Magyarországi Szövetség az Egészségügy Minőségének és Gazdaságosságának Fejlesztésére.

2. Az informatika korlátai az alapellátásban

Az elmúlt években publikált felmérések szerint az alapellátás orvosai diagnózisukat 80%-ban a már meglevő vizsgálati, anamnesztikus és egyéb rendelkezésre álló, például a betegől származó információk alapján állítják fel. A diagnózisok csupán 20%-a alapul az újonnan nyert vizsgálati eredményeken [1–3]. A számítástechnika, az informatika fejlesztése nem minden esetben a legjobb megoldás, hiszen a beruházás és az üzemeltetés költséges, továbbá naprakész állapotban tartani az adatbázist szintén nagyon drága és sokszor lehetetlen. Még ennél is jelentősebb probléma, hogy az alapellátásban megfigyelhető folyamatok és történések sokszor eltérnek az orvosi dokumentációban rögzített háziorvosi javaslatoktól. A biztosítottak nem feltétlenül jelennek meg a javasolt szűrővizsgálaton, saját döntés alapján abbahagyják a gyógyszerek szedését, esetleg a rokonok, szomszédok vagy éppen más orvos tanácsát követve egyéb gyógyszereket is szednek. Igen gyakran előfordul, hogy a betegek az alkohol fogyasztását tiltó gyógyszeres terápia esetén inkább a gyógyszeres terápiáról mondanak le. Nem megfelelően vagy egyáltalán nem tartják a diéta előírásait. A szakrendelőből, kórházból származó információk késlekednek, illetve pontatlanok. Ilyen esetekben az orvosi dokumentáció az elvárásokat és az orvos terápiás elképzeléseit tükrözi nem pedig a valóságot. Az ilyen információk alapján hozott orvosi döntések meghatározhatatlan fokú hibával terheltek.

Igen sok függ attól, hogy a beteg mennyire ismeri, látja át a gyógyítás folyamatát, lehetőségeit, várható kimenetét, mennyire ismeri gyógyszereit, illetve attól, hogy például képes-e különbséget tenni a hasonló hangzású vagy kiserelésű gyógyszerek között. Ebben az esetben, mint ez bebizonyosodott, célszerű a beteghez fordulni információért. Az eddigi felmérés szerint az esetek egy részében a biztosított/beteg igen jó információforrás. Az volt az Euro-Prosper program legfontosabb kutatási célkitűzése, hogy konkrétan mikor és mely kérdéssel célszerű a beteghez fordulni. Eszerint olyan kérdésekkel lehet a siker reményében a beteghez fordulni, amikor a választ a beteg nagy valószínűséggel ismeri, és a válasz nem vet rossz fényt rá. Például dohányzással, alkoholizmussal kapcsolatos kérdést éppúgy nem célszerű feltenni, mint a bőr- és nemibeteg-gondozóval kapcsolatos részleteket firtatni. A következőkben látható fejezetekben azokat a területeket tekintjük át, ahol a nemzetközi és a hazai tapasztalatok egyaránt alátámasztják a biztosított/beteg kérdőívek használhatóságát.

Elmondható, hogy a kérdőíves megoldás gyors, költségkímélő és sok esetben igen pontos információt szolgáltat. Ezek alapján később tovább vizsgálódó hipotézisek állíthatók fel. Ezeket az információkat a számítógépes egészségügyi informatikai rendszerek nem pótolják.

3. Az Euro-Prosper program

Az Európai Unió országaiban 1993-ban Euro-Prosper munkacsoport (Patient Reports on System Performance)

alakult azzal a céllal, hogy megvizsgálja a biztosítottak egészségügyi ellátással kapcsolatos szükségleteit, elégedettségét, valamint monitorozza az ellátás igénybevételi indikátorait, vizsgálja, hogy a páciensek mely területeken tekinthetők megbízható információszolgáltatóknak. A programban az Egyesült Királyság, Spanyolország, Dánia, Hollandia, Görögország, Belgium és Ausztria vesz részt. A Prosper programhoz a Magyarországi Szövetség az Egészségügy Minőségének és Gazdaságosságának Fejlesztésére elnevezésű szervezet 1994-ben csatlakozott. 1995-ben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatásával hazánkban a program 9 megye 91 háziorvosi körzetére, ezen belül 4819 páciensére terjedt ki. Hazánkban a páciens mint információforrás különösen nagy jelentőségű lehet, hiszen sok esetben tisztázatlanok a szakmai kompetenciák határai az egyes ellátási szintek között: a háziorvos az általa ellátott biztosítottak egészségügyi ellátásának csak egy részét indikálja, illetve végzi. Ennek következtében a betegekkel kapcsolatos történések egy részéről a háziorvosok csak részben, véletlenül vagy egyáltalán nem értesülnek. A Prosper rendszerű felmérések a páciensek számára is fontosak, hiszen a beteg és hozzátartozója az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás keretében találkozik az egészségügy szolgáltatásaival először, és ez a találkozás meghatározó jelentőségű az egészségügyről alkotott kép kialakításában.

4. A Prosper program célja

A Prosper program célja az ellátás minőségének mérését lehetővé tevő indikátor rendszer kialakítása az alapellátás és a járóbeteg szakorvosi ellátás területén. A programban résztvevő háziorvos megismerheti betegeinek az alapellátásról és a szakorvosi ellátásról alkotott véleményét, összehasonlíthatja saját beutalási, gyógykezelési gyakorlatát más kollégákéval, eltérés esetén elemezhetők a különbségek és ezek okai.

A Prosper felméréseket az orvos-beteg vélemények és adatok összevetésére is használják, valamint fontos eszköze az orvos-beteg kommunikáció minőségi értékelésének is. Az orvos-beteg kommunikáció megfelelősége az ellátás minősége szempontjából alapvető, hiszen sok esetben kiderült, hogy az elkövetett hibák, a betegeknek az ellátás különféle formáitól (pl. szűrések) való távolmaradása, a gyógyszeres vagy más terápia abbahagyása, illetve a betegek elégedetlensége mögött kommunikációs zavar található.

Ezzel kapcsolatosan érdemes megjegyezni, hogy talán indikátora az orvos-beteg kommunikáció minőségének, a bizalomnak, a tudatosságnak és a páciensek fogyasztói magatartásának (illetve annak hiányának) az is, hogy míg valamennyi országban szerepel a kérdőíven a betegek és az orvosok neve, addig hazánkban ettől mind a betegek, mind az orvosok elzárkóztak.

5. A Prosper felépítése

A nyolc magyarországi megyében, a felmérésben önként jelentkező háziorvosok és betegek vettek részt. A

reprezentativitás érdekében igyekeztünk biztosítani, hogy a körzetek között megyeszékhely (belváros, lakótelep, külterület), közepes és kisebb városok, falvak körzetei is helyet kapjanak.

A háziorvos kollégák kiválasztottak egy hetet 1995-1996. év folyamán, és az ezen a héten a rendelőbe látogató, és a program kritériumainak megfelelő pácienseket (60–80 páciens körzetenként) kértek meg a kérdőív kitöltésére. A kritériumoknak megfelelő beteg kezelésének, gondozásának főbb adatait, a program megfelelő validitásának biztosítása érdekében, a háziorvos kollégák egy adatlapon (Orvosok kérdőíve betegeikről; Kérdőív I.) rögzítették a háziorvosi rendelőben. Ezután a háziorvos kollégák a kiválasztási kritériumoknak megfelelő pácienseket felkérték a betegek számára készült kérdőív kitöltésére és átadták nekik a kérdőívet (Biztosítottak kérdőíve; Kérdőív II.). Az adatlap (Orvosok kérdőíve betegeikről; Kérdőív I.) a kitöltés után, a rendelési idő végéig a háziorvosnál maradt, ezután a kérdezőbiztos a sorszámmal ellátott adatlapot (Kérdőív I.) hozzácsatolta az ugyanazzal a sorszámmal ellátott, a beteg által kitöltött kérdőívhez (Kérdőív II.). A betegek kérdőíveket elkülönített helyiségben töltötték ki. Egy helyiségben a kérdőív kitöltése alatt két betegnél több nem tartózkodhatott. A kérdezőbiztosok segítséget nyújtottak a kitöltésben azoknak a betegeknek, akik ezt igényelték. A kérdezőbiztosok ezután átvették a kitöltött kérdőívet valamennyi betegtől, ellenőrizték, hogy valamennyi kitöltendő kérdésre válaszolt-e a beteg. Az esetleges hiányosságok esetén a kérdezőbiztosok segítséget nyújtottak a betegnek és komplet-tették a válaszokat.

5.1. Vizsgálati populáció, bekerülési kritériumok

A felmérésben résztvevő betegek kiválasztásának kritériumai valamennyi országban (Egyesült Királyság, Hollandia, Görögország, Spanyolország, Portugália, Dánia) azonosak voltak. Az egyes háziorvosi körzetekben a következő kritériumoknak megfelelő betegek vettek részt a programban és töltötték ki a kérdőívet: (a) a 18 éven felüliek, (b) azok a betegek, akiknek a tb-kártyája az adott háziorvosnál van, és azok, (c) akik az elmúlt 12 hónapban megfordultak a háziorvosi rendelőben.

A következők közül egy feltétel teljesülése is elegendő volt ahhoz, hogy a beteg bekerüljön a programba és kitöltse a kérdőívet: (1) krónikus megbetegedésben szenvedő beteg, (2) az a beteg, akit az elmúlt 12 hónap során háziorvosa szakrendelésre utalt, illetve (3) az a beteg, akinek a vérvizsgálata az elmúlt 12 hónap során valamilyen pozitív eredményt mutatott.

Ily módon biztosítható volt, hogy azok a betegek vegyenek részt a vizsgálatban, akik ténylegesen lényeges fogyasztói az alapellátásnak. Ezeknek a betegeknek a száma háziorvosi körzetenként, naponta 15–20 fő volt.

5.2. Kiválasztás

A fejlett országokban a kiválasztás módszertana megfelelt a kérdőíves vizsgálatokkal szemben támasztott ki-

vánalmaknak, hazánkban és Görögországban több ok miatt is módszertani engedélyekre kényszerültünk

Az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban, Spanyolországban, Dániában, Portugáliában a csoportos praxisokban (group practice) vagy az egészségügyi központokban (health center) a kiválasztási kritériumoknak megfelelő betegeket random választják ki a számítógépen tárolt információk alapján.

Az így kiválasztott pácienseknek megküldik a kérdőívet. Ehhez csatolják a háziorvos által írt levelet, amelyben az orvos felkéri betegét a kérdőív kitöltésére.

Amerikai tapasztalatok szerint a páciensek 40%-a, spanyolországi tapasztalatok szerint 11%–33%-a küldi vissza a kitöltött kérdőívet. Hasonló módszerrel végeztek felmérést hazánkban a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen, ahol a kérdőívek 12%-át küldték vissza (nem publikált adat).

Azokat a pácienseket, akik két héten belül nem küldték vissza a kérdőívet, a program vezetői egy újabb levélben kérték az együttműködésre és kérték, hogy küldjék vissza a kitöltött kérdőívet.

Újabb két hét múlva – ha a páciens ismét nem küldte vissza a kérdőívet – telefonon hívták fel a figyelmet a kérdőív kitöltésére és visszaküldésére.

Ha a páciens újabb két hét elteltével sem küldte vissza a kitöltött kérdőívet, akkor a program irányítói újra postázták a számára a kérdőívet és mellékeltek a háziorvos újabb, együttműködést kérő levelét. A harmadik levél után, a folyamat végén az amerikai tapasztalatok szerint elérhető a 62%-os visszaküldési arány.

Ha a páciens a fentiek után három hét elteltével sem küldte vissza a kérdőívet, akkor a programból kizárásra került.

Hazánkban (és Görögországban) a többi országban alkalmazott módszertől eltérő metodikát alkalmaztuk. A betegek random kiválasztásáról le kellett mondanunk, mivel:

- a programban résztvevő kollégák nagyobb része ragaszkodott, mind saját maga, mind a betegek névtelenségéhez (más országokban a részvételkor a név minden esetben feltüntetésre került; véleményük szerint ez az orvos és beteg közötti bizalom minimálisan szükséges mértéke),

- nem minden (nagyon kevés) háziorvosi praxis rendelkezik olyan szintű számítógépes háttérrel, amely lehetővé teszi a betegek adott kritériumok szerinti, random kiválasztását,

- a fentebb leírt „kifárasztásos” módszerhez (levelezés, telefonálás) sem a megfelelő anyagi fedezettel, sem személyzettel nem rendelkeztünk.

6. Eredmények

6.1. Olvashatóság

A kitöltött kérdőívek feldolgozása során nagy nehézséget jelentett, hogy az orvosok által kitöltött adatlapokat az adatrögzítők nem tudták elolvasni. A gyógyszerek neveinek elolvasása néhány esetben a segítségül hívott gyógyszerésznek is nehézséget jelentett. 1990-hez képest

napjainkra a rendelkezésre álló gyógyszerek száma meg-
többszöröződött, a gyorsan változó gyógyszerek és
gyógyszerfelírás szokások miatt az olvashatatlanság
szerveinek tévedések forrásai lehetnek. Célszerű lenne a
gépi vényírásra való mielőbbi teljeskörű áttérés a házior-
vosi praxisokban.

6.2. Szakorvosi beutalás, vizsgálat

A felmérést megelőző 12 hónap során a 4819 páciens
64,3%-át (3101 páciens) utalta háziorvosa szakorvosi
vizsgálatra (rendelőintézetbe) vagy kórházba. 1629 páci-
enst egy, 806 páciens két szakorvosi rendelésre küldte or-
vosa és így tovább (**I. táblázat**). A 3101 biztosítottat ös-
zesen 5989 szakorvosi rendelésre utalta orvosa, azaz
(4819 biztosított adatait alapul véve) 1000 betegre 1242
szakorvoshoz utalás jutott 12 hónap alatt. Ez a szám a
ténylegesnél kisebb, hiszen nem kérdeztük meg, hogy az
adott szakorvosi rendelésre hány esetben utalta őket az
orvosuk a kérdés feltevése megelőző 12 hónap során,
ugyanis nem gondoljuk, hogy a beutalások számát tekint-
ve valós választ kaptunk volna 12 hónapos periódusra vo-
natkoztatva.

I. táblázat

Szakorvosi beutalás.

Prosper program 1995, 4819 biztosított válaszai alapján,
a szakorvosi rendelésre beutalt páciensek száma 3101

Esetszám	Betegek száma
1	1629
2	806
3	586
4	174
5	60

A pácienseket a **II. táblázatban** látható szakorvosi
vizsgálatra utalta háziorvosa. A szakorvosi beutalás alap-
ján javasolt 3101 beutalást követően az esetek 7,6%-ában
nem került sor a szakorvosi vizsgálatra. (Az okok feltá-
rását célzó további vizsgálat feltétlenül indokolt lenne). A
biztosítottak 5,4%-a úgy nyilatkozott: a háziorvosa nem
beszélte meg vele, hogy miért van szükség szakorvosi be-
utalásra. A páciensek 2%-a vélekedett úgy, hogy a szakor-
vosi vizsgálatot követően háziorvosa valószínűleg nem
értesült a vizsgálat eredményéről. Ha még egyszer hason-
ló panaszai lennének, a beutalásnak és a szakorvosi vizs-
gálatnak ez a módja (rendszere) a biztosítottak 91,5%-a
számára megfelelő lenne. Nem lenne megfelelő 5,9%-uk
számára, míg 2,6% nem válaszolt.

A páciensek véleménye szerint a beutalással kapcsola-
tos megbetegedésük gyógykezeléséért, a kezelés befeje-
zéséig a felelős a háziorvos (54,7%), ill. az a szakorvos,
akihez a háziorvosa beutalta (30,1%). A választ nem tud-
ja 8,4%, 1,7% valaki más szerint. Minden panasza meg-
szűnt 1,3%-nak, ill. nem válaszolt 5,1%.

A háziorvosok véleményét is megkérdeztük ugyaner-
ről a kérdésről az „Orvosok kérdőíve betegeikről; Kérdő-
ív I.” segítségével. Arra a kérdésre, hogy ki tartja kézben
a beteg további gyógykezelését a szakorvosi beutalás

után, a kollégák 42%-a szerint továbbra is a beteg házior-
vosa, 2%-uk szerint a rendelőintézeti kolléga ill. 35%
szerint mindig az adott esettől függ, hogy ki. Arra a kér-
désre, hogy kinek kellene kézben tartani a beteg további
gyógykezelését a szakorvosi beutalás után, a kollégák
51%-a úgy válaszolt, hogy továbbra is a beteg házior-
vosának, 29%-uk szerint pedig az adott esettől függ, hogy
kinek.

A minőségbiztosítás kidolgozásának szükségességét
mutatják a fenti válaszok, hiszen az esetlegesség nagy va-
lószerűséggel sok probléma és hiba forrása. Vélemé-
nyünk szerint, és ezt számos külföldi példa is igazolja, az
alapellátási praxis tudja a leghatékonyabb módon kézben
tartani, irányítani a páciens egészségügyi ellátását. (A pá-
ciens nem jelent feltétlenül beteget, hiszen a prevenció,
egészségnevelés és szűrés is ide tartozik.) Erre a célra a
járóbeteg- és fekvőbeteg ellátás intézményei teljes mér-
tékben alkalmatlanok, hiszen a beteg sok esetben például
nem a lakóhelyén kerül ellátásra, illetve több járóbeteg és
fekvőbeteg intézménybe is beutalásra kerül. A betegek el-
látásának a kézben tartása, az „eset-menedzsmentnek”
vagy „ellátási-menedzsmentnek” (case management, care
management) is nevezett funkció ellátása azonban a szó-
ló praxisok számára nehézséget jelent, hiszen ennek ki-
alakítása és működtetése menedzsment szakértelmet és
megfelelő felszerelést igényel. A betegek ellátásának a
megfelelőbb irányítása (eset-menedzsment), a külföldi,
főleg az angol példa szerint, a csoportpraxisok létrehozá-
sának egyik oka. A másik lehetőség, a managed care biz-
tosította „egypólusú”, igen hatékony eset-menedzsment-
tel működő egészségügyi kialakítása lehetne.

II. táblázat

Beutalás: szakorvosi vizsgálat

Prosper program 1995, 4819 beteg adatai alapján,
a szakorvosi rendelésre beutalt páciensek száma 3101

Szakorvosi beutalás	Esetszám	Ezer biztosítotttra 12 hónap alatt)
Laboratórium	1269	263
Pszichiátria	25	5
Ideg, ideggondozó	200	42
Fül-orr-gége	237	49
Bőrgyógyászat	93	19
Belgyógyászat (*)	743	154
Kardiológia	376	78
Ortopédia	144	30
Pulmonológia	140	30
Rheumatológia	442	92
Szemészet	397	82
Urológia	109	27
Onkológia	21	4
Nőgyógyászat	96	20
Rtg. (**)	404	84
Sebészet (***)	206	48

(*)Belgyógyászati beutaláson belül: gasztroszkópia 26 esetben, gyomorvizsgálat 59 esetben, hematológia 10 esetben, pajzsmirigy problémák 12 esetben szerepelnek.

(**)Röntgen osztályra küldés esetén 113 esetben ultrahang vizsgálat történt.

(***)A sebészeti osztályra küldés esetén 42 esetben baleseti sebészeti, 47 esetben érsebészetre utalták a beteget.

6.3. Vérvizsgálat

A felmérést megelőző 12 hónap során a biztosítottak 67,1%-át (3232 páciens) küldte orvosa vérvizsgálatra. A **III. táblázaton** látható, hogy 1128 páciens egyszer, 549 páciens kétszer vett részt vérvizsgálaton és így tovább. A 3232 biztosított összesen 8451 esetben vett részt vérvizsgálaton, azaz (4819 biztosított adatait alapul véve) 1000 betegre 1754 vérvizsgálat esett 12 hónap alatt. A háziorvosok összesen 3847 fontos laboratóriumi vizsgálatot neveztek meg.

III. táblázat

Vérvizsgálat

Prosper Program 1995, 4819 biztosított válasza alapján, a vérvizsgálatra küldött betegek száma 3232

Esetszám	Betegek száma
1	1128
2	549
3	287
4	229
5	118
6	103
7	20
8	39
9	10
10	76
11	4
12	111
13	5
14	8
15	19

A vérvizsgálatok 58,9%-a kivizsgálás miatt, míg 31,3%-a időszakos kivizsgálás, 4,5%-a szűrővizsgálat céljából történt. A biztosítottak 9,6%-ának mondták a vérvizsgálat elvégzése után, hogy meg kell ismételni a vizsgálatot és/vagy másik laboratóriumi vizsgálatot is végezni kell, 15,9%-uk kapta azt a tájékoztatást, hogy nem szükséges másik vérvizsgálat vagy másfajta laboratóriumi teszt. A biztosítottak 17,6%-ának mondták azt, hogy újra vissza kell menniük ahhoz az orvoshoz, aki a laboratóriumi vizsgálatot előírta vagy esetleg másik orvost kell felkeresni. Gyógyszer szedését illetve más kezeléseket is javasolták a betegeknek az esetek 19,6%-ában. Azt javasolták, hogy a betegek vigyázzanak jobban magukra: például tornázzanak, pihenjenek többet, diétázzanak, ne dohányozzanak stb. az esetek 5,6%-ában. Nem mondtak semmit a betegeknek az esetek 25,1%-ában.

A vérvizsgálat esetén szintén kiemelendő, hogy a vizsgálaton átesett betegek 25,1%-át nem tájékoztatták a vizsgálat eredményéről, a felvilágosítást, egészségnevelési (health promotion) információt a betegek 5,6%-a kapott. Az **IV. táblázaton** a páciensek és háziorvosai válasza alapján néhány gyakori vérvizsgálat számát tüntetjük fel. Az ezer biztosítottra eső vizsgálati számot megkapjuk, ha a beteg szerinti és az orvos szerinti esetszámot összeadjuk, elosztjuk kettővel és a kapott adatot 1000 biztosítottra számítjuk.

A vérvizsgálatok közül a betegek elmondása alapján pozitív eredményt hozott 1082 (13%), negatív volt az eredmény 1856 esetben (22%), míg az esetek többségé-

ben a betegek nem tudták a választ vagy nem válaszoltak a kérdésre. A háziorvosok szerint a felmérést megelőző 12 hónap során 2101 betegnél (44%) volt valamilyen pozitív eredményt adó vérvizsgálat.

IV. táblázat

Az egyes vérvizsgálatok gyakorisága
Prosper Program 1995, 4819 biztosított válasza alapján,
a vérvizsgálatra küldött betegek száma 3232

Vérvizsgálat	Esetszám biztosított szerint	Esetszám orvos szerint	Esetszám ezer biztosítottra, 12 hónap alatt
Vércukor	1165	966	221
Koleszterin	636	574-778(*)	126-148
Fvs	116	143	27
Vérkép	403	196	62
Májfunkció	111	94	22
Vas	121	109	24
Hemoglobin	86	146	24
Gamma GT	-	146	30
SGOT	-	103	23
SGPT	-	48	10
Húgysav	24	51	8
We	-	410	85
Vesefunkció	-	64	13
TSH	-	22	5
BI	-	39	8
Ht	-	80	17
Protrombin idő	-	22	5
Véralvadás	46	57	6
Pajzsmirigy	16	27(**)	5

(*)A koleszterin (574 eset), összlipid (17 eset), triglicerid (176 eset) HDL koleszterin (11 eset), ezeket a páciensek a legtöbbször gyűjtőnéven koleszterin vizsgálatként említik.

(**)Ezen belül T3 12 eset, T4 pedig 7 eset.

6.4. Gyógyszerek

Az elmúlt 12 hónap során a 4819 biztosított 87,5%-ának írt fel orvosa egy vagy több gyógyszert. A közgyógyellátottak aránya 7,4% volt (356), gyógyszert valamilyen szednek. Közülük a több mint 5 féle gyógyszerrel többet szedők aránya 78% volt, a nem közgyógyellátottak közül a betegek 14%-a szed több mint 5 féle gyógyszert. Célszerű minden esetben alaposabban megvizsgálni a gyógyszerek indikációját azoknál a betegeknél, akik 5 gyógyszerrel többet szednek. A tapasztalatok szerint ezeknek az eseteknek a nagy részében a páciens az előírásokat már nem tudja betartani megfelelően, és az esetlegesen fellépő gyógyszerkölsönhatások szerepe sem elhanyagolható. Az **V. táblázaton** látható (első sor), hogy a kérdőív kitöltésekor egyféle gyógyszert szedő biztosítottak száma (a biztosítottak szerint) 1253, illetve (orvosuk szerint) 389 volt. A kérdés felvetését megelőző 12 hónapban 1 gyógyszert szedő biztosítottak száma (a biztosítottak szerint), 4217, illetve (orvosuk szerint) 4286 volt.

A 4126 páciens, a betegek válasza szerint, a megkérdezéskor összesen 14.850 gyógyszert szedett (3,6 féle gyógyszer/fő), orvosai véleménye szerint a páciensek 14.685 gyógyszert szedtek (3,6 féle gyógyszer/fő). Amint látjuk, ezek a számok nincsenek túlságosan messze egymástól. Az aktuálisan szedett gyógyszerek száma 1000

betegre számítva 3600. A kérdés feltevését megelőző 12 hónap során a páciensek válaszai alapján 59.740 gyógyszer szedtek összesen (14,5 gyógyszer/fő), a háziorvosok szerint ez a szám 60.812 (14,7 gyógyszer/fő). Azaz 1000 lakos 12 hónap alatt 14.700 gyógyszert, egy biztosított évente 14–15 féle gyógyszert szed.

V. táblázat

Gyógyszerfelírási és gyógyszerzedési szokások Prosper program 1995–1996, 4819 biztosított válaszai alapján, a gyógyszert szedő betegek száma 4126

Gyógyszerek száma	A kérdőív kitöltésekor gyógyszert szedő biztosítottak száma		A kérdés feltevését megelőző 12 hónapban gyógyszert szedő biztosítottak száma	
	betegek szerint	orvosok szerint	betegek szerint	orvosok szerint
1	1253	389	4217	4286
2	668	691	3762	3910
3	792	879	3075	3304
4	861	860	2315	2534
5	590	557	1615	1794
6	471	477	1128	1240
7	95	170	739	764
8	0		470	463
9	0		293	266
10	0		190	134
11	0		110	?

A betegek és orvosaik véleménye közötti eltérést, az egy gyógyszer szedése esetén magyarázhatja az, hogy vannak olyan gyógyszerek (pl. Algopyrin, Aspirin), amelyek nem vénykötelesek. Arról, hogy betege ilyen gyógyszert használ, orvosa természetesen nem értesül, és ez talán nem is tartozik a legfontosabb információk közé. A VI. táblázaton látható, hogy az orvosok és a betegek által szolgáltatott adatok az esetek egy részében, a legnagyobb számban szedett gyógyszerek esetén, szinte meglepő pontossággal egybe esnek.

6.4.1. Gyógyszerek megoszlása

A gyógyszerek között természetesen megtalálható úgyszólván a teljes magyarországi gyógyszerkínálat, legtöbb esetben azonban a gyógyszerek kis számban fordulnak elő. A következőkben a leggyakrabban előforduló gyógyszereket ismertetjük. Megkértük a betegeket, hogy több gyógyszer szedése esetén írják le, hogy melyiknek a szedését tartják a legfontosabbnak, valamint arra is, hogy írják le, milyen célból szedik a gyógyszereket. A biztosítottak közül igen sokan nem tudják, hogy milyen célból szedik a gyógyszereiket, a tájékozatlanság mértéke gyógyszertől függően igen változó. A leggyakoribb félreértéseket feltüntetjük. A VI. táblázat első sorában látható, hogy A-vitamint a páciensek szerint 45-en, orvosaik szerint 15-en szednek. Az ezt követő oszlop azt mutatja meg, hogy 1000 fő közül 1 év alatt átlagosan 6-an szednek A-vitamint. Ezt a közelítő értéket úgy kapjuk meg, hogy a beteg szerinti és az orvos szerinti számot összeadjuk, elosztjuk kettővel, és 1000 főre számítjuk.

A biztosítottak közül 239 esetben jelezték, hogy valamelyik gyógyszer nem felelt meg nekik, emiatt szedését abbahagyták. A kettőnél többször, azonos gyógyszerrel kapcsolatosan említett probléma a következő volt: a Voltaren 15 esetben okozott panaszt (gyomorfájás), a Corinfar 12 esetben (fejfájás, szédülés, kipirulás), a Trental 8 esetben (hányás, szédülés), a Betaloc 9 esetben (rosszullét, vérnyomás-ingadozás), az Augmentin 3 esetben (hasmenés, hányás), a Hotemin 4 esetben, és a Donalgin 3 esetben (gyomorfájás); a Minipress 5 esetben (gyengeség, fejfájás), a Semicillin 4 esetben (nagy a kapszula, nehéz lenyelni, illetve nem hatott), a Sumetrolim 6 esetben (bőrkiütés). A Mydeton (3 esetben), a Kreon (3 esetben) és a Lescol (3 esetben) szedését a biztosítottak azért hagyták abba, mert nem bizonyultak hatékonyak.

6.4.2. Gyógyszerek: összegzés

Feltételezésünk szerint a biztosítottak a vitaminok, a hazai piacon régen levő (pl. Dopegyt, Digoxin), a kúra-szerűen használható (Nitromint-R), valamint a napszakhoz kötődő gyógyszerek (pl. altató) használatát meglehetősen jól ismerik. Persze kivételek is vannak (pl. Corinfar). Számunkra meglepő volt az antibiotikumokkal kapcsolatos, jelentős bizonytalanság és tudatlanság. Igen informatív a betegek vélekedése arról, hogy melyik a legfontosabb gyógyszerük. Jól látható a százalékos értékekből, hogy a Gilemal, a Corinfar, a Nitromint-R, a Viskaldix és az Ulceran igen fontos helyen áll a betegek preferenciasorában, hiszen nagyon sokan nyilatkoztak úgy, hogy a szedett gyógyszerek közül ezek a legfontosabbak.

Érdekes a gyógyszerek szedésének és a laboratóriumi vizsgálatoknak az összehasonlítása is. A koleszterin-meghatározás például a második leggyakoribb laboratóriumi vizsgálat (126–148/1000 fő), ugyanakkor a Mevacort, Lescol és Lypanthylt együttesen is minden 1000 páciens közül csak ketten szedik. Ebben az esetben a gyógyszer-szedés és a laboratóriumi vizsgálatok száma nem felel meg egymásnak. A laboratóriumi vizsgálatok száma ráadásul jelentősen alulbecsült, hiszen a páciensektől és háziorvosuktól csak az elvégzett vizsgálatok fajtáját kérdeztük, annak számát nem. Vagy túl sok a laboratóriumi vizsgálat, vagy kevés a gyógyszer-szedő, esetleg mind a kettő igaz. A kérdés eldöntése további vizsgálatot igényel.

A betegektől és az orvosoktól származó információk a gyógyszerek részletes listája esetén is meglepően közel vannak egymáshoz. Kivételt ezek közül csak néhány gyógyszer jelent. Az A-vitamin, a Cordaflex, a Dopegyt, és a Voltaren esetén sokkal több beteg jelezte az adott gyógyszer szedését, mint háziorvosa. Néhány költséges gyógyszer esetén a háziorvostól származó érték jelentősen meghaladja a betegektől származó értékeket (pl. Ulceran, Venoruton). Elképzelhető, hogy ebben a gyógyszerek költsége is szerepet játszik, ezért feltétlenül további kutatás lenne szükséges ezen a területen.

Vizsgálataink során jól látható, hogy ugyan a háziorvosi praxisban igen nagyszámú gyógyszert használnak, de a fogyasztás döntő többsége néhány tucat gyógyszerre

VI. táblázat

Gyógyszerek megoszlása, Prosper program 1995–1996. 4819 biztosított válasza alapján; gyógyszert szedők száma 4126

Gyógyszer	Esetszám		Esetszám ezer biztosítottra 12 hónap alatt	Azok száma, akik az adott gyógyszert a legfontosabb gyógyszerüknek tartják	Tévedések az indikációval kapcsolatosan
	Betegek szerint	Orvosok szerint			
A-vitamin	45	15	6	0	kevés félreértés
Adebit	142	142	30	22 (15%)	kevés félreértés
Aktiferrin	27	28	6	0 (0%)	kevés félreértés
Algopyrin	231	148	40	20 (9%)	kevés félreértés
Amilorid	72	118	20	1 (1%)	kevés félreértés
Andaxin	308	271	60	27 (9%)	vérnyomás
Augmentin	99	89	20	9 (9%)	vérnyomás, fejfájás
Betaloc	537	542	112	72 (13%)	lázcsillapítás, szív nyugtató
Brinaldix	191	196	40	5 (3%)	gyomorfájás
Cavinton	620	619	129	81 (13%)	szív, vese és tüdő megbetegedés
Ceclor	52	49	11	10 (20%)	kevés félreértés
Colfarit	177	166	36	8 (5%)	angina, gyulladás, torokfájás, vérnyomás
Cordaflex	114	36	16	12 (8%)	kevés félreértés
Corinfar	920	888	188	225 (25%)	tüdőbetegségre megfelelő gyógyszer
Coverex	49	45	10	1 (2%)	kevés félreértés
Digoxin	163	174	35	20 (12%)	kevés félreértés
Diaphyllin	236	232	49	30 (18%)	kevés félreértés
Donalgin	102	158	27	16 (16%)	hasfájásra jó gyógyszer
Dopegyt	47	18	7	2 (4%)	kevés félreértés
Doxycylin	29	108	14	16 (55%)	érgyulladás és fájdalom- csillapító
Elenium	189	156	36	10 (5%)	kevés félreértés
Estulic	223	234	48	26 (1%)	altató, nyugtató
Eunocin	146	147	30	9 (6%)	kevés félreértés
Furosemid	256	286	56	8 (3%)	vérnyomás
Gilemal	300	305	63	96 (32%)	vérnyomás
Hotemin	116	99	22	6 (5%)	kevés félreértés
Kalium-R	454	411	90	4 (1%)	vérnyomás, szív, vízhajtó
Milurit	42	43	9	5 (1%)	kevés félreértés
Minipress	233	207	46	42 (18%)	kevés félreértés
Nitromint	224	169	41	41 (18%)	vérnyomás
Nitromint-R	504	605	151	87 (2%)	kevés félreértés
Rudotel	244	249	51	20 (8%)	szív
Seduxen	176	167	36	12 (7%)	kevés félreértés
Semicillin	165	147	32	18 (11%)	fejfájás, fogfájás, láz
Sumetrolim	109	83	28	3 (3%)	fejfájás, fogfájás, láz
Tensiomin	667	715	143	151 (23%)	szív
Trasicor	113	115	24	21 (19%)	kevés félreértés
Trental	324	350	70	40 (12%)	kevés félreértés
Ulceran	23	143	17	28 (100%)	kevés félreértés
Venoruton	29	112	15	2 (7%)	kevés félreértés
Viskaldix	121	119	25	36 (30%)	kevés félreértés
Voltaren	447	281	76	53 (1%)	kevés félreértés
Zinnat	59	94	16	2 (3%)	kevés félreértés
MLL**	35	128	17	2 (6%)	kevés félreértés
Xanax	210	186	41	30 (14%)	szív

** Mevacor, Lescol, Lipanhyt együttesen

szűkül le. Megfontolásra érdemes, hogy talán nem a teljes körű vényellenőrzést kellene megpróbálni bevezetni, amely egy-két ország kivételével (pl. Kanada), másoknak még nemigen sikerült, és emellett a működtetése rendkívül drága, hanem a fogyasztás zömét kitevő gyógyszerekre kellene koncentrálni. Hasonlóképpen igen célszerűtlen a vényellenőrzést országos szinten kiterjeszteni az összes gyógyszertárra. Célszerűbb lenne, ha a közgyógyigazolvány csak a tulajdonos lakóhelye szerinti legközelebbi gyógyszertárban lenne érvényes, mint ahogyan ez így van

pl. Hollandiában és más országokban is. Mind a megfelelő terápia, mind az ellenőrzés sokkal egyszerűbb lenne ezen a módon.

7. Átlag praxis, átlag beteg: adatok a tervezéshez, finanszírozáshoz

Platon szerint akármilyen tárgy vizsgálatában (legyen az természeti, társadalmi, nyelvi, művészeti), az objektum mibenlétéből kell kiindulnunk, ez pedig azzal egyenérté-

kü, hogy mi a struktúrája. Ha ugyanis valaminek a struktúráját akarjuk meghatározni, akkor feltétlenül részekre kell osztanunk (legalább kettőre), s meg kell jelölnünk egymáshoz való viszonyukat. Amikor meghatározzuk részeit és kapcsolódási módjukat, akkor végső soron magát a dolgot határozzuk meg.

Ebben az esetben éppen ezt tettük. A praxisok (mint populáció) túlságosan heterogének és nagyok ahhoz, hogy a szükségleteket eredményesen felmérhessük, tervezhessünk, illetve igénybevételi indikátorokat képezzünk. Amennyiben a beteg mint individuum az egység, az adatok mennyisége követlenül hatalmas, és ki vagyunk téve a véletlen ellenőrizhetetlen játéknak. Jelen esetben a praxist alkotó populációt két részre osztottuk: (a) azokra, akik az egészségügy szolgáltatásait rendszeresen és nagyobb mértékben igénybe veszik (járó betegek); (b) és azokra, akik ezt (járó betegként) nem teszik. Az egyes praxisokban az (a) és a (b) csoport aránya változó, az adott helyen viszont meghatározható. A tervezésben, a praxis hosszú távú megfelelő működésében döntően az (a) csoport a meghatározó. Az eddigiek alapján az egészségügy tényleges fogyasztói (járó betegként) a következő szükségleteket támasztják az alapellátásban. 12 hónap alatt 1000 beteg esetén a szükséglet 1240 röntgenvizsgálat, 1242 szakorvoshoz történő utalás és 1754 vérvizsgálat. Egy év alatt 1000 főre 14.700 gyógyszer fogy összesen, amelyből például minden 1000 lakosból 188-an fogyasztanak Corinfart, 143-an Tensiomint és így tovább. Szükség esetén ezek költsége is kalkulálható, amelyből pontosabb képet lehet alkotni a praxisokban felhasznált gyógyszerek költségéről.

8. Megjegyzések, javaslatok

Felmérésünkben, egyebek mellett, kiderült, hogy az orvos-beteg kommunikáció területén kívánatos és valószínűleg lehetséges a minőségi javulás. Célszerű lenne annak a pontos rögzítése, hogy az ellátás mely szintjén ki a felelős a beteg egészségügyi ellátásáért, hova futnak be az ezzel kapcsolatos adatok. A biztosítottat nemcsak informálni kell, hanem az is joga a betegnek, hogy azt megértse. A páciens és családját fel kell készíteni erre, és folyamatosan ellenőrizni kell, hogy a kommunikáció megfelelő volt-e, azaz a páciensek pontosan megértették-e, elfogadták-e azt, amit orvosuk javasolt nekik. Ez szükséges a megfelelő egészségjavításhoz (health promotion), amely a megfelelő népegészségügy (healthy public poli-

cy), a saját egészségük javítása érdekében biztosítottak rendelkezésére álló eszközök (health empowerment) és az egészségnevelés, oktatás (health education) egysége. A betegjogok megfogalmazása tehát az Európában használatos értelemben tartalmazza a megfelelő egészségpolitikához, az eléréséhez szükséges eszközökhöz és a megértéséhez, valamint elfogadásához való jogot is. Ezen célok eléréséhez járul hozzá a Prosper metodika, amelynek kiterjedt használata nagyban segítheti az egészségügy minőségének fejlesztését és a lakosság egészségi állapotának javítását.

Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk köszönetet nyilvánítani alábbi kollégáinknak a programhoz nyújtott nélkülözhetetlen segítségükért: dr. Zombori Gyula, dr. Sárosi György, dr. Adorján Erzsébet, dr. Zimányi Mária, dr. Pető Éva, dr. Saliga Margit, dr. Ligeti Zsuzsanna, dr. Juhász László, dr. Újvári Sándorné, dr. Zsigmond Zsuzsanna, dr. Szabó Tibor.

IRODALOM

1. Williamson, J. W.: Issues and Challenges in Quality Assurance of Health Care, International Journal for Quality in Health Care, Vol. 6, N 1, March 1994, 5–15. – 2. Elstein, A. S., Shulman, É. S.: Sprafkas, Medical problem solving: a ten year retrospective. Eval. Health. Prof. 13:5, 1990 – 3. Schmidt, H. G., Norman, G. R., Boshuizen, H. P. A.: A cognitive perspective on medical expertise, Acad. Med. 65: 611, 1990.

L. Gulácsi and A. Kovács: *Assignment by specialists, prescription and taking of drugs in primary care 1995–1996 indicators. Prosper-program.*

The paper describes that in 1993 a so called Euro-Prosper working group has taken shape in the EU countries in order to examine the satisfaction of insureds concerning the health care supply as well as the indicators of taking advantage of those services. Hungary is a member of the Euro-Prosper working group too. In the paper an analysis is given on the characteristics of examination and assignment by specialists, that of blood-tests, prescriptions and taking drugs in primary care, and the taking advantage of family doctor's services connected with those examinations are estimated. This program supported by the National Health Insurance Service (OEP) involved 91 districts of family doctors in 9 counties, that means 4819 patients in Hungary.

1 Szaktanácsadó, ÁNTSZ Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Intézete, Nyíregyháza
2 Országos tisztifőorvos, Országos Népegészségügyi Központ, Budapest, Gyáli u. 2.

A gyógyszerek árának és támogatásának alakulása néhány európai országban. I. rész: Közép-Kelet-Európa

Dr. Pékli Márta

1997. április 26–28. között Budapesten zajlott egy, a WHO által koordinált konferencia, amelyen az ún. Közép-Kelet-Európának nevezett régióból részt vettek Észtország, Lettország, Litvánia, Lengyelország, a Cseh Köztársaság, a Szlovák Köztársaság, Románia, Bulgária, Albánia és a korábbi Jugoszláviai tagállamaiból alakult államok (Horvátország, a Macedón Köztársaság, Szlovénia, Bosznia-Hercegovina, és a Szerb Köztársaság) küldöttei.

A háromnapos rendezvény során minden résztvevő ország *beszámolót tartott* az egészségügy helyzetéről, a gyógyszerárképzés szabályozási rendjéről, a gyógyszerárakat alkotó elemekről, árrekekről, a törzskönyvezett gyógyszerek számáról, a gyógyszerek árához adott támogatásról és annak szintjéről, a beteg térítési díjáról, a generikumok használatáról, az esetleges egyéb szabályzó tényezőkről és a megalkotott, és/vagy készülő egészségügyi- ill. gyógyszer-törvényről. Ez adta az ötletet és lehetőséget, hogy két közleményben bemutassuk az európai gyógyszerár- és támogatási rendszereket. Az első rész Közép-Kelet-Európa országainak gyakorlatát, a második rész az Európai Unió tagországok helyzetét ismerteti.

Albánia

Gyógyszerárképzés

A lakosság 44%-a aktív dolgozó. A két gyógyszergyár és az importáló nagykereskedők 30%-a magántulajdon. A gyógyszertárak is magántulajdonban vannak, kivéve a kórházi gyógyszertárakat és az egészségügyi centrumokat.

Az árrekekről a gyógyszer-törvény rendelkezik, mely szerint a hazai gyógyszerek nagykereskedelmi árreke 20%-ig, az importé 15%-ig érvényesíthető. A kiskereskedők 35%-ig érvényesíthetnek árreket. Ha a nagykereskedők egymás között forgalmaznak, akkor is maximálisan és összesen csak a 15%-ot oszthatják meg egymás között. Az árszabályozás kapcsolódik a támogatáshoz. Előreláthatólag referenciaáras fix rendszer valósul meg, a beteg és az egészségbiztosító közös hozzájárulásával.

1996-ban készült a „Rendelkezés a gyógyszerárakról” elnevezésű jogszabály. Ez a gyógyszer-törvényhez csatolódik és adminisztratív hatósági árszabályozást tartalmaz. Elsődleges célja az árreke szabályozása (amely egyébként 1995 év elejétől fix).

A gyógyszer-szektorban folyamatos a változás, nagyszámú importáló nagykereskedő és gyógyszertár jött létre. Az árreke túl magasnak látszik, az árreket redukálni szeretnék.

Gyógyszertámogatás

Az egészségbiztosítási rendszer azokat a gyógyszereket támogatja, amelyek az ún. esszenciális támogatott gyógyszerlistán vannak.

Az esszenciális gyógyszerlistán 278 gyógyszer van.

Minden gyógyszertárban hozzá lehet jutni minden gyógyszerhez. Az egészségbiztosítás az Over the Counter (OTC) gyógyszerek árát nem kontrollálja.

A támogatás a gyógyszertáron keresztül realizálódik.

Négy támogatási szint létezik farmakoterápiás csoportokhoz kötve. Az I. csoport támogatási szintje 100%; a II. csoporté 75–99,99%; a III. csoporté 55–74,9%; a IV. csoporté 37,5–54,9%.

Egy receptre korlátozott számú gyógyszer írható fel.

Az egészségbiztosító megengedi a generikus helyettesítést, továbbá ellenőrzi az esszenciális támogatott listán szereplő gyógyszerek felhasználását.

Bosznia-Hercegovina

A gyógyszerárakat nem szabályozzák. Az ország 10 megyéjében mindenütt más a gyógyszertámogatás. A 2,5 millió lakosból 333 ezer járulékfizető.

Az Egészségügyi Minisztériumban a gyógyszer-törvény előkészítése a következő szempontok szerint folyik:

1. A hazai gyógyszerek árát összetétel és gyógyszerforma szerint alakítják.
2. Az import gyógyszerek árszabályozásához az import és a regisztráció szabályozása is csatlakozhat.
3. Kontroll vagy limit bevezetése várható a nagykereskedelmi és a kiskereskedelmi árrekekre.

Gyógyszertámogatási rendszer

187 gyógyszertár és 40 humanitárius gyógyszertár van. Ez utóbbiak osztják szét a gyógyszeradományokat. Az egész országban 427 gyógyszerész működik, akik az állami-, magán- és humanitárius gyógyszertárakban dolgoznak.

A tervek szerint minden egyes kanton a helyi lakosság szükségleteit figyelembevéve alakít ki egy olyan gyógyszerlistát, amely receptköteles lesz és amelyet a gyógyszertárakkal kötött szerződéses viszony alapján az egészségbiztosítási alap támogat. Ezeknek a listáknak a föderáció alaplistáján kell alapulniuk.

A betegterítés vagy 1 német márka (DM) lesz receptenként, vagy a gyógyszerár 10–50%-a. Az egészségbiztosítási alappal kötendő szerződés limitálja a termelői ára-

kat, valamint a nagykereskedelmi és a kiskereskedelmi ár-reseket.

A egyidejűleg felírható és támogatott gyógyszerek száma limitált lesz és számos gyógyszert csak bizonyos betegségekre, vagy betegeknek lehet majd adni.

Szerb Köztársaság

Az országban a konferencia időpontjában még nem folyt saját termelés, habár kis szériás, hagyományosan gyógyszertárakban előállítható galenikumok és ex tempore előállítható gyógyszerek, mint pl. kenőcsök, szirupok és kórházi infúziók vannak. Természetesen ezen tevékenység még nem koordinált. A számos adomány gyógyszer 15%-a használhatatlan, 30%-a szükségtelen.

A kormány által 2000-ig készített stratégia szerint a gyógyszerpalettát WHO ajánlások segítségével fejlesztik. A reform megvalósításához 1996 végén létrehozták a Szerb Köztársaság ún. SCPS Bizottságát az Egészségügyi és Szociális Minisztériumban, és 1997 tavaszáig megalkották az elengedhetetlenül szükséges törvényi szabályozást. A SCPS Bizottság tagjai az Egészségügyi és Szociális Minisztérium, a Szerb Köztársaság Népegészségügyi Intézete, a kórházi és közforgalmú gyógyszertárak képviselője, az Egészségbiztosítás és a Banja Lukai Egyetem Orvosi Karának Klinikai Farmakológiai Intézete.

A SCPS vezetésével létre kell hozni

1. A nemzeti esszenciális gyógyszerlistát;
2. A gyógyszerek minőségbiztosítási rendszerét;
3. A gyógyszeradományok átvételének gyorsrendszerét;
4. A gyógyszerinformációs centrumot, a szakirányú oktatás és továbbképzés feltételeit;
5. A gyógyszerárképzés és gyógyszer-finanszírozás új struktúráját;
6. A hazai gyógyszergyártás feltételeit.

Horvátország

Az előzőnél összefogottabb és jobb helyzetben működik a horvátországi gyógyszerár- és támogatási rendszer: 686 működő gyógyszertár van, 5 hazai gyógyszergyártó, 35 importáló és 6 nagyobb nagykereskedő látja el a gyógyszerpiacot. 1997-ben új gyógyszertörvényt fogadtak el, azonban pillanatnyilag csak a támogatott gyógyszerek ára egységes és szabályozott. A támogatott gyógyszerek árát az Egészségügyi Minisztérium fogadja el. A támogatásról az egészségbiztosítás gondoskodik, amelyik az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alatt működik.

Gyógyszerárak

A nem támogatott gyógyszerek ára nem egységes. A hazai gyógyszerek árfelépítése a következő: 76% termelői ár, 11% nagykereskedelmi árrés, 8% kiskereskedelmi árrés, 5% adó.

Az import gyógyszerek árfelépítése: 66% termelői beszerzői ár (ebből 61,5% a termelő ár, 45% az importjuta-

lék), 11% nagykereskedelmi árrés, 8% kiskereskedelmi árrés, 10% vám, 5% adó.

Gyógyszertámogatás

A gyógyszertámogatás feladatait az egészségbiztosítás szervezete végzi az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alatt.

A finanszírozók a munkáltatók és a munkavállalók. Mindenki biztosított.

A 2500 regisztrált gyógyszerből 850 van az ún. Essential drug list-en (EDL), amely itt a támogatott gyógyszerlistát jelenti, és amelyre tendereztetéssel kerülnek fel a gyógyszerek. Egy lakosra évente átlagosan 5 recept jut, de egy receptre több gyógyszer is írható. Az átlagreceptár kb. 4%-a a receptdíj, tehát ennyit fizet a lakosság.

Problémát jelent az alacsony lakossági hozzájárulás, a magas gyógyszerfogyasztás, ezen belül a megemelkedett antibiotikum-fogyasztás. A magas gyógyszerárakat emeli a magas nagykereskedelmi árrés is.

Macedónia

Az egészségügyre a szociális alap 7–8%-a, a gyógyszerre 1,5–2%-a jut. Két hazai gyógyszergyártó van, a 83 magán nagykereskedőből 20 importál. 91 állami és 323 magángyógyszertár működik. 75%-ban import gyógyszereket, 25%-ban hazai gyógyszereket forgalmaznak.

Az össz. gyógyszerköltség 70%-át receptköteles gyógyszerekre fordítják.

Gyógyszerárak

1991 óta csak a hazai gyártók regisztráltatják áraikat a Gazdasági Minisztériumban. A gyógyszergyártás szabályozásáról utoljára 1977-ben, a gyógyszermarketingről 1986-ban rendelkezett törvény.

A hazai gyógyszerek árának 75%-a termelői ár, 7,5% nagykereskedelmi árrés, 17,5% kiskereskedelmi árrés.

Az import gyógyszerárak 65%-a termelői beszerzői ár, (ebből 17% import árrés és a vámok), 8% nagykereskedelmi árrés, 27% kiskereskedelmi árrés

Gyógyszertámogatás

A regisztrált gyógyszerek száma 1279.

A támogatást az állami gyógyszertárakban kiváltott gyógyszerekre nyújtják.

A lakosság teljes köre biztosított. A gyermekek 14 éves koráig nem fizetnek térítési díjat gyógyszereik után, a 14–18 év közötti korosztály és a nyugdíjasok 5%-ot fizetnek, a többi korosztály 20%-ot.

Az életkortól független betegségi lista gyógyszerei teljes támogatást kapnak.

Egy receptre csak egy gyógyszert lehet felírni, 2,4 recept/fő/év az átlag és az átlag receptár 6 DM/db. Akut megbetegedések esetén a terápiás napok száma 7, krónikus megbetegedések esetén 15 nap.

A kórházi gyógyszerekhez is van lakossági hozzájárulás, ez a klinikákon alkalmazott parenterális gyógyszerek esetén 20%, a kórházakban pedig 10%, beleértve a per os gyógyszereket is.

Szlovénia

1992-ben fogadták el az egészségügyi és a társadalombiztosítási, 1995-ben pedig a gyógyszer törvényt.

A kötelező egészségbiztosítás 13,1%-át fordítják gyógyszerre, 1996-ban 5,93 recept/fő/év volt a felhasználás, amelyet 250 gyógyszerből adtak ki.

Szlovéniában 4500 orvos és 1200 gyógyszerész van.

Azok a gyógyszertárak adnak ki támogatott gyógyszert, amelyeknek szerződésük van az egészségbiztosítóval. Kétféle receptre írják fel az orvosok a gyógyszert. A zöld receptre a kötelező egészségbiztosítás által támogatott gyógyszereket lehet felírni, a fehér receptre a kötelező egészségbiztosítás által nem támogatottakat. Csak azok az orvosok írhatnak fel vényre gyógyszereket az egészségügyi centrumokban vagy magánorvosként, akiknek szerződésük van az egészségbiztosítóval.

Gyógyszertámogatás

A 4000 regisztrált gyógyszer pozitív, átmeneti és negatív listán szerepel.

A támogatási rendszer lefedi az összes gyógyszert, kivéve az OTC gyógyszereket, a növényi eredetű gyógyszereket, kötőszereket, gyógyteákat és teakeverékeket.

A pozitív listán szereplő gyógyszerek 75%-át a kötelező egészségbiztosítás támogatja, 25%-át az önkéntes egészségbiztosítás. A gyermekek, a fiatalok és bizonyos betegségekben szenvedők részére 100%-ban a kötelező egészségbiztosítás nyújt fedezetet. A kötelező egészségbiztosítás által nem támogatott gyógyszerek esetében vagy a beteg fizeti ki a különbözetet, vagy az önkéntes egészségbiztosítás fedezi azt. Az átmeneti listán szereplő gyógyszerek esetében 25%-ot fedez a kötelező egészségbiztosítás és 75%-ot az önkéntes egészségbiztosítás, vagy a maga a beteg.

A költségkímélés céljából továbbra is gyógyszerlistákhoz rendelik a támogatást, a gyógyszerfelhasználást 3 hónapos periódusokra maximalizálják (nem a felírható receptek számát korlátozzák, mert különböző számú gyógyszer van dobozonként is), valamint a gyógyszertáraknak olyan ún. szervizdíjat kell fizetni, amelyik nem függ a gyógyszeráraktól.

Csehország

1997 márciusában fogadta el a parlament az új gyógyszer- és egészségbiztosítási törvényt. Ez magában foglalja a kutatás, a fejlesztés, a gyógyszerkipróbálás, a regisztrálás, a gyógyszertermelés, a gyógyszerelosztás, a gyógyszermarketing és a gyógyszerfelhasználás egyes kérdéseinek, valamint a egészségbiztosítás legfontosabb kérdéseinek a szabályozását is.

Gyógyszerárak

Az árakat a Pénzügyminisztérium szabályozza, a nagykereskedelmi árrés 9–12%, a kiskereskedelmi árrés 24–26%. Az Egészségügyi Minisztérium nem folyik bele az árszabályozásba. Nincsenek azonos gyógyszerári árak.

Gyógyszertámogatás

Az Egészségügyi Minisztérium 1997-ben kiadott dekretuma szabályozza a gyógyszertámogatást. Az új „kategorizáló bizottság” parlamenti bizottsági tagot, Egészségügyi Minisztériumi tagot, a Cseh Orvosegyesület képviselőjét, az Egészségbiztosító delegáltját, az Orvos- és a Gyógyszerész Kamara képviselőit, mint szavazókat, valamint a nagykereskedők és a gyógyszergyártók megfigyelőit fogja össze.

A támogatási rendszer az ATC kategóriákon és DDD referencia áron alapul, ennek azonban hátrányai a terápia ekvivalencia-problémák, továbbá nem alkalmazható az összes Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) (farmakoterápiás) csoportban.

Az Általános Egészségbiztosító támogatott gyógyszerlistát tesz közzé, amely maximált árat és támogatási szintet is tartalmaz.

A „kategorizáló bizottság” farmakoökonómiai tanulmányokat is figyelembe vesz, és háromhavonta publikálja új listáit.

Szlovákia

Gyógyszerár

A Pénzügyminisztérium gyakorol árkontrollt a Szlovák Köztársaságban az egészségügyi termékek felett. A gyártók és az importálók egy évben kétszer adnak be árjavaslatokat. A maximált termelői árlistát törvény szabályozza. Ezek az árak addig vannak érvényben, amíg az új listát ki nem hirdetik.

A nagykereskedők maximum árrése 13%, a kiskereskedőké 21%.

Gyógyszertámogatás

Az Általános Egészségbiztosító 1995-ben készítette el az első olyan útmutatót, amely összefoglalja a támogatott gyógyszerek felhasználását. A kormány törekszik arra, hogy a támogatáson keresztül befolyásolja a receptköteles gyógyszerek árát. 1997-ben készül egy új lista, amely az aktív hatóanyag és a Defined Daily Dose szisztémán (DDD-n) alapul.

A munkanélküliek, a gyermekek és a nyugdíjasok gyógyszerköltségeit teljes mértékben az állam fedezi.

Lengyelország

Gyógyszerárképzés

A hazai gyógyszerek árait a Pénzügyminisztérium állapítja meg. Az importgyógyszerek árát az Egészségügyi

és Szociális Minisztérium ártárgyalásokkal alakítja ki úgy, hogy az európai legalacsonyabb árakat veszi figyelembe. A nagykereskedelmi árrés 14,3%-a az eladási árnak, míg a kiskereskedelmi árrés 40–16% között változik. A hazai termékek termelői, nagykereskedelmi és kiskereskedelmi árát egy évben egyszer vagy kétszer hirdeti ki a Pénzügyminisztérium.

Az import gyógyszerek árát a hazai valutaállástól függően akár évente háromszor is kihirdetik. Ha új generikus készítményt regisztrálnak, akkor az támogatást csak a legolcsóbb szintjén kaphat.

Egyes esetekben a Farmakológiai Bizottság javaslata alapján, amelyik a 4 jegyű ATC kódot veszi figyelembe, az alsóport legolcsóbb tagja után és a hatástani egyenértékűség alapján adnak támogatást.

Gyógyszertámogatás

100%-ban támogatottak bizonyos krónikus betegségek, mint a diabetes, mucoviscidosis, fenilketonuria, neoplasma, epilepsia, myasthenia, glaucoma, tuberculosis, coeliakia és egyes szívbetegségek gyógyszerei, néhány kivétellel, amikor a beteg átalányt fizet. Az előbbi listán nem szereplő krónikus betegségekben az orvos saját belátása szerint dupla példányos zöld vényen térítésmentesen írhat fel gyógyszert. Hadirokkantaknak és családtagjaiknak az OTC gyógyszereket is beleértve, minden ingyenes.

Minden gyógyszertárban meg lehet kapni a támogatott gyógyszereket és a beteg csak a térítési díjat fizeti. A gyógyszertáraknak kéthetente utalják át a területi szervek a gyógyszertámogatási összegeket.

A gyógyszer esetén generikus helyettesítés lehetséges, ha azt az orvos jelzi.

Románia

Gyógyszerárképzés

1996 novemberéig a hazai gyógyszerárakat a gyártók az Egészségügyi Minisztériummal pénzügyminisztériumi felügyelet mellett tárgyalták meg.

Az import gyógyszerek árát is hasonlóan tárgyalták, de a támogatásról csak az Egészségügyi Minisztérium döntött.

A termelői árhoz hozzáadódott a 25% import árrés és a 10% vám-nagykereskedelmi ár, ehhez hozzáadódott a maximum 33% kiskereskedelmi árrés (6–33%).

1997-től a hazai árakat a Versenyhivatal tárgyalja. Az importgyógyszerek árképzése hasonló az előző évihez, de az import árrés 20%+15%, melyhez hozzáadódik 5% devalvációs rizikó faktor.

Gyógyszertámogatás

Míg 1989-ben 1300 gyógyszertár volt, 1997-re 3400 lett, melynek 78%-a magángyógyszertár. A forgalomban levő gyógyszerek 60%-a hazai és 40%-a import. 400 magánimportőr van. A hazai gyógyszerek 95%-át a 10 legnagyobb román gyár készíti.

A gyógyszerárakhoz 75%, vagy 50% támogatást biztosítanak; a munkanélküliek, jövedelem nélküliek és a nyugdíjasok 75%, a dolgozók és családtagjaik 50% támogatást kapnak.

Észtország

Az ún. Gyógyászati Termékkört a állam kiemelten kezeli Észtországban, mivel ezekre semmiféle adót (ÁFA stb.) nem vet ki. Ebbe a körbe tartoznak a gyógyszerek, gyógytermékek, mint pl. a gyógyteák, a vitaminokat és nyomelemeket tartalmazó termékek, a homoeopata szerek, bizonyos diagnosztikus preparátumok, a radiofarmakonok, bizonyos gyógyászati segédeszközök, mint pl. inhalátorok a különböző gyógyszerekhez, fogamzásgátló készítmények és eszközök.

Gyógyszerár

Mind a nagykereskedelem, mind a kiskereskedelem „maximum cost plus %” rendszert használ, ami azt jelenti, hogy az árak emelkedésével a nagykereskedelemben a megengedett árrés % 20 és 5% között csökken, a kiskereskedelemben 70 és 15% között változik bizonyos kidolgozott szintenként.

Gyógyszertámogatás

Egy 1993-ban kidolgozott rendszer szerint Észtországban csak a receptköteles gyógyszerek kapnak támogatást, a többiért a beteg teljes árát fizet. Évenként felülvizsgálják a támogatott gyógyszerek listáját és ezzel mindig növekszik azon betegek száma, akik kedvezőbb támogatást kapnak. Két betegséghez kötött pozitív lista van, melyek támogatásának mértéke 100% és 90%. 1997-ben a 100%-os körben 26 féle diagnózis 129 gyógyszerét, a 90%-os körben 32 diagnózis 118 gyógyszerét támogatják. Ráadásul a 28 esszenciális gyógyszert 16 éves korig ill. 65 év felett 90%-os támogatással meg lehet kapni.

Az 50%-ban támogatott gyógyszerek esetén minimum és maximum fizetendő összeg is van, tehát bizonyos összegnél többet senki sem fizet.

Egy receptre 2 havi adagnál több gyógyszert nem lehet felírni.

A beteg a gyógyszertárban csak a térítési díjat fizeti ki, a többi a betegbiztosító rendezzi.

Lettország

Gyógyszerárképzés

A legtöbb európai országhoz hasonlóan a termelői árhoz (amelyik nem szabályozott) hozzászámolják a nagykereskedői és a kiskereskedelmi árrést. E két árrés egymással ún. regresszív viszonyban van és a lényege az, hogy ha magasabb a nagykereskedelmi árrés, akkor kisebb kiskereskedelmi árrés tartozik hozzá, a nagykereskedelmi árrés azonban nem lehet nagyobb, mint a termelői ár 25%-a.

Gyógyszertámogatás

A gyógyszertámogatási lista egy-két kivétellel azonos a receptköteles gyógyszerlistával. Minden hatástani csoportból tartalmaz gyógyszereket azért, hogy biztosítsa a komplex terápiát.

A gyógyszertárak a ún. betegbiztosítóval számolnak el, ezért a beteg csak térítési díjat fizet. A támogatási szintek 15%-tól 100%-ig terjednek. Van egy ún. maximum érték DDD egységenként, amit támogatni tudnak, az extra árakat a beteg fizeti.

Litvánia

Nincs összefüggés az árak és a támogatások között. Számos problémát vet fel a korábbi Szovjetuniótól örökölt nem regisztrált, de forgalmazott gyógyszerek tömege.

Gyógyszerárképzés

Az import gyógyszerek árait úgy alakítják ki, hogy fix százalékos maximum árrést alkalmaznak a termelők fix eladási (CIP) árára. A hazai gyógyszerek esetében fix százalékos maximum árrést alkalmaznak a vállalat eladási árára vetítve.

A termelői beszerzői árakra általában 45–15% kereskedelmi árrést tesznek rá aszerint, hogy alacsonyabb, vagy magasabb az ára a gyógyszernek. Ezen belül a nagykereskedelmi árrés 18–6%, a kiskereskedelmi árrés 23–9% lehet növekvő ársort tekintve.

Gyógyszertámogatás

Az országban 10 betegbiztosítási körzet van és ezeket betartva történik az elszámolás, tehát a beteg a felíratott gyógyszert csak egy körzeten belül válthatja ki.

A támogatott gyógyszerek listáján vényre írható és OTC gyógyszerek is vannak. A legfontosabb (támogatott) gyógyszerek listáján szereplő gyógyszerek, melyek konkrét betegségekhez köthetők, 80 vagy 100%-ban támogatást kapnak.

Összefoglalás

Összefoglalásként elmondható, hogy Európa korábban szocialista országaiban a gyógyszerárszint rendkívül különbözőképpen (helyenként nem) szabályozott.

A gyógyszertámogatás még sok helyen őrzi a szocializmus hagyományaként, hogy egy államilag támogatott, szolidaritási alapon működő egészségbiztosítás a lakosság teljes körére vonatkozik, de előfordul olyan is, hogy (főként a korábbi Jugoszlávia területén) a lakosság kis százaléka vesz részt a szervezett és teljes körű egészségbiztosításban. Arra is van már példa, hogy többszintű a biztosítás, tehát az államilag garantált alapbiztosítás mellett, arra ráépülő, egyedileg fizetett magánbiztosítás finanszírozza a drágább gyógyszereket a beteg részére.

A gyógyszertámogatás további részleteit illetően általában minden országban van olyan korcsoport vagy betegségszo-

port, amely kiemelten, illetve 100%-ban támogatott, de van olyan ország is, ahol mindenki fizet hozzájárulást mindenhez, és van, ahol a maximális támogatási szint csak 75%-os.

Ez a gyakorlat ugyanolyan változatosságot mutat, mint Nyugat-Európában. Európa többi országában ugyanis szintén többféle gyógyszerár-szabályozási és gyógyszerár-támogatási rendszer működik. Alapvető különbség, hogy a gyógyszerárakról és a gyógyszertámogatásokról általában külön intézményben döntenek, illetve szabályozzák azokat. Ez azt jelenti, hogy először egy szigorú ipari vagy kereskedelmi minisztériumi, esetleg árhivatali árszabályozás után a gyógyszer megjelenik a piacon eleinte teljes áron, majd egy bizonyos idő múlva egy másik intézményben (egészségbiztosító, egészségügyi minisztérium) kerül megállapításra az esetleges támogatás, ill. azoknak a betegségszempontoknak a támogatása, amelyeket általában szigorú szabályok között és általában titkosan működő bizottság határoz meg. Létrehoznak egy ún. esszenciális gyógyszerlistát (EDL) is, amely listán szereplő gyógyszerek az adott országban támogatást kapnak. Az alapvető támogatási rendszerbeli különbség a nyugat-európai országok között az ún. angol és a német típusú rendszer. (Az Európai Unió tagországainak gyakorlatát részletesen a II. részben tárgyalja a szerző – a szerk.).

Egyes országokban különböző százalékos támogatási szintek vannak, máshol e mellett bevezették a fix összegű támogatást is, amelynek leginkább az innovatív gyógyszerek mellett jelent, ill. megjelenő generikumok esetén van jelentőség. De elkezdődött az ún. hatástani csoportos fix összegű támogatás bevezetése is, amelyik az azonos hatástani csoporton belül a terápiásan egyenértékű, de különböző szerkezetű gyógyszer-molekulák között állapít meg fix összegű támogatást.

Ezt a technikát megtalálhatjuk a jelenlegi WHO ajánlásokban is, azonban bevezetése a közép-kelet-európai régióban valószínűleg kettős hatást érhetne el. Egyrészt a gyógyszergyártók által drágán adott gyógyszerek árát hosszabb-rövidebb idő alatt letörhetné, másrészt – és ez nem hallgatható el – a lakosság részére pillanatnyilag olyan plusz terhet jelentene, amely miatt csak kellő óvatossággal, fokozatosan, szakmailag átgondoltan lehet bevezetni. A terápiásan egyenértékű gyógyszerek árai között pillanatnyilag ugyanis olyan különbségek vannak, hogy az a gyógyszerár-támogatási szintet az 1997-ben meglévő kb. 70%-os átlagtámogatásáról mintegy 25–30%-kal csökkenthetné, és ezzel akár két-háromszoros térítési díj megfizetésére kényszerítené a lakosságot. Nem biztos, hogy ez kell legyen a cél az egyébként is elszegényedett, sokszor munkanélküliségtől is szenvedő közép-kelet-európai régióban, ahol jelenleg is a valuta-leértékelődés (devalváció) és infláció sújtja a lakosságot és a gazdaságot.

A szerző megjegyzése. Az egyes országok gyógyszerár és gyógyszertámogatás viszonylatában leírt összefoglalások alapja az egyes országok képviselői által megtartott előadások ill. az azok alapján általuk készített írásos anyag. Számos esetben ezek néhány hónap alatt is változhattak, a cikk a konferencia időpontjában érvényes és ott elhangzott adatokat tartalmazza.

M. Pékli: *Tendencies of drug prices and their subsidies in some European countries: I. part Central-East-Europe*

LEVÉL A SZERKESZTŐSÉGHEZ

Gyógyszerészet 42. 112. 1998.

Gyerek, gyermek?

Dr. Kedvessy György

A két szó lényegében azonos fogalmat jelent. Bár a köznap használatban a „gyerek” sokkal gyakoribb.

Ez a szó összetételekben is sok formában szerepel, pl. erkölcsi és szociológiai használatban: *gyerekvállalás*. Találkozunk vele társadalmi jelleggel: a terv még gyermekcipőben van, a mozgalom még gyermekkorban jár, a gazdaság gyermekbetegségéről is lehet szólni. Ezek a kifejezések még nem kialakult, fejlődésben lévő állapotot jelenthetnek.

Családi értelemben: „négy gyermek van”, népiesen „négy családja van”. Valamely idős szülő természetesen gyereknek nevezi anyányi korban lévő leányát. Ameddig él a szülő, a családban mindig gyerek marad az esetleg már korosodó személy.

Az utóbbi időben a hírekben, a napi gyakorlatban a „gyerek” szó használata sokszor indokolatlanul széles körű, de helytelen. Így beszélnek még a 18–20 éves fiatalról is. Pl. „a gyerekek tiltakoznak az érettségi szabályozás miatt... mondta (írta) a VKM államtitkára. A pedagógusok jelentős része (középiskolai igazgató, előfordult, hogy miniszter is) a tanuló, a régi szép diák stb. kifejezés helyett gyereket emleget. Hallottam egyetemi oktatótól is az egyetemi hallgató (polgár) megnevezés helyett „gyerek” szót alkalmazni. Ez helytelennek tekinthető, mert nem veszi figyelembe az életkort.

Akkor hát meddig tart a gyermekkor?

A Magyar Értelmező Szótár röviden így fogalmaz: a gyerek „nem felnőtt személy”. Orvosi, biológiai szempontból az emberi életkorok leírásában a WHO szerint a gyermekkor 14 életévig tart. Értelmezhető ez a téma biológiai, terápiás vagy gyógyszeradagolási értelemben is. *Issekutz* 15 évben jelöli meg a gyermekkor határát. A gyermekgyógyászat 6–14 éves korig tekinti általában a beteget gyermeknek, de meghatározott kivételes esetben 18 évig még foglalkozhat vele „serdülő-ként” a gyermekklinika (*Boda*).

Tegyük még hozzá a bírósági, jogi rendszabályt, amely szerint 14 éves korig az egyén – mint gyermek – nem büntethető, majd 18 éves korig „fiatalkorú”-nak tekinti őt a jog.

Az elmondottak alapján nyilvánvalóan kifogásolható a „gyerek” szó alkalmazása, ha 18–20 éves fiatalról van szó. A mind gyakoribb ferdítés sértő is a fiatalságra.

A szóban lévő kifejezés (gyerek) még megakadályozható lenne a szabatos beszédben (rádió, televízió), és írásban is kifogásolandó a használata. Kívánatos lenne erre figyelni, különösen az e körben, hivatalos és hivatalos „szakemberek” részére.

G. Kedvessy: *Different interpretations of the word „child” in Hungarian*

Szeged, Feketesas u. 25. – 6720

Gyógyszerészek nyomában...

DR. WINKLER LAJOS

(1863–1939)

Aradon született 1863. május 21-én. Ugyanitt Rozsnyay Mátyás gyógyszerésztárában volt gyakornok. 1885-ben gyógyszerési oklevelet, majd 1889-ben gyógyszerészdoktori címet szerzett a Budapesti Tudomány Egyetemen. Doktori értekezését Than Károly intézetében dolgozta ki. Később a Kémiai Intézet igazgatója lett. A Tudományos Akadémia 1896-ban levelező, 1922-ben rendes tagjává választotta. A gyógyszerészképzés korszerűsítése érdekében igen sokat tett. Mint tanársegéd a budapesti Kígyó gyógyszerésztárában kisegítőként is dolgozott, és az itt szerzett tapasztalatokat oktatómunkájában hasznosította. Tudományos munkássága elsősorban a kémiai analízis területére esett, de jelentős a klasszikus analitikai és a gyógyszerészi kémia körébe tartozó munkái is. Tagja volt a III. és a IV. kiadású Magyar Gyógyszerkönyv szerkesztőbizottságának, ezek kémiai részét ő dolgozta ki. 1939. április 14-én Budapesten halt meg.

(Gyógyszerészettörténeti naptár – '98 február
Solvay Pharma Kft. kiadása)

HÍREK

A SZAKMAI ÉS A TUDOMÁNYOS ÉLET HÍREI

GYÓGYSZERÉSZEK ORSZÁGOS KONGRESSZUSA

Dr. Mikola Bálint a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége elnöke, dr. Szabó Sándor a Magyar Gyógyszerész Kamara elnöke és prof. dr. Vincze Zoltán a Magyar Gyógyszerészeti Társaság elnöke 1998. január 29-én a három szervezet nevében írta alá a Gyógyszerészek Országos Kongresszusa alapító okiratát. Az alapító okirat értelmében a három szervezet ezentúl közösen rendezi meg a MOSZ őszi kongresszusainak jogutódaként az évenkénti kongresszust. Az alapító okirat aláírását követően került sor a rendezőbizottság ügyrendjének kialakítására és elfogadására. A rendezőbizottság elnöke ez évben dr. Mikola Bálint, titkára Hankó Zoltán.

ALAPÍTÓ OKIRAT

Preambulum

A Magángyógyszerészek Országos Szövetsége 1991. évi alakulásától kezdődően szervezi a MOSZ éves kongresszusait. A rendezvény látogatottsága a kezdeti 1991. évben jelenlévő 220 főről (közülük 85 fő önálló gyógyszertár-tulajdonos) az 1997. évi VII. Kongresszusra 2960 fő regisztrált résztvevőre növekedett (közülük 1580 fő személyi joggal rendelkező gyógyszerész).

Erre az időszakra tehető a gyógyszerellátó struktúra átalakítása, a gyógyszer-tári központok felszámolása, az egyszintű többszintű nagykereskedelem kialakulása és a gyógyszertárak privatizációja egyaránt.

Nem volt meg tehát a korábbi évek rendezvényeinek sem a szakmai, sem a szervezeti, sem az anyagi bázisa, a gyógyszerpiac szereplői viszont igényelték a véleménycserét, a kontaktust. Ezt a helyzetet ismerve fel a MOSZ felvállalta – egyre szélesebb körű reprezentáció biztosításával – a szereplők konzultációjának megszervezését és lebonyolítását.

Így lett a VII. Kongresszus a tudományos és szakpolitikai fórum mellett a gyógyszerész, gyártó, nagykereskedelmi, informatikai, biztosítási, számviteli, jogi, finanszírozói, ellenőrzési és egyéb, a gyógyszerellátással kapcsolatban álló szakterületek konzultatív rendezvénye.

Általános rész

Az 1997. évi kongresszus zárásakor megfogalmazódott az igény a folytatásra, a gyógyszerészi reprezentáció érdemi szereplőinek bevonásával.

Ezzel összefüggésben jelen dokumentum megfogalmazza a Magyar Gyógyszerész Kamara, a Magyar Gyógyszerészeti Társaság és a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége abbéli közös szándékát, hogy 1998. évi kezdettel,

a korábbi, éves rendezvények szerves folytatásaként meghirdeti a Gyógyszerészek VIII. Országos Kongresszusa-t.

A kongresszus továbbképző igénytel kerül megrendezésre. Ezzel összefüggésben különös figyelmet fordítva a Federation International Pharmaceutical (FIP) és az EUROPHARM által a gyógyszerészeti tudományos, szakmai prioritásokra, azok gyógyszerhatástani, terápiás, szervezési és farmakoökonómiai vetületeire, foglalkozik az aktuális szakpolitikai kérdésekkel, a gyógyszerészetet érintő jogi, számviteli, finanszírozási környezettel és a gyógyszerellenőrzés kérdéseivel egyaránt. Ezek mellett keretet ad a gyógyszerészi reprezentáció szervezeti önálló konferenciáinak és fórumainak – közgyűlés, taggyűlés, elnökségi ülések – is.

Lehetőséget ad a gyógyszerellátással kapcsolatban álló szakmai, tudományos, kereskedelmi, technikai és informatikai szervezetek kiállításokon való bemutatkozására, a partnerkapcsolatok kiépítésére, konzultációk biztosítására.

A kongresszus, a rendező szervezetek által közösen ratifikált záródokumentumában foglalja össze a legfontosabb kérdésekben kialakított álláspontját, amelyek megfogalmazásában, felismerve és elfogadva a gyógyszerésztársadalomban fellelhető szakmai és foglalkoztatási csoportérdekeket, konszenzusra törekszik.

Operatív rész

A Gyógyszerészek Országos Kongresszusa évenként egy alkalommal, őszi időpontban kerül megrendezésre.

A kongresszus programja összeállítását, az ehhez szükséges felkéréseket és adminisztrációt, a szervezési feladatokat a Rendező Bizottság teljes hatás- és döntési jogkörrel látja el.

A Rendező Bizottság 6 főből áll. Tagjait a Kongresszust meghirdető szervezetek delegálják általuk meghatározott idő-

tartamra, a delegálást követően elismerve teljes önállóságukat és felelősségüket. A Rendező Bizottság tagjai közül – évenkénti rotációval – elnököt választ és meghatározza saját munkarendjét.

Az 1998. évi rendezvény szervezője és bonyolítója, valamint az 1999. és 2000. évi rendezvény előkészítője a Global-Med Kft.

A kongresszus pénzügyi lezárásának határideje a rendezvényt követő 60. nap.

A Gyógyszerészek VIII. Országos Kongresszusa

– időpontja 1998. október 7–11.

– helyszíne Siófok Ezüstpart

Az I. sz. cirkulare és programelőzetes kiküldési határideje direkt mail formában 1998. február 28., aláírói dr. Szabó Sándor, dr. Vincze Zoltán és dr. Mikola Bálint.

A Kongresszus pénzügyi eredmény-felosztására vonatkozóan a meghirdető szervezetek elnökeinek egyeztetése szükséges, amelynek eredményét aláírt dokumentumban kell közzé tenni. Határidő: 1998. február 28.

Záró rész

A Gyógyszerészek Országos Kongresszusa alapvető paraméterein csak a három meghirdető szervezet, együttes elhatározással, dokumentálással és közzetétellel változtathat. A meghirdető szervezetek a kongresszus Rendező Bizottságába delegálják a következő személyeket: Dr. Vincze Zoltán a Magyar Gyógyszerészeti Társaság elnöke; dr. Mikola Bálint a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége elnöke; dr. Botz Lajos a Magyar Gyógyszerész Kamara alelnöke; dr. Simon Kís Gábor a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Szervezési Szakosztály elnöke; Hankó Zoltán a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége általános alelnöke; dr. Zalai Károly a Magyar Gyógyszerész Kamara főtitkára.

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG ELNÖKSÉGI ÜLÉSE 1998. FEBRUÁR 18., BUDAPEST

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság elnöksége ezévi első ülését 1998. február 18-án délelőtt tartotta Budapesten, *prof. dr. Vincze Zoltán* elnök vezetésével.

Elsőként a Társaság jelenlegi helyzetét és kötelezettségvállalásait tekintették át. Az elnök ismertette a múlt év pénzügyi zárómérlegét és vázolta ezévi terveiket.

Kötelezettséget vállalt a Társaság a „Gyógyszerészek Országos Kongresszusa”-ban és a „Gyógyszerészi Almanach” kiadásában. Mindkettőben a másik két gyógyszerészi szervezettel – az MGYK-val és a MOSZ-szal – együtt érdekelt az MGYT.

Az MGYT elnöksége támogatja a három gyógyszerészi szervezet összefogását a „Gyógyszerészek Országos Kongresszusa” érdekében, de a nyereségmegosztás mikéntjében merültek fel ellenvélemények.

A „Gyógyszerészi Almanach”-ot az MGYT, az MGYK és a MOSZ közösen szerkeszti, kiadni a „Galenus” kiadó fogja. A szerkesztőbizottságba az MGYT *dr. Kraszkó Károlyt* és *Kéry Istvánt* delegálja.

A jövő évi *Congressus Pharmaceuticus Hungaricus XI-nek* a GYOK keretében történő megrendezését illetően ütköztek a vélemények. Ezért az elnök a Kongresszus Szervező, valamint Tudományos Bizottságának elnökével – március közepére – újbóli megbeszélést tűzött ki.

Elkészült az MGYT szakmai továbbképzési programja. Végső rendszerezésre az elnökség négy tagja a javaslatokat megkapja és összeállítja a bevezetendő programot.

A továbbiakban az elnök ismertette a szakgyógyszerész-képzéssel és a gyógyszerészi szakkollégiummal kapcsolatos rendezlettervezeteket. Új szakgyógyszerészi képesítés nem lesz, de a HIETE mellett az egyetemeken is adhatnak szakgyógyszerészi képesítést. Gyógyszerészi szakkollégium is megkezdte majd a működését. A tervek szerint a szakkollégium titkárát az MGYT adja.

Végül folyó ügyeket tárgyalt az elnökség. *Prof. dr. Jürgen Vessmann* az EUEFPS Ipari Bizottságának elnökét a Magyar Gyógyszerészeti Társaság tiszteletbeli tagjává fogja fogadni.

Konrádné Abay-Nemes Éva
jegyző

PHARMAGRAD TOVÁBBKÉPZÉS ASSZISZTENSEKNEK

A Pharmavit Rt. és a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége együttműködési szerződésének megfelelően az

asszisztensek részére a címben jelzett néven új továbbképző fórum jött létre, melyet a pályázatot elnyerve a Patika Tükkör Kft. szervez.

1998. február 21-én a SOTE Nagyvárad téri elméleti tömbjének dísztermében, mintegy 850 gyógyszerértároló asszisztens jelenlétében került sor az első konferenciára. A konferencián – többek között – *dr. Matejka Zsuzsanna* az OTC programról, *prof. dr. Ludwig Endre* a felnőttkori megfázásról, *dr. Kassai Péter* a gyermekkori megfázásról, *dr. Czeizel Endre* a gyógyszerértároló egészségvédelemről, *dr. Mezey János* a pezsgőtabletta gyártásról és *dr. Simon Kis Gábor* az egészségügyi marketingről tartott előadást.

A hasznos továbbképző konferencián a gyógyszerértároló viselet lehetőségeit kiegészítő divatbemutatóra is sor került.

(-)

SUPRAX A RICHTER ÚJ TERMÉKE

Az 1901-ben alapított Richter Gedeon Rt. az ország legnagyobb és jelenleg egyetlen szakmailag független gyógyszergyártója. A társaság 1997 óta piacvezető a magyar piacon, s ezt elsősorban annak köszönheti, hogy termépalettáját folyamatosan újítja meg korszerű, részben saját fejlesztéséből, részben licenc partnerektől származó termékekkel. Ezt támasztja alá az a tény is, hogy az elmúlt öt év során 20 új készítményt vezetett be, s ezek jelenleg a cég teljes hazai forgalmából 40%-ot képviselnek. Legismertebbek közülük: *Ednyt*®, *Quamatel*®, *Lansone*®, *ACC*®, *Centrum*®, *Strepsils*®, *Curiosin*®.

Bár a Richter Gedeon Rt. a magyar cégek közül a legtöbbet, 1997-ben mintegy 3 milliárd forintot áldozott K + F-re, folyamatosan keresi az együttműködés lehetőségét külföldi cégekkel.

A Richter Gedeon Rt.-nek évtizedek óta áll fenn szoros kapcsolata vezető japán gyógyszergyárakkal a kutatás és fejlesztés, valamint a kereskedelem területén. A Fujisawa-val kötött licenc-megállapodás újabb mérföldkő ezen, közös előnyökön alapuló együttműködések sorában.

A *Suprax*®, mely a japán Fujisawa cég készítménye és hatóanyag a cefixim, 1987-ben a III. generációs, orális cefalosporinok első képviselőjeként jelent meg a világon.

A készítmény széles spektrumú, baktericid antibiotikum, hatását a baktériumsejtfal szintézisének gátlásán keresztül fejt ki. A *Suprax*® hatóanyagának különleges szerkezete egyedülálló stabilitást biztosít a β -laktamázokkal szemben, beleértve mind a plazmid, mind a kromoszóma mediált típusokat, így a *Sup-*

rax® hatékony olyan baktériumokkal szemben is, amelyekre más készítmények már nem hatnak. A cefixim eliminációs felezési ideje 3–4 óra, amely különösen hosszú az orálisán aktív β -laktám antibiotikumok között, és lehetővé teszi a napi egyszeri adagolást.

A klinikumban is kihasználhatók előnyös tulajdonságai.

Indikációs területek: fül-orr-gégészeti fertőzések (otitis, sinusitis), felső légúti fertőzések (tonsillitis, pharyngitis, laryngitis), alsó légúti fertőzések (akut bronchitis, krónikus bronchitis akut fellángolása, pneumonia), húgyúti és urogenitális fertőzések (pyelonephritis, urethritis, cystitis, gonorrhoea).

A *Suprax*® adagolása egyszerű, minden indikációs területen egyaránt napi 1x400 mg felnőtteknek és 12 év feletti gyermekeknek, napi 8 mg/ttkg szuszpenzió 12 év alatti gyermekeknek. A kifejezetten gyermekek számára kifejlesztett eper ízű szuszpenzió megkönnyíti az adagolást. Az elkészített szuszpenziót 2 hétig hűtés nélkül lehet szobahőmérsékleten tárolni. Ez a tulajdonsága a szülőknek nyújt segítséget.

Hatékonyágának köszönhetően az adagot súlyosabb fertőzés kezelésekor sem kell növelni.

A mellékhatások a cefiximrel kezelt betegekben általában enyhék, átmeneti jellegűek, és rendszerint a kezelés megszakítása nélkül megoldódnak.

A készítmény gazdaságos kiszerezési egységekben kapható, széles spektrumának és a rövid terápiás időnek köszönhetően kedvező kúraköltséget biztosít.

A *Suprax*® magyar piaci bevezetése alkalmából a Richter február 16-án sajtótájékoztató tartott, melyen *Junji Kachi* igazgató vezetésével a Fujisawa cég képviselői is megjelentek.

(-)

ÚJABB FEJLESZTÉSEK A CHINOIN-BAN

1998. február 13-i sajtótájékoztatóján bemutatkozott a Chinoín Rt. vezérigazgatója, *Philippe Besse*. A vállalat új vezetője az elmúlt években a Sanofi különböző leányvállalatainak fejlesztésével foglalkozott szerte a világon. 1973-tól dolgozik a Sanofinál különböző pozíciókban, ahol többek között a francia gyógyszer laboratóriumok, kisvállalatok egy szervezetbe integrálása volt a feladata, amely eredményeképp 1991-ben létrejött a Sanofi Pharma France. 1992-ben *Besse-t* a Sanofi Winthrop Belgium igazgatójának nevezték ki, 1995-től pedig a Sanofi sikeres mexikói leányvállalatának vezérigazgatói posztját foglalta el.

„A Chinoínnál adott a képesség, a tudás és a kapacitás, az anyavállalat Sanofi pedig biztosítja ehhez a logisztikai és

pénzügyi háttérrel. Az integráció keretén belül a Chinoin megőrzi tradícióit, sajátosságait. Mindezek alapján úgy ítélem meg, a Chinoin nagyon biztató jövő előtt áll a Sanofi csoport tagjaként – szögezze le beszédében a vállalat vezérigazgatója.

A Sanofi eddig több mint kétszáz millió dollárt (40 milliárd forint) fektetett a Chinoinba, amelynek egyik részét ipari fejlesztésekre, jelentős részét pedig a vállalat belüli kutatási és fejlesztési részleg korszerűsítésére, kutatások finanszírozására fordította. „A sikeres kutatás-fejlesztés egy gyógyszergyár tevékenységének egyik legfontosabb eleme. Egy-egy új készítmény kifejlesztése azonban több-százmillió dollárnyi összeget is felémészthet. Így a Chinoin kutatási részlegének a Sanofi segítségével új lehetőséget nyit meg.”

A Chinoin 1997-ben az elvárásoknak megfelelően teljesített. A mostani adatok szerint a vállalat forgalma a tavalyi évben 37 533 milliárd Ft volt, amely 27,5%-os növekedést jelent 1996-hoz képest, bár a gyógyszeráremelések már rövid távon a fogyasztás csökkenését eredményezik. A Sanofi mindezekkel együtt büszkén tekint a Chinoin tavalyi teljesítményére és így az eddigi beruházások mintegy 10%-ának megfelelő, további 4,5 milliárd forintos beruházást irányoz elő az 1998-as évben végrehajtandó fejlesztésekre.

Huszonöt évvel ezelőtt, az 1973-as olajválság idején döntött a francia ELF Aquitaine olajipari konszern vezetése arról, hogy a diverzifikáció érdekében egymillió dollár alaptőkével létrehoz egy egészségügyi és kozmetikai vállalkozást.

Az ily módon létrejött Sanofi vállalat neve tükrözte az alapítók szándékát, hiszen a név első fele az egészségre, a második a „finance”-ra, a beruházásra utalt. A Sanofi viharos gyorsasággal zárkózott fel a francia gyógyszergyártó és szépségápolási cikkeket előállító vállalatok élbolyához. Mára a gyógyszergyárak világranglistájának 22. helyére, a kozmetikai cégek sorában az 5. helyre lépett előre és olyan márkákat mondhat magáénak, mint az Yves Rocher és az Yves Saint Laurent. A párizsi tőzsde magasabbra értékeli a Sanofit mint a Renault-t, a Peugeot-t vagy a Michelin gumigyártat.

A száznál több országban érdekelt-séggel, illetve képviselttel rendelkező több, mint 30 000 főt foglalkoztató egészségügyi vállalat forgalma 1997-ben 25,7 milliárd frank volt. Ezen belül a gyógyszeripari bevétele – az átlagos piaci növekedést meghaladó mértékben – 10%-kal volt magasabb az előző évinél. Vezető gyógyszerének, a trombózis ellen használatos Ticlid-nek a forgalma tavaly még ennél is nagyobb arányban, megközelítőleg 20%-kal bővült.

A Sanofi kutatás igen termékeny, az utóbbi évtizedben harminc új molekulát fedezett fel. Ezek közül kettőt: a szív- és érrendszeri betegségek ellen használatos Plavix-ot, valamint a magas vérnyomás kezelésében új távlatokat nyitó Aprovel-t a Bristol-Myers Squibb gyógyszergyárral közösen fejlesztették ki és forgalmazzák a világ számos országában 1997 második felétől kezdődően.

A vállalat elnök-vezérigazgatója, *Jean-François Dehecq* szerint a Sanofinak minden esélye megvan arra, hogy a következő évtizedben egyike legyen a világ első tíz gyógyszergyártójának.

(-)

GYÓGYSZERÉSZ NAGYCSALÁDOS KIRÁNDULÁS AUSZTRIABA A PHARMA TOURS KFT. SZERVEZÉSÉBEN

Idén januárban ismét kirándulást szervezett a nagycsaládos (3–8 gyermekes) gyógyszerészek számára a Pharma Tours Kft. Újból együtt volt a „nagy csapat”. Most 7 vidéki és 5 budapesti családból 57-en gyűltünk össze, s ebből 32 volt a gyerek.

Uticélnk – az előző évekhez hasonlóan – a csendes, tiszta levegőjű, 800 m magasságban fekvő, alsó-ausztriai hegyi falucska volt: Rohm im Gebirge volt.

Az időjárás szeszélye miatt havat sajnos csak egy völgyben találtunk. Kedves vendéglátóink még hóágyúkkal is segítségünkre siettek, de így is csak a legvakmerőbbek – természetesen gyerekeink – hódolhattak rég áhított szánkózási és sielési szenvedélyüknek. Lelkes szervezőink azonban rögtön gondoskodtak egyéb sportolási lehetőségekről. Így uszodába, műjé-pályára, kirándulásokra vittek el minket. Szabadidőnkben egyéni túrákra is nyílt lehetőségünk. Élveztük a tavaszias időjárást, a napsütést, a tiszta alpesi levegőt.

A délutánok, esték is a megszokott jó hangulatban teltek el. A közös társasjátékok, a rajzverseny, az éjszakába nyúló éneklések és kártyapartik még szorosabbá fűzték a baráti szálakat.

Az üdülés megszervezéséért és lebonyolításáért köszönetünket fejezzük ki a Pharma Tours Kft. munkatársainak.

Köszönjük a szponzorok: Albertfalva Patika, GYDSZ, Hungaropharma Rt., MGYK, MGYT, MOSZ, Pharma Cor, Zöldkereszt Patika támogatását is, akiknek jóvoltából kedvezményesen élvezhettük ezt az utazást.

Konrádné Abay-Nemes Éva

IN MEMORIAM

DR. SZEPESY ANGÉLA 1924–1997

December 4-én 73 éves korában elhalálozott dr. Szepesy Angéla egyetemi adjunktus, gyógyszertechnológus szakgyógyszerész. Budapesten született, egyetemi tanulmányokat a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem Gyógyszerész Karán folytatott, oklevelét 1946-ban nyerte el. A gyógyszerészi hivatást kezdettől nyugdíjaztatásáig az Orvostudományi Egyetem Gyógyszerészeti Intézetében gyakorolta. A gyógyszertechnológia keretében főként a gyógyszerellenőrzésnek, az összetett készítmények analízisének, a stabilitásvizsgálatnak volt gazdag szakmai tapasztalattal rendelkező

igen elismert szakembere. Doktori diszertációját 1948-ban védte meg.

Dr. Kedvessy György professzor úr Szegedre történő távozását követően átvette a Gyógyszerészeti Intézet Kémiai Osztályának vezetését. Oktatói és kutatói tevékenységét a magas fokú szakszerűség, roppant precizitás jellemezte.

Lelkesedése, és kitartó szorgalma átlagon felüli nyelvtudással párosult. Jól tudta az angol és német nyelvet, szinte folyamatosan olvasott, naprakész volt szakirodalom feldolgozásában. Ismereteit szívesen megosztotta fiatal munkatársaival, tanítványaival. Többek között igen alaposan foglalkozott az aszkorbinsav bomlásával és stabilizálásának körülményeivel.

Vezetésével a gyógyszertechnológiai kémiai ellenőrzéssel foglalkozó hallgatói gyakorlatait a kornak megfelelő modern szemlélet, magas színvonalú igényesség jellemezte.

Kiváló angol nyelvtudása és vállalkozó szelleme segítette hozzá, hogy a 70-es években öt éven át a Kartumi Egyetemen (Szudán) tanítson gyógyszerészetet. Észak-Afrikából visszatérve viszonylag rövid időt töltött az Intézetben, 1982-ben vonult nyugállományba. Ismerősei, barátai, kollégái sőt tanítványai is Angyalkának hívták. A szó köznapi értelmében nemigen illet rá ez az elnevezés, hiszen igen szigorú, magas követelményeket támasztó oktató volt, aki megalkuvást nem ismerve szolgálta a gyógyszerészetet.

Véleményét, ha szükségét érezte, néha szinte kegyetlen őszinteséggel közölte, bár ettől gyakran ő jobban szenvedett, mint a kritizált személy.

Mint egykori tanítványa és egykori fiatal kollégája, szívből fájdalom hogy már sok évvel ezelőtt megszakadt kapcsolatunk, így nem meríthettünk eleget gazdag tapasztalataiból, és most megrendülten kell tudomásul vennünk a megváltoztathatatlan tény!

Dr. Stampf György

SZITA MÁRIA

Szomorú szívvel emlékezünk kedves Kollégánknak Szita Mária szakgyógyászra

Türellemmel, csodálatos önfegyelmel viselt súlyos betegségben 1998. ja-

nuár 24-én életének 50. évében távozott családja, kollégái és közvetlen munkatársai köréből. A gyógyszerészi diplomát a SZOTE Gyógyszerésztudományi Karán szerezte 1971-ben.

Pályáját Veszprém megyében beosztott gyógyszerészként kezdte, majd szakfelügyelő gyógyszerész volt. Ezt követően Szombathelyen a 6/5. gyógyszertárban gyógyszertárvezető helyettes, majd a Pharmaco Gyógyszerellátó Vállalat nagykereskedelmi részén minőségbiztosító gyógyszerészként tevékenykedett.

1994-ben élve a lehetőséggel megalapította a Panacea magángyógyszertárat (Szombathely), ahol szinte halála napjáig dolgozott a betegek és munkatársai szeretetétől körülvéve.

Tagja volt a Magyar Gyógyszerész Kamarának és a Magyar Gyógyszerészeti Társaságnak.

Betegségével hatalmas akaraterevel küzdött és bízott a gyógyulásban – de hiába!

A gyógyszertár megnyitása napjának 4. évfordulóján távozott körünkől, pótolhatatlan hiányt hagyva három gyermeke, idős szülei és munkatársai életében.

Emlékét szeretettel őrizzük!

Szorgalmát, hivatástudatát, a hozzáfutó betegek iránti segítőkészségét követésre méltó példának tekintjük.

Gyászjelentéséből idézve búcsúnk:

„Küzdöttél, de már nem lehet,
a csend ölel át és a szeretet.

Csak az hal meg, akit elfelednek,
Örökké él, akit nagyon szeretnek”

*Dr. Pelléné dr. Elek Augusztia
Panacea Gyógyszertár*

KÖZÉRDEKŰ KÖZLEMÉNYEK

FIGYELEM

Tisztelt Kollégák!

Ezúton hívjuk fel figyelmüket, hogy a Luxorban történt terrorista támadás miatt a FIP vezetőségének döntése szerint az ezévi FIP Kongresszus Kairó helyett HÁGÁ-ban kerül megrendezésre 1998. augusztus 31. és szeptember 4. között.

A szervezők címe:
FIP Congress Secretariat
Andries Bickerweg 5, 2517
JP The Hague,
The Netherlands
Tel: +31 70 363 1925
+ 31 70 365 9047

LEGYEN AKTÍV A HÁGAI FIP KONGRESSZUSON! 1998. AUGUSZTUS 30–SEPTEMBER 4.

A Közforgalmú, Gyógyszertári Szekció posztereket vár gyógyszerészeti témakörben a hágai FIP kongresszuson, 1998. szeptember 1., 2., 3-án a poszter szekcióban.

A rövid közlemények (short communications) szeptember 2-án, szerdán 9–12-ig hangzanak el. Összefoglaló számára formula és előzetes program rendelhető az alábbi címről:

FIP Kongresszusi Részleg

Andries Bickerweg 5. 2517 JP the Hague, The Netherlands
Tel.: (31) 70 363 1925 • Fax: (31) 70 365 9047

Figyelem! Az összefoglalókat az eredeti formulára kell gépelni és 1998. április 1-je előtt kell beküldeni az alábbi címre:
Secretariat, Community Pharmacy Section, Bredgade 54. DK-1260 Copenhagen K., Denmark.

Amennyiben le akarja közzé tenni összefoglalóját, kérjük, jelezze a formula hátoldalán.

(-)

A Gyógyszerészet Szerkesztőségének felhívása

A Gyógyszerészet Szerkesztősége kéri mindazokat a kollégákat, akik továbbképzéseket • szakmai, szakmapolitikai rendezvényeket • kiállításokat szerveznek, hogy azokról már megrendezésüket megelőzően írásban vagy telefonon tájékoztassák szerkesztőségünket, annak érdekében, hogy szaklapunkban beszámolhassunk róluk.

Cím: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Telefon: 117-1488/371 mellék

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI

Gyógyszerészet 42. 117-119. 1998.

1998. január 1-jétől–január 31-ig törzskönyvezett gyógyszerkészítmények

(A felsorolt készítmények akkor kerülnek forgalomba, ha a Népjóléti Közlönyben kihirdetésre kerültek)

Agapurin 600 mg retard filmtabletta Slovakopharma
Pentoxifyllinum 600 mg
ATC: C04A D03
(Perifériás értágító)

Alprox 0,25 mg tablettá Orion/Chinoin
Alprazolamum 0,25 g
ATC: N05B A12
(Anxiolitikum)

Aricept 5 mg filmtabletta Pfizer
Donepezilium chloratum 5 mg
ATC: N07A A05
(Paraszimpatomimetikum)

Aricept 10 mg filmtabletta Pfizer
Donepezilium chloratum 10 mg
ATC: N07A A05
(Paraszimpatomimetikum)

Dexabene 4 mg injekció Merckle
Dexamethasonum phosphoricum 4 mg
ATC: H02A B02
(Szisztémás kortikoszteroid)

Dexabene 8 mg injekció Merckle
Dexamethasonum phosphoricum 8 mg
ATC: H02A B02
(Szisztémás kortikoszteroid)

Dilatrend 6,25 mg tablettá Boehringer Mannheim
Carvedilolum 6,25 mg
ATC: C07A G02
(Vérvnyomáscsökkentő)

Dilatrend 12,5 mg tablettá Boehringer Mannheim
Carvedilolum 12,5 mg
ATC: C07A G02
(Vérvnyomáscsökkentő)

Dolobene gél Merckle
Heparinum naticum 50 000 NE/100 g
Dexpanthenolum 2,5 g/100 g
Dimethylsulfoxydatum hydricum 16,66 g/100 g
ATC: M02A X53
(Lokális fájdalomcsillapító)

Ecolicin szemkenőcs Interpharm
Erytromycinum 17,5 mg/3,5 g
Colistinum 17,5 mg/3,5 g
ATC: S01A A30
(Szemészeti fertőzés elleni szer)

E-Z-CAT szuszpenzió koncentrátum E-Z-EM Inc.
Barium sulfuricum ~11 g/225 ml
ATC: V08B A01
(Röntgenkontraszt anyag)

E-Z-GAS pezsgőgranulátum E-Z-EM Inc.
Natrium hydrogencarbonicum 2,2/4 g
Acidum citricum 1,53/4 g
ATC: V08B A01
(Röntgenkontraszt anyag)

E-Z-HD por szuszpenzióhoz E-Z-EM Inc.
Barium sulfuricum ~340 g
ATC: V08B A01
(Röntgenkontraszt anyag)

E-Z Paque por szuszpenzióhoz E-Z-EM Inc.
Barium sulfuricum ~177 g
ATC: V08B A01
(Röntgenkontraszt anyag)

Fareston 60 mg tablettá Orion
Toramifenum 60 mg
ATC: L02B A02
(Daganat elleni szer)

Ferplex ivóoldat Italfarmaco
Ferrum proteinum succinyllicum 0,8 g/15 ml
ATC: B03A B49
(Vaskészítmény)

Ferplex por tasakban Italfarmaco
Ferrum proteinum succinyllicum 0,8 g/5 g
ATC: B03A B49
(Vaskészítmény)

Heparin A1 30 000 gél Aliud
Heparinum naticum 30 000
ATC: C05B A03
(Varicositas elleni szer)

HF 11 hemofiltrációs oldat Fresenius Medical Care
Elektrolitok
ATC: B05Z B
(Hemofiltrációs oldat)

HF 23 hemofiltrációs oldat Fresenius Medical Care
Elektrolitok
ATC: B05Z B
(Hemofiltrációs oldat)

Lamisil 1% spray Novartis
Terbinafinium chloratum 1%
ATC: D01A E15
(Gomba elleni készítmény)

Lamisil 1% oldat Novartis
Terbinafinium chloratum 1%
ATC: D01A E15
(Gomba elleni készítmény)

Laxbene fimtabletta Merckle
Bisacodylum 5 mg
Simeticonum 10 mg
ATC: A06A B02
(Hashajtó)

Laxbene végbélkúp Merckle
Bisacodylum 0,01 g/kúp
ATC: A06A B02
(Hashajtó)

Levovist 2,5 g ultrahangos kontrasztanyag Schering
D-galactosum 2,4975 g
Acidum palmitinicum 0,0025 g
ATC: V08D A02
(Kontrasztanyag)

Levovist 4 g ultrahangos kontrasztanyag Schering
D-galactosum 3,996 g
Acidum palmitinicum 0,004 g
ATC: V08D A02
(Kontrasztanyag)

Lignospan Special oldat injekcióhoz Septodont
Lidocainum 36 mg
Adrenalinum 0,0225 mg
ATC: N01B B52
(Helyi érzéstelenítő)

Multi-tabs vitamin ACD cseppek Ferrosan
Colecalciferolum 400 NE
Retinolum 1000 NE
Acidum ascorbicum 35 mg
ATC: A11B A19
(Multivitamin)

Nasonex 0,05% orrspray Schering Plough
Mometasonum furoicum 0,05%
ATC: R01A D19
(Allergia elleni szer)

Omyprex 20 mg kapszula Biogal
Omeprazolom 20 mg
ATC: A02B C01
(Protonpumpa inhibitor)

Pirabene 800 mg filmtabletta Merckle
Piracetamum 800 mg
ATC: N06B X03
(Pszichostimuláns)

Piraben 1200 mg filmtabletta Merckle

Piracetamum 1200 mg

ATC: N06B X03

(Pszichostimuláns)

Polibar ACB por szuszpenzióhoz 397 g E-Z-EM Inc.

Barium sulfuricum ~373 g

ATC: V08B A01

(Röntgenkontraszt anyag)

Polibar ACB por szuszpenzióhoz 567 g E-Z-EM Inc.

Barium sulfuricum ~533 g

ATC: V08B A01

(Röntgenkontraszt anyag)

Polibar ACB por szuszpenzióhoz 680 g E-Z-EM Inc.

Barium sulfuricum ~640 g

ATC: V08B A01

(Röntgenkontraszt anyag)

Polibar Rapid szuszpenzióhoz 600 ml E-Z-EM Inc.

Barium sulfuricum ~600 g

ATC: V08B A01

(Röntgenkontraszt anyag)

Prokain klorid 1% injekció 50 ml Human

Procainum chloraum 1%

ATC: N01B A02

(Helyi érzéstelenítő)

Prokain klorid 1% injekció 100 ml Human

Procainum chloraum 1%

ATC: N01B A02

(Helyi érzéstelenítő)

Quamatel 10 mg filmtabletta Richter

Famotidinum 10 mg

ATC: A02B A03

(H2 receptor-gátló)

Rantudil forte kapszula Bayer

Acemetacinum 60 mg

ATC: N01A B11

(Nemszteroid gyulladásgátló)

Rantudil retard kapszula Bayer

Acemetacinum 90 mg

ATC: N01A B11

(Nemszteroid gyulladásgátló)

Rigevidon 21 + 7 draszté Richter

Aethinyloestradiolum

0,03 mg | 0,04 mg | 0,03 mg

Levonorgestrelum

0,05 mg | 0,0075 mg | 0,125 mg

ATC: G03A A07

(Orális fogamzásgátló)

Tisasen A + B 10 filmtabletta ICN Alkaloida

Szennozid A + B 10 mg

ATC: A06A B06

(Hashajtó)

Tisasen A + B 20 filmtabletta ICN Alkaloida

Szennozid A + B 20 mg

ATC: A06A B06

(Hashajtó)

Tri-regol 21 + 7 draszté Richter

Aethinyloestradiolum 0,03 mg

Levonorgestrelum 0,15 mg

ATC: G03A B03

(Orális fogamzásgátló)

Ubretid 0,5 mg/ml injekció Nycomed

Ditigminium bromatum 0,05 mg/ml

ATC: N07A A03

(Paraszimpatomimetikum)

Ubretid 5mg/ml injekció Nycomed

Ditigminium bromatum 5 mg/ml

ATC: N07A A03

(Paraszimpatomimetikum)

**Visipaque 150 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag 50 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 150 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

**Visipaque 150 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag 200 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 150 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

**Visipaque 270 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag 20 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 270 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

**Visipaque 270 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag 50 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 270 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

**Visipaque 270 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag 100 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 270 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

**Visipaque 270 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag 200 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 270 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

**Visipaque 320 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag 20 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 270 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

**Visipaque 320 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag, 50 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 320 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

**Visipaque 320 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag, 100 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 320 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

**Visipaque 320 mg/ml röntgen kontraszt-
anyag, 200 ml** Nycomed

Iodixanolum anhydricum 320 mg

ATC: V08A B09

(Röntgenkontrasztanyag)

Vonum cutan kenőcs Lichtenstein

Indometacinum 50 mg

Polidocanolum 50 mg

ATC: M02A A23

(Ízületi fájdalomcsillapító)

Zerit 15 mg kapszula BMS/Pharmavit

Stavudinum 15 mg

ATC: J05A X04

(HIV elleni szer)

Zerit 20 mg kapszula BMS/Pharmavit

Stavudinum 20 mg

ATC: J05A X04

(HIV elleni szer)

Zerit 30 mg kapszula BMS/Pharmavit

Stavudinum 30 mg

ATC: J05A X04

(HIV elleni szer)

Zerit 40 mg kapszula BMS/Pharmavit

Stavudinum 40 mg

ATC: J05A X04

(HIV elleni szer)

Zerit por oldathoz BMS/Pharmavit

Stavudinum 0,20 g/12,0 g

ATC: J05A X04

(HIV elleni szer)

Az adatokat az Országos Gyógyszerészeti Intézet bocsátotta rendelkezésünkre
(Összeállította: dr. Hardy Gézáné)

1998. január 1–1998. január 31. között forgalomba hozott új készítmények

GYÓGYSZEREK

- **Adexor filmtabletta 60x**
Tb. támogatás: 70% 1029 Ft
Nagyker. ár: 1228 Ft
- **Cardura 2 mg tablettá 30x**
Tb. támogatás: 70% 1918 Ft
Nagyker. ár: 2319 Ft
- **Cardura 4 mg tablettá 30x**
Tb. támogatás: 70% 2562 Ft
Nagyker. ár: 3100 Ft
- **Clexane 60 mg/0,6 ml injekció 2x0,6 ml fecskendőben**
Tb. támogatás: 50% 1095 Ft; 90% 1971 Ft
Nagyker. ár: 1855 Ft
- **Clexane 80 mg/0,8 ml injekció 2x0,8 ml fecskendőben**
Tb. támogatás: 50% 1380 Ft; 90% 2484 Ft
Nagyker. ár: 2335 Ft
- **Clexane 100 mg/1,0 ml injekció 2x1,0 ml fecskendőben**
Tb. támogatás: 50% 1530 Ft; 90% 2754 Ft
Nagyker. ár: 2590 Ft
- **Coozar 50 mg filmtabletta 38x**
Tb. támogatás: 50% 2425 Ft
Nagyker. ár: 4185 Ft
- **Dermestril 25 TDS tapasz 8x**
Tb. támogatás: 50% 570 Ft; 90% 1026 Ft
Nagyker. ár: 949 Ft
- **Dermestril 50 TDS tapasz 8x**
Tb. támogatás: 50% 715 Ft; 90% 1287 Ft
Nagyker. ár: 1193 Ft
- **Dermestril 100 TDS tapasz 8x**
Tb. támogatás: 50% 940 Ft; 90% 1692 Ft
Nagyker. ár: 1577 Ft
- **Farmorubicin PFS/RTU 10 mg injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 2598 Ft
- **Farmorubicin PFS/RTU 50 mg injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 12 266 Ft
- **Feldene 0,5% gél 25 g**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 502 Ft
- **Feldene Dispersal tabl. 30x**
Tb. támogatás: 50% 1020 Ft
Nagyker. ár: 1725 Ft
- **Fluorescite 10% injekció 12x5 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 22 621 Ft
- **Fluorescite 25% injekció 12x2 ml**
Tb. támogatás:
Nagyker. ár: 26 392 Ft
- **Fosamax 10 mg tablettá 28x**
Tb. támogatás: 0%, 90% 6894 Ft
Nagyker. ár: 6606 Ft
- **Genotropin 36 NE patron injekcióhoz 1x1 ml**
Tb. támogatás: 0%, 100%
Nagyker. ár: 71 166 Ft
- **Gripp-Heel injekció 10x1,1 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 776 Ft
- **Leucovorin-Teva 50 mg/5 ml injekció**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 774 Ft
- **Leucovorin-Teva 100 mg/10 ml inj.**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 2424 Ft
- **Leucovorin-Teva 200 mg/20 ml inj.**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 4730 Ft
- **Leucovorin-Teva 300 mg/30 ml inj.**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 6904 Ft
- **Leucovorin-Teva 500 mg/50 ml inj.**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 10 588 Ft
- **Leucovorin-Teva 15 mg tablettá**
Tb. támogatás: 0%, 100% 1890 Ft
Nagyker. ár: 1594 Ft
- **Nitro-Dur 5 mg/24 h (0,2 mg/h) transzdermális tapasz 28x**
Tb. támogatás: 70% 1729 Ft
Nagyker. ár: 2091 Ft
- **Nitro-Dur 10 mg/24 h (0,4 mg/h) transzdermális tapasz 28x**
Tb. támogatás: 70% 2086 Ft
Nagyker. ár: 2524 Ft
- **Nootropil 1200 mg filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: 50% 1280 Ft; 90% 2304 Ft
Nagyker. ár: 2170 Ft
- **Octonativ-M 250 NE injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%, 100%
Nagyker. ár: 16 526 Ft
- **Octonativ-M 500 NE injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%, 100%
Nagyker. ár: 33 051 Ft
- **Octonativ-M 1000 NE injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%, 100%
Nagyker. ár: 66 104 Ft
- **Procorum SR 100 mg retard filmtabletta 50x**
Tb. támogatás: 70% 2156 Ft
Nagyker. ár: 2609 Ft
- **Roferon A 6 millió NE/1 ml oldatos injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%, 100% 8070 Ft
Nagyker. ár: 6955 Ft
- **Salagen tablettá 4x21x**
Tb. támogatás: 0%, 100% 14 200 Ft
Nagyker. ár: 12 256 Ft
- **Sedotussin cseppek 1x30 ml**
Tb. támogatás: 50% 265 Ft
Nagyker. ár: 420 Ft
- **Sedotussin 8 mg végbélkúp 12x**
Tb. támogatás: 50% 255 Ft
Nagyker. ár: 404 Ft
- **Taxotere 20 mg/0,5 ml konc. infúzióhoz 1x5 ml + 1x1,5 ml oldószer**
Tb. támogatás: 0%, 100%
Nagyker. ár: 43 433 Ft
- **Taxotere 80 mg/2 ml konc. infúzióhoz 1x2 ml + 1x6 ml oldószer**
Tb. támogatás: 0%, 100%
Nagyker. ár: 171 446 Ft
- **Tazocin 4,5 mg injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 3842 Ft
- **Tridin rágótablettá 40x**
Tb. támogatás: 0%, 90% 1233 Ft
Nagyker. ár: 1140 Ft
- **Xalatan szemcsepp 1x2,5 ml**
Tb. támogatás: 0%, 90% 4624 Ft
Nagyker. ár: 4428 Ft
- **Zavedos 5 mg kapszula 1x**
Tb. támogatás: 0%, 100% 9650 Ft
Nagyker. ár: 8316 Ft
- **Zavedos 10 mg kapszula 1x**
Tb. támogatás: 0%, 100% 19 300 Ft
Nagyker. ár: 16 632 Ft
- **Zavedos 25 mg kapszula 1x**
Tb. támogatás: 0%, 100% 48 200 Ft
Nagyker. ár: 41 581 Ft
- **Zeel injekció 5x2 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 1713 Ft
- **Zyprexa 10 mg filmtablettá 28x**
Tb. támogatás: 0%, 100% 29 500 Ft
Nagyker. ár: 25 466 Ft

Az adatokat a Hungaropharma Gyógyszerkereskedelmi Rt. bocsátotta rendelkezésünkre
(Összeállította: dr. Lázár Ágnes)

SZAKIRODALMI TALLÓZÓ

KITEKINTÉS

INFORMATIKA A GYÓGYSZERÉSZETBEN

E forgalom azon módszerek összességét jelenti, amelyek a szakterület információs tevékenységét fejlesztik. Programok készültek közforgalmú gyógyszertárak részére. Ezek tartalmazzák az ABDA adatbankja, valamint a Rote Liste összes adatait. Emellett a gyakorló gyógyszerész napi munkáját segítik különféle programokkal, mint: a – növényvédőszeresek, – állatgyógyászati készítmények, – fényvédő szerek, – távoli utak oltási tanácsadása, – homöopátiás tanácsadás, – gyógynövényekkel kapcsolatos program, – testápoló szerek, – táplálkozási tanácsok, – elsősegélynyújtás, – citosztatikus készítmények technológiája stb.

Ide tartozik az A-Card néven ismert személyi betegkártya kezelés, amelynek révén a gyógyszertárban rendszeresen megfordulók szükséges adatait, a gyógyszeres kezelés vonatkozásai nyilvántarthatók. Fejlett továbbá a gyógyszertárak egymás közötti kapcsolata, valamint a nagykereskedőkkel való kapcsolat – gépi úton.

Kórházi gyógyszertárak számára kifejlesztett programok:

- plazma készítmények sorozat szerinti dokumentációja,
- saját előállítású készítmények dokumentációja,
- szakirodalmi dokumentáció,
- citosztatikumok előállításával és adagolásával kapcsolatos adatok,
- keverékinfúzió adatai,
- antibiotikumok kiválasztásának adatai.

Ezeket kívül speciális programok készülnek a következő ágazatok számára:

- egyetemek,
- gyógyszeripar,
- közösségek (kamarák, egyesületek).

A bemutatott lehetőségek mellett további fejlődésre van lehetőség az Internet hálózat bekapcsolása révén.

Pharm. Ztg 142, (18), 42 (1997).

Megjegyzés: Ilyen külföldi példák gondolatébresztők lehetnek a hazai számítógépes programok fejlesztése számára.

A LUZERNI GYÓGYSZERÉSZ EGYESÜLET SZEREPLÉSE

Egy széleskörű kiállítás keretében a luzerni kollégák is kiállítást rendeztek – egy 50m²-es gyógyszertár bemutatásával. Itt széleskörű tanácsadást tartottak a résztvevők számára, a következő címszóval: „legyen egészséges, friss és szép”. A személyes találkozások során a következő témákról volt szó:

- gyógyszerek befolyása a gépkocsivezetőre,
- idősök tanácsadása az Alzheimer-kórral kapcsolatban,
- fitoterápiás tanácsadás,
- vitamin koktélok bemutatása (10 nap alatt 24 000 minta fogyott el),
- különböző ismeretterjesztő filmek bemutatása.

A gyógyszerész, illetve a gyógyszertár tevékenységének bemutatása mellett egyes gyógyszertárak termékeinek ismertetése is sor került, így a Bayer „Cardio-Fitness-Check” akciójára, a Roche „Nutri-Shop c. táplálkozási bemutatójára, a Novartis a kalcium meghatározását mutatta be osteroporosis esetén. Egyes gyárak gyógykozmetikumokat mutattak be.

A luzerni gyógyszertárak kiállítását 20 gyógyszertár, illetve közület (egyesület) támogatta.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (12), 321 (1997)

Megjegyzés: Már többször adtunk hírt arról, hogy a svájci kollégák különböző akciókkal mutatják be a gyógyszerész tevékenységét, közérdeket szolgáló munkáját. Ez a kiállítás is e sorba tartozik.

GALENUSI FELADATOK A GYÓGYSZERBIZTONSÁG OPTIMÁLÁSA ÉRDEKÉBEN

A közlemény először bemutatja a gyógyszerkutatás menetét. Jelenleg a kutatás átlagosan 10 évet vesz igénybe és kb. 2 milliárd Schillingbe kerül. Az eredményességi arány 1:10 000. A cikk ezután részletesen foglalkozik a galenusi (technológiai) feladatokkal:

- a gyógyszer alkalmazásának helye,
- az alkalmazás módja,
- a first-pass metabolizmus tisztázása,
- a hatóanyag szabadbá válása,
- a hatóanyag irányítása,
- oldékonyság,
- affinitás a receptoron,
- a gyógyszerforma kialakítása,
- modern gyógyszerformák ismertetése,
- a biohasznosíthatóság optimalizálása,
- a gyógyszer megfelelő kiszérése,
- a megfelelő adagolás (gyermekbiztos csomagolások),
- eltarthatóság adatai,
- minőségbiztosítás,
- Unit dose adagolás.

Öst. Apoth. Ztg 51, (13), 584 1997.

Megjegyzés: A „gyógyszerek szakértő” alapvető ismereteihez hozzátartozik a gyógyszerkutatás menetének ismerete. Hasonló továbbképző közlemények megjelentetése nálunk is kívánatos.

VÉNYKÖTELEZETTSÉG AUSZTRIÁBAN

1997 júniusában módosították a vénykötelezettséget. Az eddigi szigorú osztrák szabályozást az európai példákhoz igazították. A rendelet több részre oszlik:

Az 1. rész 33 gyógyszer-csoportot sorol fel, amelyek vénykötelesek, pl. antibiotikumok, immunglobulinok, oltóanyagok, injekciós készítmények.

A 2. rész ABC sorrendben a nemzetközi INN rendszer szerint sorolja fel a vényköteles készítményeket.

A 3. részben a növényi- és állati eredetű drogok szerepelnek, az anyanövény megjelölésével, ugyancsak ABC sorrendben. Két függelékben szerepelnek a kivételek: egyrészt az alkalmazásra vonatkozó kivételek, másrészt a vénykötelezettség alóli mentesítések. Általában könnyítéseket vezettek be. Így a nem szteroid antiflogisztikumok külsőleges alkalmazásra vény nélkül adhatók ki, pl. a Diclofenac, Ibuprofen, Indometacin, Piroxicam. Hasonlóan az antimikotikumok közül a Clotrimazol és a Ketakonazol külsőleges alkalmazáskor 2%-ig kiadható. További könnyítésekre példák: acetylcsisztein orális alkalmazásra,

aclovir 5%-os töménységig lázkiütésekre, cromoglicin orrnáyhártya kezelésre, nikotin készítmények dohányzásról való leszoktatásra – ugyancsak kiadhatók. A Retinol (A-vitamin) napi 10 000 E-ről 5 000-re egységre csökkent kiadhatóság szempontjából. Várandós és szoptatós anyák számára figyelmeztetést mellékelnek – belsőleges használat esetére.

Öst. Apoth. Ztg 51, (13), 580 (1997)

Megjegyzés: A vénykötelezettség szabályozását különböző tényezők befolyásolják. E téren is közelíteni kell az EU kialakult gyakorlatához. Az öngyógyítás terjedése is befolyásolja ezt. Az osztrák módosítások számunkra is hasznosak.

A FÉNYVÉDELEM A TANÁCSADÁSSAL KEZDŐDIK

A svájci szaklap időszerű kérdéseként a napozásról ír. Ismeretes, a napfény, az UV sugárzás káros lehet, akut és krónikus betegségeket okozhat. A gyógyszertár újabb szolgáltatását jelentheti, ha felhívja a figyelmet – az UV index révén – a túlzott napozás veszélyeire. Ez a tájékoztatás a WHO adataiból indult ki, amelyeket a meteorológiai világszervezet számára ajánlott. Ez az egyéni UV index 5 osztályos, amely a védekezés szükségességét jelzi, 0–12 közötti számozással. Másik táblázat közli a kor szerinti védekezés módját. A harmadik táblázat részletes utasításokat ad a védekezéshez. A gyógyszertárak információt nyújtanak a fényvédő készítményekről is. Figyelmeztetnek az egyes gyógyszerek és a napozás kölcsönhatásaira is. Az UV index másnapi adatait 14 órától kezdve telefax útján grafikus ábrázolásban meg lehet kapni.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (11), 1997)

Megjegyzés: Svájcban egyre szélesebbkörű a gyógyszertárak információs tevékenysége. Ezekről már többször hírt adtunk. Ez az újabb terület példaként szolgálhat hazánkban is, legalább a nagyobb városokban, egészségügyi központokban.

KÉRDŐÍV A BETEGEK SZÁMÁRA

A német szaklap kérdőívet készített, melyeket a gyógyszerésztárat felkeresők között osztanak ki. A gyógyszerészeket tájékoztatták a kérdőívek használatáról és az értékelésről. Példákat is felsorolnak. Egy csomagban 20 kérdőív van, ára 3 márka. Az akció célja, hogy a beteg jobban megismerje a szedett gyógyszert. Ugyanakkor a visszajelzések révén jobb kapcsolat alakulhat ki a beteg-orvos-gyógyszerész között. A kártya egyik oldalán egy embléma és a kiadó gyógyszertár címe szerepel. Továbbá, röviden tájékoztatást adnak arról, hogy ez az akció a gyógyszerészek és orvosok közös kezdeményezése. A másik oldalon a következő kérdések szerepelnek:

- mi a gyógyszer hatása?
 - miként, mikor kell a gyógyszert bevenni?
 - mikor lép fel a hatás?
 - vannak nem kívánt mellékhatások?
 - egyidejűleg nem szabad mást bevenni (gyógyszer, élelmiszer)?
 - mennyi ideig szedhető a gyógyszer?
- A kártya másik felén a beteg kérdései szerepelnek:
- a következő gyógyszerrel kapcsolatban vannak kérdéseim,
 - még a következő gyógyszereket szedem,
 - egyéb kérdéseim.

A kérdőívek összeállításához az alábbi könyv szolgált alapul: R. Braun-M. Schulz: Selbstbehandlung. Beratung in der Apotheke. GOVI Verlag, 1994. Kieg.: 1997.

Pharm. Ztg 142, (26), 40 (1997).

Megjegyzés: Ez a kezdeményezés egyrészt az egészségnevelést szolgálja, hogy a gyógyszerhez mellékelte ismertető révén mennyire tudatosul a betegben a szükséges tudnivaló. Ugyanakkor ezzel lehetőség nyílik a gyógyszerésznek információs tevékenységének gyakorlására.

A BETEGEK REKLAMÁCIÓIT OLDJUK MEG KEDVEZŐEN

Ausztriában felmérték, hogy mennyire kedvezően intézik el a vásárlók reklamációit a gyógyszertárakban. Eszerint a reklamáló vásárló magatartása lehet: érzékeny, izgatott, elkeseredett, durva, eltúlzó, sürgető, fenyegető, önző.

A reklamációk ügyintézőjének magatartására a következő szempontokat adják meg, s ezeket példákkal is bemutatják:

- a kifogást vegye komolyan,
- szakítson időt a meghallgatásra,
- legyen megértő és tárgyilagos,
- élje bele magát a vevő helyzetébe,
- gondosan vizsgálja meg az esetet,
- érezze a reklamáló a vele való törődést,
- az elintézés idejét rögzítse.

A közlemény hasznosnak tartja a visszakerdezéses módszert. Fontos a megnyugtatás. Ne maradjon negatív kihatás, ne csökkenjen tovább a bizalom a gyógyszertár iránt.

Öst. Apoth. Ztg 51, (15), 688 (1997).

Megjegyzés: Ez a téma nevelés szempontjából is fontos. Az ilyen esetek megoldása a napi gyakorlat során sajátítható el.

GYÓGYSZERÉSZ KERT LUZERN-BAN

Ebben a svájci városban a gyógyszerészek – közel 20 éve – botanikus kertet létesítettek. Ezt a gyógyszertárak, a gyógyszerészek és az asszisztensek gondozzák, újra telepítik, bővítik stb. A kertben nemcsak a gyógynövények, hanem a gyógyászatban nem használt belföldi és külföldi növények is találhatóak. A nyári hónapokban a látogatók számára, meghatározott időpontban, szakszerű vezetést biztosítanak. A vezetés során egyes kiemelt témakörökkel kapcsolatos ismereteket nyújtanak. A látogatók megismerhetik a gyógynövények felhasználási módját, hatását pl. az időskorúak számára ajánlott gyógynövényeket, a máj- és epeteák alkatrészeit, vitamin tartalmú növényeket stb. Bemutatják a háztartásban használatos növényeket, fűszereket, az illóolaj-tartalmúakat is. A botanikus kert tulajdonjogát ugyan átadták Luzern városának, de a gyógyszerészek a kertet változtatlanul fenntartják, gondozzák.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (15), 399 (1997).

Megjegyzés: A gyógyszerészet történetével kapcsolatos közlemények szerint már évszázadokkal ezelőtt – több helyütt – voltak ilyen botanikus kertek. Ilyen jellegű kis rész látható a közzei Patikamúzeumban. Ez a törekvés a gyógyszerész szakértelmét igazolja és megbecsülését segíti. Az ilyen kezdeményezések hazánkban is követendőek lehetnek.

KÉPZÉSI TERVEK A „DOCENSI NAPON”

Svájcban a Gyógyszerész Egyesület gyakorlati bizottsága a képzés különböző kérdéseivel foglalkozik. Célul tűzték ki az egyes egyetemek tapasztalatainak egységesítését a docensek első találkozója. Itt egyrészt tudományos előadások hangzottak el a Pharmacopoea Europaea 3., valamint a Pharmacopoea Helvetica 8. új szempontjainak ismertetése témaköréről. Másrészt szó volt a képzés gyógyszerészi gyakorlatának tárgyköré-

ről Az előadó így fogalmazott: „...a gyógyszer-központúság helyett betegcentrikus gyógyszerellátásra van szükség”. Rámutatott a képzés elméleti és gyakorlati vonatkozásainak kapcsolatára. Kitért a tematika részletkérdéseire is. Szólt a gyógyszerésznek az öngyógyítás terén végzett fontos feladatairól. Kezd kialakulni – a különböző tendenciák mellett – az ún. „jó fogadási gyakorlat” fogalma. E téren szüksége van a gyógyszerész egész személyzetének együttműködésére és az orvosokkal való jó kapcsolatra is.

A Svájci Gyógyszerész Egyesület a betegbiztosítókkal egyezményt kötött a gyógyszerellátás egyes kérdéseivel kapcsolatban. A részletkérdések kidolgozása még folyamatban van. A tanácskozás keretében 5 különböző tárgykörű munkacsoport foglalkozott a felsőoktatás problémáival, majd a plénum vitatta meg a javaslatokat. Ezeket a gyógyszerészhallgatók gyakorlati képzése során kamatoztatni kívánják.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (15), 392 (1997)

Megjegyzés: A magyar felsőoktatás korszerű, időnként módosul az új igényeknek megfelelően. A svájci példa tanulsága, hogy milyen fontos az egyetem és az oktató gyógyszerészek közötti rendszeres kapcsolat fenntartása.

KITEKINTÉS-RÖVIDEN

Osztrák Gyógyszerési Illetménypénztár

Az osztrák szaklap hírt ad az illetménypénztár tisztújításáról. Ebből az alkalomból ismertetik a szervezet működését. A pénztár összekötő kapocs a tulajdonosok és alkalmazottak között. Biztosítja az alkalmazottak illetményét, szolgálati idő szerinti növekvő mértékben. Ennek fedezete a tulajdonosok által befizetett, meghatározott összegű járadék. Továbbá támogatást nyújtanak az állástalan kollégáknak s az időseket segítik. A vényelszámolást, az előfinanszírozást, a vényellenőrzést, a biztosítókkal való tárgyalásokat is a pénztár vezető gyógyszerészei végzik. A kollégák számára személyes találkozásokat szerveznek.

Öst. Apoth. Ztg 51, (10), 438 (1997)

Megjegyzés: Az osztrák illetményrendszer szociális, tárgyilagós. A szolgálati idő növekedésével arányosan nő az illetmény.

Az Osztrák Gyógyszerészet Társaság konferenciája

Ausztriában a tudomány, a továbbképzés fő irányítója a Társaság. 1997 áprilisában, Bécsben rendezték évi kongresszusukat nemzetközi részvétellel. A főbb előadások témái a következők voltak:

- A gyógyszerészképzés alkalmazkodása a gyógyszerész változó szerepköréhez.
- Új kémiai hatóanyagok kutatása.
- Új technológiai eljárások.
- Receptor kutatás.
- Cyanobaktériumok: hatóanyagok forrásai.
- A transzdermális gyógyszer-alkalmazás fejlődése.

Öst. Apoth. Ztg 51, (10), 447 (1997)

Megjegyzés: Ausztriában az évente megrendezett tudományos konferenciák mindig új, közérdekű témákat hoznak.

Továbbképzések Ausztriában

A tartományi székhelyeken egynapos, vagy egy estét betöltő rövid továbbképzéseket szerveznek. Az idei témák:

- A gyógyszerész mint gyógyszer tanácsadó (sorozat)

- A diarrhoeja járványtani, klinikai ismeretei.
- Tanácsadás távoli utazások esetén.
- Légzés, légzési zavarok.
- Botanikai kirándulás Stájerországban (szombaton, 1 napos)

Öst. Apoth. Ztg 51, (10), 469 (1997)

Megjegyzés: A magánosítás folytán nálunk is egyre inkább előtérbe lépnek a rövid, több helyen rendezett továbbképzések. Ezeket a gyógyszergyárak is támogatják, ennek fejében kiállítást rendeznek.

Gyógyszerész testületek akció-szövetsége

Öt német tartomány szervezetei együttműködési tervet dolgoztak ki a következő témakörökben:

- a gyógyszerészi készletek kialakítása,
- a gyógyszerek árképzése,
- gyógyszerek hirdetése,
- együttműködés az orvosokkal.

Azt remélik, hogy a gyógyszerészek forgalma, jövedelmezősége nő. Fejlődhet a gyors tájékoztatás. A betegek számára találkozókat szerveznek. Erősödhet az orvoskapcsolat. Elkerülhető, hogy orvosok ne a gyógyszerésztől szerezzék be praxisuk gyógyszereit.

Pharm. Ztg 142, (17), 82 (1997)

Megjegyzés: Az országos és regionális együttműködés mind a hivatás egésze, mind az egyes kollégák érdekei szempontjából hasznos.

Egészségügyi csekk: lehetőség a gyógyszerészek számára

Egy német gazdasági fórumon vetették fel a gyógyszerészek különböző, közérdekű feladatait: fel kell hívni a lakosság figyelmét olyan tényezőkre, amelyek a vérvizsgálat során mutathatók ki, ilyen pl. a vércukor és a koleszterin mérése. Az ezzel kapcsolatos betegségek jelentősége áll most az egészségnevelés középpontjában. A gyógyszerészek is résztvesznek ilyen vizsgálatokban. A közlemény hasznos tanácsokat ad a vérvételre.

Pharm. Ztg 142, (18), 53 (1997)

Megjegyzés: Már többször hírt adtunk külföldi kezdeményezésekről, amelyek a gyógyszerészeket fokozottabban bevonják a különböző szűrővizsgálatokba. Ezek a gyógyszerész társadalmi megítélését is növelik.

Minőségbiztosítás a jövő számára

A 34. német gazdasági fórumon az alábbi fő témakörökből hangzottak el előadások. A fórumon vezető politikusok, miniszterek is részt vettek.

- A gyógyszerészek gazdaságossági kérdései.
- A piacgazdaság kérdései.
- A gyógyszerészi törvény.
- A kommunikáció fejlődése.
- A költségsökkentés lehetőségei.
- A gyógyszerészek személyzete.
- Orvos-gyógyszerész együttműködés.

Pharm. Ztg 142, (18), 20 (1997)

Megjegyzés: Hasonló tanácskozások szervezése hazánkban is időszerűek a privatizációval kapcsolatban.

CÍMBIBLIOGRÁFIA

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG
KIADVÁNYAI

Acta Pharm. Hung. 67, (6), (1997).

Jovanović, M., Jovičić, G., Djurić, D.: The influence of Eudragit type on the dissolution rate of acetylsalicylic acid from matrix tablets. 229–234 p.

Khanfar, M. S., Salem, M. S., Najib, N. M.: Dissolution behavior of sustained release formulations of indomethacin with Eudragit RS. 235–239 p.

Halim, O. B. A., Fattah, H. F., Halim, A. F.: Comparative chemical and biological studies of the alkaloidal content of *Lygos* species and varieties growing in Egypt. 241–247 p.

Gimes G., Péter F.: Terhesek Betadine hüvelykúp kezelésének klinikai jelentősége. 249–253 p.

Kiss Á., Almási J., Szabó M.: Heterokondenzált kinazolónok szintézise: 1,2,4-triazino[6,1-b]- és 1,2,5-triazepino[2,3-b]kinazolónok előállítása. 255–261 p.

Hassan, M. A., Shabsoug, B. M.: Synthesis of 2-[4-(4-iodophenyl)-1-piperazinylmethyl]-1,3,4-oxadiazole and its potential application in the indirect iodination of carbonyl compounds. 263–266 p.

Grohmann F. L., Szőgyi M., Csempesz F.: Lipidmembránok és neutrális polimerek kölcsönhatásának differenciál „scanning” kalorimetriás (DSC) vizsgálata. 267–272 p.

AZ ORSZÁGOS GYÓGYSZERÉSZETI INTÉZET KIADVÁNYAI

Gyógyszereink Suppl. 1. (1997).

Rákóczi I.: Orális hormonális fogamzásgátlás: 1997. S1–S5.

Szabó I.: Dezogesztler – szelektív progeszteron az orális fogamzásgátlásban. S6–S11.

Brujniks, N., Kovács L., Rákóczi I.: 30 µg etinilösztadiol és 150 µg dezogesztlert tartalmazó monofázisos orális fogamzásgátló készítménnyel végzett multicentrikus tanulmány Magyarországon. S12–S16.

Bengiano, G., Primiero, F.: Orális fogamzásgátló készítmény (dezogesztler + 20 µg etinilösztadiol) multicentrikus klinikai vizsgálata Olaszországban. S17–S20.

Rosenberg, M. J., Waugh, M. S., Higgins, J. E.: Dezogesztler, gesztoden és egyéb tényezők hatása a pecsételős és áttörésszerűzésre. S21–S27.

Baz, C. R.: Cilest (norgesztimát/EE): néhány klinikai megfigyelés. S28–S32.

Winkler, U. H., Hölscher, T., Schulte, H.: Két kombinált, alacsony hormontartalmú fogamzásgátló (20 µg vagy 30 µg etinilösztadiol és 150 mg dezogesztler) véralvadásra kifejtett hatásainak értékelése összehasonlító vizsgálat keretében. S33–S39.

Mecz A.: A Regulon és a Novynette orális fogamzásgátló gyógyszerkészítmények bioegyenértékűségi vizsgálata. S40–S44.

Rákóczi I.: Gyakorlati tanácsok a fogamzásgátló tabletták felírásához. S45–S52.

JOGSZABÁLYOK

Magyar Közlöny (109), (1997).

A Kormány 223/1997. (XII. 8.) Korm. rendelete a kötelező munkabér (minimálbér) megállapításáról. 8046–8047 p. (lásd az előző Gyógyszerészet „közérdekű információk”-nál).

A népjóléti miniszter 42/1997. (XII. 8.) NM rendelete a közalkalmazottak által betölthető egyes munkakörök közalkalmazotti osztályba sorolásáról szóló 18/1992. (VII. 14.) NM rendelet módosításáról. 8099–8100 p.

Magyar Közlöny (110), (1997).

1997. évi CXXVI. törvény a felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény módosításáról. 8111–8113 p.

1997. évi CXXVII. törvény a felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény módosításáról. 8113 p.

A kormány 226/1997. (XII. 10.) Korm. rendelete a vámjogról, a vámeljárásról, valamint a vámigazgatásról szóló 1995. évi C. törvény végrehajtásáról rendelkező 45/1996. (III. 25.) Korm. rendelet módosításáról. 8147–8154 p.

Magyar Közlöny (108), (1997).

A népjóléti miniszter 36/1997. (XII. 5.) NM rendelete a gyógyszerkészítmények törzskönyvezéséről és a törzskönyvbe bejegyzett gyógyszerkészítmények forgalomba hozataláról szóló 13/1987. (VIII. 19.) Eü.M. rendelet módosításáról. 7732 p. (Lásd a közérdekű információknál).

A népjóléti miniszter 37/1997. (XII. 5.) NM rendelete a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekről, és ezeknek a társadalombiztosítási támogatás alapjául elfogadott árához nyújtott társadalombiztosítási támogatásról szóló 2/1995. (II. 8.) NM rendelet módosításáról. 7732–7825 p.

A népjóléti miniszter 38/1987. (XII. 5.) NM rendelete a gyógyszerek rendelkezéséről és kiadásáról szóló 3/1995. (II. 8.) NM rendelet módosításáról. 7826–7942 p.

A népjóléti miniszter 39/1997. (XII. 5.) NM rendelete a gyógyszerkészítmények helyettesíthetőségéről szóló 8/1995. (II. 17.) NM rendelet módosításáról. 7943–7951 p.

A népjóléti miniszter 40/1997. (XII. 5.) NM rendelete a közforgalmú gyógyszerárban és gyógyszerkészítő laboratóriumokban készített gyógyszerek előállításának és készítési díjának egyes kérdéseiről szóló 9/1995. (II. 24.) NM rendelet módosításáról. 7952–7956 p.

A népjóléti miniszter 41/1997. (XII. 5.) NM rendelete a közgyógyellátásra jogosultak részére térítésmentesen rendelhető gyógyszerekről szóló 10/1995. (II. 24.) NM rendelet módosításáról. 7957–7964 p.

A Kormány 199/1997. (XI. 14.) Korm. rendelete az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról rendelkező 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet módosításáról.

Magyar Közlöny (99), 6883 (1997).

Népjóléti Közlöny 47, (21), (1997).

A népjóléti miniszter 31/1997. (X. 17.) NM rendelete a veszélyes anyagokkal és a veszélyes készítményekkel kapcsolatban eljárásról szóló 233/1996. (XII. 26.) Korm. rendelet végrehajtásáról rendelkező 4/1997. (II. 21.) NM rendelet módosításáról. 3093–3098 p.

A népjóléti miniszter 32/1997. (X. 28.) NM rendelete az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról. 3099–3114 p.

A népjóléti miniszter 33/1997. (X. 31.) NM rendelete a népjóléti ágazatba tartozó egyes szakképzésekre szervezhető mesterképzés szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról. 3114–3128 p.

Népjóléti Közlöny 47, (23), (1997).

A Népjóléti Minisztérium közleménye az 1998. évben adományozható szakmai kitüntetésekre és elismerésekre történő javaslatétel rendjéről. 3282 p.

A népjóléti miniszter 35/1997. (XI. 12.) NM rendelete az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvénynek a járványügyre vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról szóló 9/1972. (VI. 27.) Eü.M. rendelet módosításáról. 3282 p.

A Népjóléti Minisztérium közleménye az Egészségügyi Tudományos Tanács tagjairól. 3283–3284 p.

ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

- Kórház 4, (10), (1997).*
Blaniczky L.: I. típusú diabetes mellitus. 21–24 p.
Nékám K.: Korszerű terápiás lehetőségek allergiás rhinitisben. 25–28 p.
Farkas V.: A krónikus fejfájásban szenvedő gyermekek ambuláns ellátásának tapasztalatai. 29–32 p.
Almási I.: Egy kórházi antibiotikum felmérés és annak farmakökonómiai vonatkozásai. 43–46 p.
Boldizsár F., Szélid Zs.-né: A naponta történő osztályos gyógyszerrendelés. 47–51 p.
Kiss Zs.: Kórházunk tízéves antibiotikum felhasználásának tapasztalatai. 52–55 p.
- Kórház 4, (11), (1997).*
Duba J., Vaszary P.: A kardiovaszkuláris megbetegedések előfordulásának és ellátásának mutatói Magyarországon 1996. 2–5 p.
Csonka P., Bozsik M.: Aminoglikozid antibiotikumok. Az adagolás tervezése farmakokinetikai programokkal. 28–31 p.
Kovács Z., Faradzszade, M., Balázs J.-né: Az asthma bronchiale kórházi és ambuláns kezelése. Összehasonlító elemzés néhány kiemelt gyógyszerkészítmény vizsgálata alapján. 32–35 p.
Ajkay Z.: Az egészségügy reformja az informatika tükrében. 36–40 p.
- Tájékoztató a kórház- és orvostechnikai termékek minősítési rendjéről.
Kórház- és Orvostechnika 35, 189–192 (1997).
- Gyógyszerpiac 5, (7), (1997).*
Pulay T.: A petefészekrák kezelése a költségek tükrében. 7–8 p.
Takáts A., Tártsy M.: Ismét a Parkinson-betegség kezeléséről. 11–13 p.
Mikola I.: Védőoltások. 16–18 p.
Földes J.: A pajzsmirigybetegségek gyógyszeres kezelésének költségvonzatai. 21–27 p.
Horváth Zs.: A pajzsmirigybetegségek gyógyszereinek felhasználása. 29–31 p.
- Pharmorient 6, (61), (1997).*
 Beszámoló a Pharmaexpo rendezvényről – FIP Kongresszus Vancouverben – Új gyógyszer az infarktus ellen – Nem adták termelői áron – WHONET program – Amit a vállalkozónak tudnia kell. 1–26 p.
Balázs K., Károlyi Gy.: Az életminőség mérésének egy lehetséges módszere és az eredmények alkalmazhatósága az egészségügyben.
Népegészségügy 78, (5), 3–14 (1997).
- Beke A., Harmath Á., Rigó J.:* Drogfogyasztó anya újszülöttjének ellátása.
Gyermekgyógyászat 48, 640–648 (1997).
- A tüdőrák diagnosztikájának és kezelésének irányelvei, 1997. Pulmonológiai Szakmai Kollégium.
Lege Artis Med. 7, 728–741 (1997).
- Simon T., Oroszi B.:* Milyen orális fogamzásgátlókat ismer a hazai lakosság 1997 tavaszán és őszén?
Egészségnevelés 38, 264–265 (1997).
- Dtsch. Apoth. Ztg 137, (45), (1997).*
Kopp, B., Wawrosch, C., Lebada, R.: PA-freie Huflattichblätter – Teil I: In vitro-Kultivierung und Selektionszüchtung. 4066–4069 p.
- Wiedenfeld, von H.:* PA-freie Huflattichblätter – Teil II: Analytik der Pyrrolizidinalkaloide. 4070–4075 p.
- Schweiz. Apoth. Ztg 135, (23), (1997).*
Giannini, P., Enderle, M.: Informatik im Spannungsfeld zwischen Technik und Politik. 600–601 p.
 Generische Medikamente (FMH/SAV: Gemeinsame Empfehlungen für die Verschreibung und Abgabe von Generika). 608–609 p.
- Schweiz. Apoth. Ztg 135, (24), (1997).*
Briggen, S.: AIDS aus anderer Sicht. 639–640 p.
 Anonymer Medikamentenversand gefährdet die Gesundheit. 641 p.
- Pharm. J. 259, (6968), (1997).*
 Preparing for electronic data interchange in the prescribing process (Interview). 767–771 p.
 From electronic prescribing to payment for interventions (Conference). 772–776 p.
Cooke, J., Walley, T., Drummond, M. F.: The use of health economics by hospital pharmacist decision makers – a survey of UK chief pharmacists. 779–781 p.
Cavell, G., Hugbes, D. K.: Does computerised prescribing improve the accuracy of drug administration? 782–784 p.
- Livingstone, C.:* Skin problems in pharmacy practice: (3) Psoriasis.
Pharm. J. 259, 890–893 (1997).
- Gehrmann, von B.:* Wein und Resveratrol – Ein „neuer“ Wirkstoff in einem alten Getränk.
Dtsch. Apoth. Ztg 137, 4150–4154 (1997).
- Gruber, K.:* Medizin und gentechnik.
Öst. Apoth. Ztg 51, 1112–1115 (1997).

GYÓGYSZERTERÁPIA

Törös E.: A Hotemin 10 mg és 20 mg végbélkúp terápiás hatásának vizsgálata.
Magy. Reumatol. 38, 138–141 p.

Orv. Hetil. 138, (48), (1997).

Tomcsányi J., Tenczer J., Gattyán A.: Adenozin alkalmazása a szívritmuszavarok diagnosztikájában és kezelésében. 3037–3041 p.

Ludwig E., Kovács G., Nagy G.: Szekvenciális antibiotikum (Ciprofloxacín) terápia hatékonyságának és költségének összevetése. 3043–3047 p.

Kórház 4, (10), (1997).

Raposa T.: Neutropeniás betegek antibakteriális profilaxisa. 7–11 p.

Tártsy É.: A hatékony ulcus terápia és a gyógykezelés költségvonzatai. 12–16 p.

Nagy A., Kovács T.: Ciprofloxacinnal (Ciprobay) szerzett tapasztalataink. 17–20 p.

Kórház 4, (11), (1997).

Bencsik G., Tölgyes A., Rudner E.: Nagy dózisú traszolol alkalmazásával szerzett tapasztalataink. 11–14 p.

Opioid fájdalomcsillapítók akut belgyógyászati esetekben. 21–22 p.

Magy. Belorv. Arch. 50, (5), (1997).

Czuriga I.: A pozitív inotrop szerek és a diuretikumok szerepe a krónikus szívelégtelenség kezelésében. 521–530 p.

Vándor L., Dékány M.: Béta-blokkolók, kalciumantagonisták szerepe krónikus szívelégtelenségben. 539–546 p.

Cserhalmi L.: Az ACE-gátló szerek alkalmazásának jelentősége és a direkt vazodilatátor kezelés helye krónikus szívelégtelenségben. 547–553 p.

Tomcsányi J.: Antiarrhythmás kezelés krónikus szívelégtelenségben. 555–560 p.

Pediatr 6, (4), (1997).

Farkas M., Kósa L., Halász A.: Súlyos asztmás gyermekek Severtent terápiája. 288–292 p.

Nemes B., Kovács G., Hajdúhegyi Á.: A gyermekkori sinusitis maxillaris kezelésénél alkalmazott IRS 19 aeroszolvakcinával adott antibiotikum szükségességének kérdése. 293–295 p.

Sárosi I., Mühl D., Tekeres M.: Életmentő thrombolysis – a kontraindikációk tükrében.

Orv. Hetil. 138, 3105–3109 (1997).

Öst. Apoth. Ztg 51, (25), (1997).

Gruber, K.: Psychopharmaka. 1171–1172 p.

Sieghart, W.: Pharmakologie der Tranquillanten. 1173–1179 p.

Dtsch. Apoth. Ztg 137, (46), (1997).

Arzneimittel und Therapie: Vitamin E hemmt nicht nur die LDL-Oxidation – Rimexolon: neues Corticosteroid fürs Auge – Thrombolys: schnelle Hilfe bei Herzinfarkt – Welche Impfungen brauchen Reisende? 4141–4147 p.

Kolt von A., Schlegelmilch, R.: Hämorrhoidenmittel – Therapie von Beschwerden in der Anorektalregion. 4187–4190 p.

Dtsch. Apoth. Ztg 137, (49), (1997).

Arzneimittel und Therapie: Durchblick ohne Brille – Fexofenadin: Nachfolger von Terfenadin – Sibutramin unterstützt die Gewichtsabnahme – Sind doch die Hormone schuld? – Eine massgeschneiderte Therapie ist möglich – Senken Antihypertonika das Schlaganfallrisiko? – Die unterschätzte Gefahr. 4467–4477 p.

Otter, von K., Oltman, J.: Rheumatoide Arthritis – Teil I. Akuttherapeutika. 4478–4483 p.

Arzneimittel und Therapie: Hochaktive HIV-Therapie vermindert auch CMV-Retinitis – Ein Impfstoff gegen AIDS? – Entwurf für neue HIV-Behandlungsrichtlinien – Durchbruch bei der Behandlung von Morbus Crohn? – Behandlung entzündlicher Darmerkrankungen – Therapie der primär sklerosierenden Cholangitis – Neue Therapiekonzepte beim Mammakarzinom.

Dtsch. Apoth. Ztg 137, 4057–4063 (1997).

Arzneimittel und Therapie: Bessere Chancen bei Herzinfarkt und Schlaganfall – Erfolge und Grenzen der hochaktiven antiretroviralen Therapie – HIV-Verbeitung und Mortalität unter dem Einfluss neuer Arzneistoffe – UNAIDS-ein weltweites Netzwerk – Capecitabin-neues orales tumoraktivierte Fluoropyrimidin.

Dtsch. Apoth. Ztg 137, 4250–4256 (1997).

Arzneimittel und Therapie: Candesartan: neuer Angiotensin-II-Antagonist mit klarer Dosis-Wirkungs-Beziehung – Sehstörungen unter Omeprazol – Leichtfertigler Verzicht auf Chemoprophylaxe – Helicobacter-pylory-Eradikation vor NSAR-Therapie? – Der Reizdarm, ein intestinales Chamäleon – Vitamin C-Schutz vor freinen Radikalen – Leptin: Wichtige Rolle in der Schwangerschaft.

Dtsch. Apoth. Ztg 137, 4363–4373 (1997).

Clinical Pharmacy: Meningitis research announced as students receive – Resistance to antibiotics is a major health threat... – Interactions identified in one in 180 prescriptions, but few changes needed.

Pharm. J. 259, 758–759 (1997).

Clinical Pharmacy: Earlier MS treatment may increase costs – Metrifonate: new Alzheimer's drug – Antibiotic resistance may be permanent even if agents no longer prescribed – New data show promise for rotavirus vaccine.

Pharm. J. 259, 796–797 (1997).

Clinical Pharmacy: Research suggests possible role for topical hormones in wound healing – Community based management of DVTs – Persona defends pregnancy statistics – Another gonadotrophin option marketed for fertility treatment – Ropinirole reported effective in three-year study – Launch of „Health Check“ tests.

Pharm. J. 259, 831–833 (1997).

Clinical Pharmacy: New study identifies poor compliance in adolescent patients with diabetes – BCG supply concern for chemotherapy – NSAID adverse effects do not decrease with continuous exposure, study shows – Published advice "should not automatically be believed" Dioralyte relief.

Pharm. J. 259, 873–875 (1997).

Lötsch, G.: Antidiarrhoika – ein Überblick.

Öst. Apoth. Ztg 51, 1073–1077 (1997).

Az összeállítást készítette: Ottlik Miklósné

A HÓNAP MOLEKULÁJA

A Gyógyszerészet szerkesztősége 1996 szeptemberétől A hónap molekulája" címmel új sorozatot indított, melynek keretében kutatási fázisban lévő ígéretes farmakonokat mutat be.

A sorozat alapját a Prous Science cég Molecule of the month" publikációi jelentik, melyek az említett vállalat World Wide Web Site-ján (<http://www.prous.es>) található. Az eredeti verziót egy „Kommentár" című fejezettel kibővítve adjuk közre. Az „A hónap molekulája" sorozatban szereplő vegyületek kiválasztásának alapjául az alábbi kritériumok szolgálnak:

- a kémiai szerkezet újdonsága;
- a hatásmechanizmus különlegessége;
- a kutatás-fejlesztési folyamatban való jelentős előrehaladás;

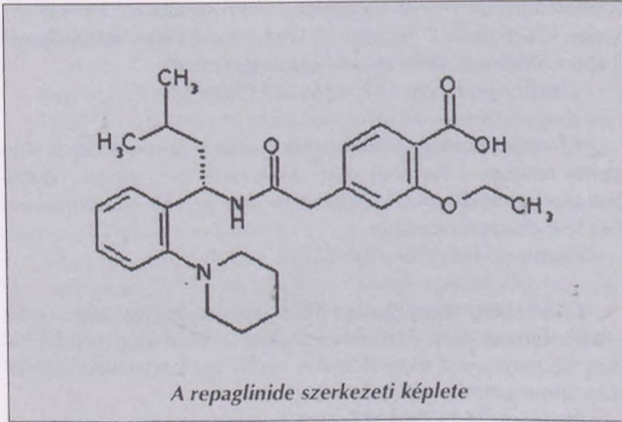
– olyan indikációkban mutatott hatás, ahol még nincs gyógyszeres kezelési lehetőség, vagy a jelenlegi terápiás beavatkozások nem kielégítőek.

1997. november

A repaglinide

Az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerhatósága (US Food and Drug Administration, FDA) gyorsított törzskönyvezési eljárással bírálta el a repaglinide hatóanyagot tartalmazó tabletták (Prandin az USA-ban, Novonorm az USA-n kívül) dokumentációját, és illetékes bizottsága a törzskönyvi engedély megadására ajánlotta a készítményt a diétával és életmódbeli változásokkal nem megfelelően kontrollálható II. típusú dia-

betesben. A *repaglinide* nem szulfonilurea típusú vegyület, mely most elsőként kerülhet forgalomba az inzulinfelszabadulást serkentő gyógyszerek újonnan felfedezett rövid hatástartamú és gyors hatású képviselői közül. Tulajdonságai révén alkalmas az étkezés utáni (postprandiális) glükózsztint élettanihoz hasonló szabályozására. A *repaglinidet* a Novo Nordisk és a Boehringer Ingelheim közösen fejlesztette, és megállapodásuk értelmében az előbbi vállalat rendelkezik az egész világra kiterjedő marketingjogokkal. A Novo Nordisk a gyógyszer törzskönyvi dokumentációit benyújtotta már az Európai Unióban, Norvégiában, Svájcban és Kanadában is.



Kommentár

A II. típusú, vagy másik nevén nem inzulindependens diabetes mellitus (NIDDM) mára az egyik leggyakoribb népbetegséggé vált. Előfordulása az iparosodott országokban 5% körüli. A cukorbeteg 85–90%-a ebbe a kategóriába tartozik. A kórkép genetikai háttere részleteiben még nem tisztázott, de a hajlam jelentős szerepe egyetettjű ikerpárok megfigyelésével bizonyítást nyert.

Az is jól ismert viszont, hogy a hirtelen jobb élet- és táplálkozási viszonyok közé került etnikai csoportok körében ugrásszerűen megszaporodik a NIDDM előfordulása, és megközelítheti, illetve elérheti az 50%-ot is (pima indiánok, észak-ausztráliai bennszülöttek). A környezeti jellegű kockázati tényezők az életkort, a mozgásszegény életmódot, a zsír- és kalóriadús étrendet, valamint a férfiasnak, almaformájúnak, centrálisnak, vagy legújában zsigerinek is nevezett elhízást foglalják magukban.

Régóta tudjuk, hogy a NIDDM betegek legnagyobb része glükózanyagcsere zavara mellett hypertoniás, vérzsír-értékei magasak, véralvadása fokozott, elhízott, és különösen hajlamos az atheroscleroticus betegségekre.

Egy Reaven nevű kutató 1988-ban fogalmazta meg a metabolikus X szindróma koncepcióját, mely átfogó magyarázatot nyújt a szerteágazó tünetekre. Eszerint a fenti klinikai entitás mélyén az inzulinrezisztencia (IR) és a hiperinzulin-

aemia (HI) húzódik meg, és az említett tünetek csak a jéghegy egy-egy csúcsát jelentik. Az elhízott betegekben elsődlegesnek az IR kialakulását tartják, mely HI-hoz vezet. Amikor a hasnyálmirigy béta-sejtjeinek kompenzatorikus jellegű fokozott inzulintermelése kimerül, megjelenik a manifeszt diabetes.

Tudni kell azonban azt is, hogy a NIDDM heterogén fogalom, mert az esetek töredékében egy már feltárt genetikai hátterű familiáris kórforma, a MODY (maturity onset type diabetes in the young = érettkori diabetes ifjúkorban) alakul ki, valamint 10-15%-ban normális testalkatú egyének is mutatnak NIDDM tüneteket. Ők később autoimmun markerek alapján lassan kialakuló inzulindependens diabetesesnek (IDDM) minősülnek. Esetükben a béta-sejtek inzulinelválasztó képességének csökkenése az elsődleges.

Hales és *Barker* takarékos fenotípus elmélete szerint ilyenkor szerepe lehet a hiányos intrauterin táplálkozásnak is. Kimutatták, hogy a 2950 g alatti születési súlyú emberek évtizedekkel később gyakrabban lesznek hypertoniások, cukorbeteg és nagyobb eséllyel kapnak szívinfarktust. Elméletük szerint a fejlődő magzati szervezet táplálékhiány esetén rangsorol a szervek között, és főleg az életfontosságú szervek fejlődéséhez biztosítja az elérhető tápanyagokat. Ennek következtében a vázizomzat (effektor szövet az inzulinhatás kifejtéséhez) és a béta sejtek fejlődése részben elmarad, így végső soron inzulinhiány alakul ki.

A metabolikus X szindróma egyébként szintén évtizedek alatt fejlődik ki, és megelőző állapotát manapság a WHO kezdeményezésére IGT-nek (impaired glucose tolerance-nak = károsodott glükóztoleranciának) nevezik. Az IGT-t szigorú kritériumok alapján definiálják. Fontosságát nagyrészt az adja, hogy mint kiderült, az IGT-s betegek szívinfarktusz-gyakorisága már eléri a NIDDM-pácienseknél található értékeket. Az IGT állapot évi 4–10% esetében alakul át manifeszt cukorbetegséggé.

Ami a NIDDM manapság alkalmazott kezelését illeti, a cél természetesen a tartós normoglycaemia biztosítása. Ennek első eszköze a diéta és a mozgás. Ha ez kevés, elsőként általában biguanid-származékokat (buformin, metformin) vagy acarbose (alfa-glükozidáz-gátló) adnak, mert e szerek nem idéznek elő hyperinsulinaemiát. Ha ez sem vezet elfogadható eredményre, kipróbálásra kerülnek a szulfonilurea gyógyszerek, főleg a rövidebb hatástartamúak (gliclazid, glipizid, gliquidon), valamint a glibenclamid. Ha a normoglycaemiát így sem lehet elérni (pl. szulfonilurea-rezisztencia kialakulása miatt), kombinált, inzulin is alkalmazó kezelésre van szükség.

Idén került forgalomba a világ több országában egy tiazolidion-származék, a troglitazone. Október végéig a vele kezelt 650 000 beteg közül 40 esetben jelentettek májkárosodást. Ezek közül 6 beteg állapota volt súlyos. Az FDA ajánlása szerint a gyógyszert szedőket az első 1–2 hónapban rutinszerű szérumszulfonilurea mérésnek kell alávetni, melyeket ezt követően az első évben 3 havonta, később ritkábban, de rendszeresen kell ismételni.

Összeállította: dr. Dobson Szabolcs és Szabó Péter

MIRŐL ÍRT AZ „A GYÓGYSZERÉSZ” 50 ÉVE?

1948. január

(Történelmi háttér: az 1948-as esztendő a „a fordulat éve” és az 1848/49. évi forradalom és szabadságharc centenáriumi ünnepe volt. Már az év elején megkezdődtek az első államosítások. A nagyobb ipari üzemek, köztük a büdszentmihályi Alkaloida Vegyészeti Gyár is állami tulajdonba kerültek. – Sz. L.)

Ismeretlen szerző ír a magyar gyógyszerészet szerepéről a centenáriumi évében: „mi hol leszünk a centenáriumban?” – kérdezi. Dr. Mozsonyi Sándor egyetemi tanár már kész tervvel jelentkezett. Ennek középpontjában a „Gyógyszerész-hét” megrendezése áll majd. Budapesten kívül Szegeden és Debre-

cenben is megrendezik majd ezt. Igen nagy érdeklődéssel várják a *Gyógyszerészeti Múzeum* létrehozását. A Gyógyszerész-hét valódi célja, hogy ne feledkezzünk el az 1848 és 1948 nemzeti és szociális tartalmáról.

Székelly Jenő a korabeli centenáriumi ünnepi előkészületeket aktuálpolitikai célokra használta fel: „Ez a centenáriumi bennünket is kötelez... nem elég rámutatnunk, hogy neves elődeink közül többen nemzetőr-századosként küzdöttek végig a 100 év előtti szabadságharcot... Nekünk inkább arról kellene beszámolnunk, hogy az 1876. évi közegészségügyi törvény óta milyen forradalmi változtatást sürgettünk ki... valljuk be, az 1876-os törvény óta inkább visszafelé haladunk, mint előre...”

vonjuk le becsületesen történelmi centenáriumnak tanulságait a magunk területén."

Székely Jenő másutt arról írt, hogy ismét felmerült a gyógyszerár-tulajdonosok körében a gyógyszerészet államosítása. A szakma ugyan aggódik, de a demokrácia útja erre felé vezet. Jelenleg azonban erről még nincs szó.

Olt Károly népjóléti miniszter beszédet mondott a Magyar Kommunista Párt gyógyszerári szakdolgozóinak társas vacsoráján. Felszólalása jelentősen befolyásolta a betérjesztés előtt álló gyógyszerészeti törvényjavaslatot: "...az elmúlt évi választáson az MKP győzött. De már régen sürgőssé vált a közegészségügyi és ezen belül a gyógyszerári jogosítványok rendezése. Tudjuk jól, hogy ma még a gyógyszerellátás nem teljesen kielégítő. Egyenlőtlen az országban a patikák elosztása. Ma 1400 gyógyszerértékesítő van városban. Így a falvakra 1050 jut, míg a községek száma 3000. Sajnos a falusi törpepatikák nem biztosítják a megélhetést. A törvényjavaslat igazi célja kiegyenlíteni ezt az aránytalanságot. De arra is kitér, hogy ne csak személyi jogokat biztosítson a gyógyszerésznek, hanem a társadalombiztosító intézeteknek is lehetőséget adjon majd a közforgalmú jogosítványok megadására. Ezek lesznek majd a *közületi jogosítványok*. (A miniszter először említette meg ezt nyilvános fórumon.) Persze vannak még vitás kérdések, így az alkalmazotak fizetése. Ezt majd csak az egységes kollektív szerződéssel lehet rendezni. A törvény akkor lesz majd igazán jó, ha figyelembe veszi az élet követelményeit."

Székely Jenő riportja a neves úszó és gyógyszerészhallgató *Székely Évát* mutatta be. Már 13 éves kora óta versenyszerűen úszik. Egy évvel később pedig már megjavította az összes hazai mellúszó-csúcsot. 1941–1945 között sajnos nem versenyezhetett. A gyógyszerész-gyakornoki idejét a budapesti Teleky-pati-

kában töltötte. Principálisa mindig idejében elengedte az edzéseire. Az egyetemen eddig minden tantárgyból kitűnően vizsgázott, csupán *dr. Sárkány Sándor* professzortól nem kapott kitűnő osztályzatot növénytanból. Szereti ugyan a kémiát, de a továbbiakban *dr. Végh Antal* tanár úrtól fél. A tanárok és a diáktársai is szeretik. I., „A gyógyszerési oklevelét 1950-ben szerezte meg. De a pályánkon csak nagyon rövid ideig működött. Az 1952. évi Helsinkiben rendezett Olimpán aranyérmet nyert a 200 m-es mellúszásával. Pályafutása alatt 32 rekordot ért el. Később, 1969-től mesteredzőként működik. Leánya *dr. Gyarmati Andrea* szintén úszóbajnok. Ma neves gyermekorvos. Sz. L.]

A Népjóléti Minisztérium az Országos Közegészségügyi Tanács útján új *Formulae Normales* kidolgozását rendelte el. A szaklap kérte a gyógyszerész kollégákat, hogy javaslatukat, hozzászólásaikat küldjék meg *dr. Mozsónyi Sándor* egyetemi tanárnak. Ekkor még az 1941-ben kiadott *II. FoNo* volt érvényben 240 előirattal. A II. kiadású *FoNo* érvényességét újból megerősítették 1948 második felében. Így változatlan formában újra megjelentették. A *Formulae Normales III.* kiadása csak az V. Magyar Gyógyszerkönyvvel egyidőben, 1954-ben jelent meg.

Varró Béla Aladárt felkérte a Szegedi Tudományegyetem előadások tartására a gyógynövények gyűjtése, természetése és a gyógynövény-terápia tárgyköréből.

A tudományos közlemények közül megemlítjük *dr. Végh Antal* és *dr. Kovács László* „Egyszerűsített arsen-kimutatás gyógyszerészeti használatra”, *dr. Halmaj János* egyetemi magántanár „Bevezetés a teakeverékek vizsgálatába”, *dr. Molnár István* „Egyszerűsített preparatív munka a gyógyszerárban” és *Ligeti Viktor* „A P-aminobenzolsulfonamid készítményekről” témájúakat.

Szmodits László

HELYES ÍRÁS – HELYESÍRÁS

Fogalmazunk igényesebben!

Bármilyen gondal szerkesztenek is egy folyóiratot, mindig lehet a „kákán is csomót keresni”. Megvallom, nemcsak értékes cikkeiért olvasom figyelmesen a Gyógyszerészetet, hanem egyúttal keresem azokat az apró-cseprő hibákat is, amelyekbe – nyelvhelyességi szempontból – bele tudok kötni...

De félre a tréfával: aligha akad olyan folyóirat, amelyben ne található bárki csiszolnivaló mondatokat. Nekem az a „tisztem”, hogy ezeket elsősorban lapunkban keressék. Ezzel részben a szerzők figyelmét hívom fel a kéziratok átfűrészesítésének szükségességére, részben az olvasót igazítom el, hogy még az apróbb hibák se rögződjenek benne.

Tehát böngészgetem lapunkat. Az egyik írásban a következő szövegre figyeltem föl:

„Az életminőség két dimenzióját... figyelembe kell venni a korszerű terápiáknak...”

Mi a bajom ezzel a mondattal?

Holczér József – Pilinszky-díjas – kiváló nyelvészünk sorából idézek:

„Nagy erénye/nyeresége grammatikánknak a főnévi igenév toldalékolhatósága. Tehát pl. a „művelni” ige alakjai: művelnem, művelned, művelnie, művelnünk, művelnetek, művelniük.”

Szövegünkre visszatérve tehát nézzük meg ugyanezeket az alakokat a „venni” igeire: vennem, vened, vennie, vennünk, vennetek, venniük.

Azaz a mondat így helyes: „Az életminőség két dimenzióját ... figyelembe kell vennie a korszerű terápiáknak”.

Nem található kellő gondosság az alábbi fogalmazásban sem: „Érthetőségét nagyban segíti a színes, valamint fehér-fekete, túlnyomórészt egész oldalas képek és táblázatok.”

Magyarázat hozzá nem szükséges. Csupán azt a tanulságot vonhatjuk le a fentiekből (is), hogy érdemes a kéziratot néhány nap múltán ismét átolvasni, s akkor a szerző maga is ki tudja javítani a fentiekhez hasonló hibákat a maga néhány oldalán. A szerkesztő az ezernyi oldalakon már nehezebben tudja kiszűrni a fogalmazási „vétségeket”, hiszen neki főleg a tartalomra kell összpontosítania.

Láng Miklós

KÖNYVISMERTETÉS

Apotheker-Kalender, 1998.
(Calendar for Pharmacists, 1998)

Wolfgang-Hagen Hein - *Werner Dressendörfer* (Hrsg.); 12 színes művészi kivitelű ábrával + borítóval. Mérete 49x49 cm. A lapokat gyűrűs spirál fogja össze, közepén akasztóval. *Deutscher Apotheker Verlag, Stuttgart, 1997. Ára: 48 DM. ISBN 3-7692-2209-1 (DAV)*

A neves stuttgarti gyógyszerész kiadó ismét mives, színes

nyomatú falinaptárt jelentetett meg, témájában a múltat idéző gyógyszerészeti tevékenységet és korabeli officinai edényzeteket ábrázoló, eredetiről.

A nagy alakú, felüggeszthető és spirálon lapozható kalendárium lapjain ábrázoltakat részben neves művészek (S. Dittrich, Franz Christophe, T. Rowlandson) készítették, valamint a 17–18. században használt patikaedényekről készült fényképek teszik teljessé a nagy műgonddal készített kiadványt.

A falinaptár képei a tizenkét hónap sorrendjében az alábbiak:

Január és a borító: T. Rowlandson: „A 'kuruzsló' orvos”. A festmény nem is gyógyszerterát, hanem egy kuruzsló eladó-helyiségét ábrázolja, annak minden kellékével – csontváz (mint segítő), retorták, régi edényzetek – valamint a gyógyulást remélő betegekkel egyetemben.

Február: Patikaedények az „Egyszarvúró” elnevezett heidelbergi városi gyógyszerterában.

Március: Szent Kozma és Szent Damján, valamint Szent Rókus ereklyetartója Halléban.

Április: Egy zürichi tábori sebész gyógyszerterátó ládája.

Május: F. Christophe: „A gyógyszerterában” c. négyalakos festmény egy korabeli patika officináját ábrázolja. A „tára” mögött középen a magister tájékoztatja a patikaszer használatáról a nőbeteget. Jobb oldalon a gyógyszerészség folyékony medicinát tölt tölcseren át egy gyógyszeres üvegbe, míg bal oldalt pistillust markolva valamit porít a famulus.

Június: Szász és cseh gyógyszeres üvegek.

Július: Szent Pantaleont ábrázoló ikon.

Augusztus: Habán, fájászat patikaedények a 18. századból.

Szeptember: Középkori desztilláló készülék és kenőcstartók.

Október: Gyógyszerterai officina a 18. századból. A háttérben a falon különböző „gyógyerővel” bíró tengeri lények, a mennyezetről egy kitömött krokodil függ alá.

November: S. Dittrich: „A patikus és a halál” (1984). c. rajza látható.

December: Késő-gót faragott oltár a Nussdorf-i Szt. Kozma és Szt. Dajmán kápolnában.

Ez a hangulatos, művészi kivitelű falinaptár dísz lehetne hazai officináinknak is. (3130)

Kéry István

A recenzens megjegyzése:

A Deutscher Apotheker Verlag már évek óta jelentet meg gyógyszerészeti naptárakat.

Most örömmel állapíthatjuk meg, hogy 1996 óta a Solvay Pharma Kft. kiadásában és a Gyógyszerészet szerkesztőinek közreműködésével, már nálunk is minden évben kiadnak „Gyógyszerészek nyomában” címmel falinaptárt, melyeken hírneves hazai gyógyszerészek fényképeit és rövid életrajzukat adják közre a megjelentetők.

Pharmazie für die Praxis

H. Gebler - G. Kindl; 2. átdolg. kiadás. 802 oldal, 400 ábra, 244 táblázat - G. Fischer Verlag, Stuttgart; GOVI Verlag, Frankfurt/M., 1996. ISBN 3-437-25851-2.

Ez a könyv egyrészt egyetemi tankönyv a harmadik képzési fokozat számára, másrészt kézikönyv a gyógyszerterák részére.

A két szerző 30 tagú szerkesztőbizottság támogatásával állította össze ezt a kitűnő munkát. Ebben a bizottságban egyetemi oktatók, gyógyszeripari munkatársak és legnagyobb arányban gyakorló gyógyszerészek voltak a közreműködők. Tudnunk kell, hogy a német képzés olyan vizsgával zárul, amely az egykori magyar approbációs vizsgához hasonló, tehát gyógyszerterát vezetéseire feljogosító vizsga. Itt főleg általános gyógyszerészeti ismeretekből és jogszabályok ismeretéből kell vizsgázni. A végzősök jogosultak új gyógyszerterát nyitni vagy működőt bérelni.

A munka kettős célját jó didaktikai érzékkel oldották meg, amit jól tükröz a könyv felépítése. Már az előző foglalkozik két

hasznos tárgykörrel: „A gyógyszerész mint oktató” és „A gyakorló a gyógyszerterában”.

A könyv részletes fejezetei a következők:

Gyógyszerészeti gyakorlat:

1. Gyógyszerkészítés a gyógyszerterában.
2. Szakkifejezések a gyógyszerterai munkában.
3. A gyógyszerész tájékoztató és tanácsadó tevékenysége.
4. Számítógépek a gyógyszerterában.
5. Gyógyszerek minőségbiztosítása a gyógyszerterában.
6. Kötszerek és gyógyászati segédeszközök.
7. A gyógyszerterai munka ellenőrzése.
8. Természetes eredetű gyógyszerek.
9. Veszélyes anyagok kezelése. Mérgezések és balesetek.
10. A gyógyszerészeti tevékenység területei: kórház, ipar, közgazdaság, honvédelem.

Üzemvitel és adózás:

11. A gyógyszerterai üzemvitel alapfogalmai.
 12. Adózási kérdések.
 13. Elszámolás a biztosítókkal.
 14. Gyógyszerek árképzése.
- Különleges jogi kérdések a gyógyszerészetben:
15. Az egészségügy szervezete.
 16. Gyógyszerészeti jog.

Ezek a címszavak csak rövid képet adnak a terjedelmes anyagról. A könyv korszerű voltát mutatja, hogy bőségesen ismerteti pl. a gyógyszerész információs munkáját. Ez a hivatás jövője szempontjából döntő tényező, ami a külföldi szakirodalomból is tükröződik. Tehát a munka a gyógyszerterai tevékenység teljes egészét tudományosan mutatja be.

A könyv ismertetésekor a következő gondolatokat foglalom össze: Az 1940 előtti képzési rendszerben a gyakorlók száma hasznos tankönyvek voltak forgalomban, később a Gyógyszerésztudományi Társaság adott ki néhány tankönyvet. A mai helyzetben is szükség van szakkönyvekre, jegyzetekre, többek között a szakgyógyszerészek képzéséhez. A most ismertetett könyv kitűnő példa lehet a „gyógyszerellátási és gyógyszerügyi szervezési szak” képzése számára, természetesen a hazai igények figyelembevételével. (3116)

Dr. Nikolics Károly

Lexicon of alcohol and drug terms

World Health Organization, Geneva, 1994. 65 p. Ára: 17 Sw. fr. ISBN 92-4-154468-6.

Ez a 65 oldalas „lexikon” alfabétikus sorrendben 230, a pszichiátriában leggyakrabban használt szócikk és azok tömör definícióját adja.

A lexikont készítő szakemberek célja következetességre ösztönözni a terminológia használatában és értelmezésében. Az itt közölt meghatározások egyben WHO ajánlásnak is tekintendők.

Készítői definiálják a legfontosabb diagnosztikai csoportokat, mint alkohol, dohányzás és kábítószer-használat – a fogalmak tudományos és köznapi értelmezését megadva, kitérve ezeknek a jelenségeknek egészségügyi és társadalmi vonatkozásaira is.

A lexikon ajánlható klinikai orvosok, kutatók, tanárok és egyéb, ezen a területen dolgozó szakemberek számára. (3104)

Ottlik Miklósné

A Magánygyógyszerészek Országos Szövetsége, Gyógyszerészi Kézikönyv sorozatában – felülvizsgálva, aktualizálva és az érvénybe lépett, újabb jogszabályokkal kiegészítve – 1998-ban kiadta

A **gyógyszertárvezetés szakmai, jogi és számviteli alapjai** című könyv függelékét

a 2. ADDENDUM-ot.

Az új Addendum-ot a számviteli és adójogszabályok változása, valamint az új szakmai jogszabályok megjelenése indokolja.

Az 1998. évi Addendum folytatása az eredeti könyv és az első Addendum témaköreinek.

A kiadványok megrendelhetők postán vagy utánvétellel, illetve faxon (117-4852); **megvásárolhatók** a MOSZ budapesti irodájában: Kocsis Istvánné 1051 Budapest, Zrínyi utca 3. „B” épület, III. emelet

A könyv ára: 1200 Ft

Az **1. és 2. Addendum:** 300–300 Ft (valamennyi ÁFA-val)

—A Magánygyógyszerészek Országos Szövetsége gondozásában megjelent a **Kórképek, tünetek, terápia** című, elsősorban a közforgalmú gyógyszertárakban dolgozó gyógyszerészek munkájának támogatására szerkesztett kiadvány.



A könyv 460 oldal terjedelmű, bővített, 3. kiadása a tíz éve megjelent 2. kiadást hivatott pótolni és a gyógyszerészet növekvő szerepvállalását és jelentőségét szolgálni.

Ismerteti a több mint 500 leggyakoribb és a legutóbbi időkben rögzített kórképet – ábécé sorrendben.

Összefoglalja a diagnosztikai és terápiás eljárásokat, illetve a homeopátia létjogosultságát elfogadva, tárgyalja e témakör alapismereteit. Kitér a forgalomban lévő antibiotikumok, a fontosabb baktériumok ismertetésére és utolsó negyedik fejezete a hatóanyagok, nemzetközi gyógyszernevek, illetve gyári nevek, laboratóriumi diagnosztikában használt normáltartományok táblázatszerű bemutatásával, valamint a fontosabb rövidítésekkel zárul.

A kiadványt név- és tárgymutató, továbbá irodalomjegyzék teszi még áttekinthetőbbé.

Ára: 2950 Ft (ÁFA-val)

Megrendelhető postán vagy utánvétellel, illetve faxon (117-4852); **megvásárolható** a MOSZ budapesti irodájában: Kocsis Istvánné 1051 Budapest, Zrínyi utca 3. „B” épület, III. emelet

AMIKIN®

amikacin


100 mg inj.
250 mg inj.
500 mg inj.
1g, iv./im. injekció

Amikor az idő érték...



Nozokomiai
infekciók
kezdő
terápiájában

SerWise Studio

 Bristol-Myers Squibb

Pharmavit Rt.
A Bristol-Myers Squibb Company

 Pharmavit

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA



A brüsszeli székhelyű, 1863-ban alapított, a nemzetközi vegyi- és gyógyszeriparban tevékenykedő SOLVAY konszern tevékenységi köre ma már jelentősen diverzifikálódott, s négy fő területen – lúgok, műanyagok, műanyag-feldolgozás, gyógyászati készítmények gyártása – vált meghatározóvá. Jelenleg a világ 41 országában közel 40 ezer dolgozót foglalkoztat, éves forgalma meghaladja a 10 milliárd DM-et.

A SOLVAY 1992-ben nyitotta meg képviselőjét Budapesten SOLVAY PHARMA Kereskedelmi Kft. néven. Tevékenységének egyik legfontosabb célja, hogy a SOLVAY konszernhez tartozó, általa képviselt gyógyszergyárak (Solvay Pharmaceuticals



GmbH – volt Kali-Chemie és Giulini Pharma –, Solvay Pharma France – korábban Laboratoires de Thérapeutique Moderne, LATEMA/Sarbach –, Solvay Pharmaceuticals B. V. – volt Solvay Duphar) gyógyszerkészítményei ismertté váljanak a magyar orvosok és gyógyszerészek számára.

A SOLVAY részt vesz szakkiállításokon, konferenciákon, helyi és országos szervezésű kongresszusokon, valamint – lehetőségeihez mérten – támogatja magyar orvosok és gyógyszerészek részvételét nemzetközi konferenciákon, továbbképzéseken.



A SOLVAY PHARMA Ker. Kft. a hazai gyógyszer-kereskedelem egyik meghatározó tényezője.



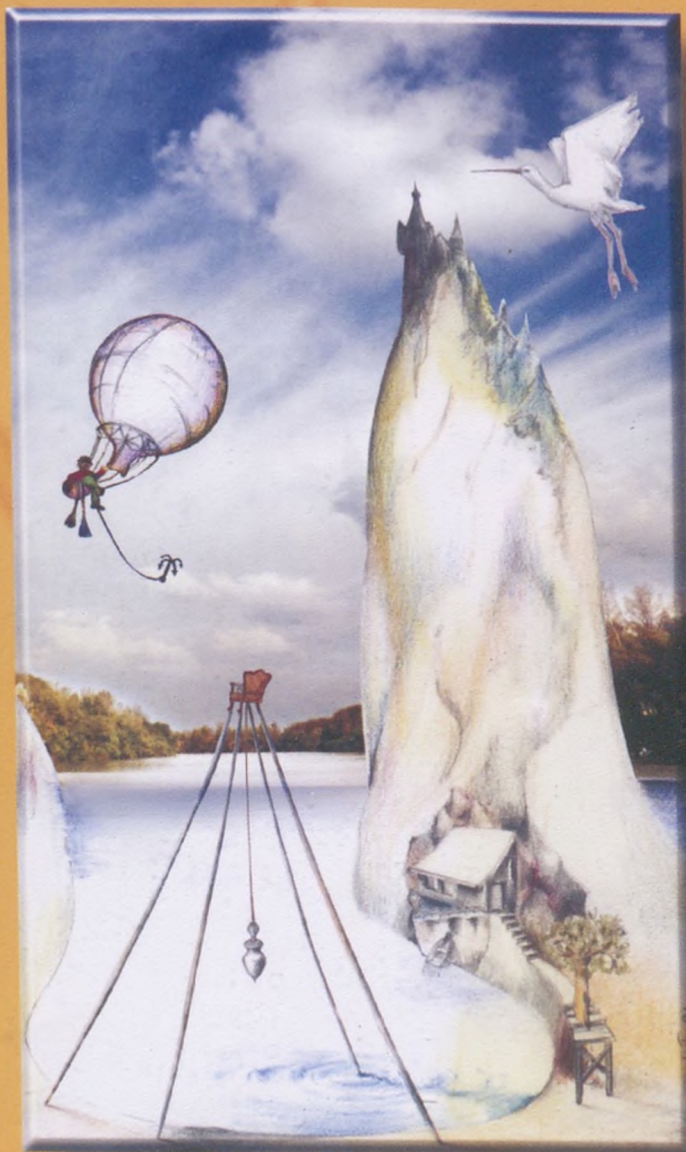
SOLVAY PHARMA KFT.
 1119 Budapest, Etele út 59-61.
 Tel.: 203-4289, 203-4297, 203-4305
 Fax: 203-4322

Duracef[®]

cefadroxil

500 mg kapszula
1 g diszperzibilis tabletta
250 mg/5ml szuszpenzió

SerWise Studio



További információkat az alkalmazási előírat tartalmaz.

*Új molekula a felső lég
infekciók terápiájában
(tonsillitis, pharyngitis)*

- magas terápiás hatékonyság, reinfekció ritkán fordul elő*
- kevés mellékhatás*
- napi egyszeri vagy kétszeri adagolható*



Bristol-Myers Squibb

Pharmavit Rt.
A Bristol-Myers Squibb Company

Pharmavit

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA

JOURNAL OF THE HUNGARIAN PHARMACEUTICAL SOCIETY

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung:
H-1051 Budapest, Zrínyi utca 3. Telefon: 117-1488

Szerkesztőbizottság:

Főszerkesztő: dr. Lipták József
Felelős szerkesztő: Hankó Zoltán
Szerkesztők:

dr. Bozsik Erzsébet, dr. Brantner Antal, dr. Dobson Szabolcs,
Kéry István, dr. Kovács László, Ottlik Miklósné



dr. Nikolics Károly (a bizottság elnöke), dr. Bacsa György,
Dudits István, dr. Écsy Zoltán, dr. Gyarmathy Miklós,
dr. Hamvas József, dr. Kata Mihály, Kerekesné dr. Nemes
Mária, dr. Kéry Ágnes, dr. Marton Sylvia, dr. Mezey Géza,
dr. Mikola Bálint, dr. Sátyor Éva, Szendrényi Lajos,
dr. Trestyánszky Zoltán, dr. Zalai Károly

42. évfolyam	3.	1998. március
TARTALOM		CONTENTS

<i>Dr. Vincze Zoltán:</i> Gyógyszerészeti Bizottság az Akadémián	131	<i>Z. Vincze:</i> Pharmaceutical Committee at the Hungarian Academy of Sciences
<i>Hankó Zoltán:</i> Elfogadták a gyógyszer törvényt	132	<i>Z. Hankó:</i> The law on Drugs has been accepted
Törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről	134	The Law on Drugs for human consumption
Szemelvények az egészségügyről szóló 1997. CLIV. törvényből	141	Selected passages from the Law on Public Health CLIV., 1997.

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

<i>Dr. Láng Csaba:</i> Vérkészítmények alkalmazása, korszerű transfúziós terápia. II. rész.	145
<i>Dr. Simon Kis Gábor, Takács Gézné, dr. Várkonyi Tibor, dr. Nagy Balázs:</i> A gyógyszeres terápia reneszánsza IV. Gasztroenterológia I.	153

POSTGRADUATE INFORMATION

<i>Cs. Láng:</i> Use of blood preperates, up to date transfusion therapy II. part
<i>G. Simon, G. Takács, T. Várkonyi, B. Nagy:</i> The renaissance of the drug therapy IV. Gastroenterology I.

AKTUÁLIS OLDALAK

<i>Dr. Matejka Zsuzsanna, dr. Szűcs Tamás és dr. Harsányi László:</i> Családorvosok a közgyógyellátásról	162
Az év patikája '97. I. rész. <i>Tamásiné dr. Gruzlinger Magdolna:</i> Szent Korona Gyógyszertár, Kozármisleny	171

CURRENT PAGES

<i>Zs. Matejka, T. Szűcs and L. Harsányi:</i> General practitioners about the subsidized public drug supply
Pharmacy of the Year 1997. Competition of the Association of Hungarian Private pharmacists. <i>M. Tamási-Gruzlinger:</i> The Holy „Crown” Pharmacy, Kozármisleny
CONSULTATION IN MATTERS OF DRUG
<i>M. Pékli:</i> Tendencies of drug prices and their subsidies in some European countries. II. part: Drug prices and subsidies in the member states of EU

KONZÍLIUM A GYÓGYSZERÜGYRŐL IV. RÉSZ	
<i>Dr. Pékli Márta:</i> A gyógyszerek árának és támogatásának alakulása néhány európai országban. II. rész: Gyógyszerárak és támogatások az Európai Unió (EU) tagállamaiban	175

HÍREK

NEWS

(Részletesen lásd a tartalomjegyzék végén)

SZAKIRODALMI TALLÓZÓ

185

CLEANING IN THE PROFESSIONAL
PHARMACEUTICAL LITERATURE

Hítekintés – Cím bibliográfia – A hónap molekulája – Miről írt az „A Gyógyszerész” 50 éve? – Helyesírás - helyes írás? – Könyvismertetés

Survey of professional political reports in foreign periodicals – Title bibliography – Drug molecules of the month – The topics of Hungarian professional journals 50 years ago? – Orthography – and the right way of writing – Bookreview

HÍREK: Dr. Lipták József az új országos tisztifőgyógyszerész – Az MGYT Oktatási és Közigazgatási Szervezetének ülése – Ülést tartott a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Tudományos Bizottsága – Az MGYT Szervezési Szakosztályának ülése – Gyógyszertár-működtetés '98 – Konszenzus-konferencia a biztonságos és korszerű gyógyszeres kezeléssel – Dr. László László az Erney József emlékérem kitüntetettje – Megalakult az Egészségügyi Termékek Gyártóinak Szövetsége – Új vérnyomáscsökkentő a Pfizer-től – A Powderject és a Glaxo Wellcome DNS vakcinával kapcsolatos megállapodása – Új lehetőség a túlsúlyosság kezelésében – Információs logo a gyógyszertárakban – IV. Clauder Ottó Emlékverseny – Negyedik Európai Gyógyszerésztudományi Kongresszus – Generikus és terápiás szubsztitúciós konferencia Rómában – Szakmai utak a Pharma Tours-szal 2. Expopharm '98 – Apotheca '98 –

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság telefonszáma
1998. június 1-jétől: 318-1573-ra változik
Kérjük a változás bejegyzését.

Köszönettel: MGYT Titkárság

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS GYÓGYSZERÉSZI ÁLLÁSRA

Az 1990 óta Budapesten működő International Medical Services Ltd. (IMS) igazgatója pályázatot hirdet
– a klinika területén tervezett közforgalmú gyógyszertárába – gyógyszertár vezetői állás betöltésére.

Pályázati feltételek:

- gyógyszerészi diploma
- szakgyógyszerészi képesítés
- 5 éves szakmai gyakorlat
- Gyógyszerészek Országos Nyilvántartásáról szóló igazolás.

A pályázatokat megjelenést követő 15 napon belül a következő címre kérem küldeni:
International Medical Services Ltd. igazgató · Budapest, 1035 Vihar u. 29.

„GYÓGYSZERÉSZET” a Magyar Gyógyszerészeti Társaság lapja

Kiadja a Magyar Gyógyszerészeti Társaság, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Telefon: 118-1573

Felelős kiadó: Dr. Vincze Zoltán

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung: H-1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Előfizethető: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. belföldi postautalványon vagy átutalással az MGYT átutalási számlájára: OTP V. kerületi fiók, Budapest, Deák Ferenc u. 7-9.

MGYT elszámolási számla: 11705008-20425230. Adóigazolási szám: 19000754-2-41

Előfizetési díj: egész évre 9000 Ft + 12% ÁFA. Egy példány ára: 750 Ft + 12% ÁFA.

Készült 2800 példányban.

Monthly journal. Subscription: Batthyany Kultur-Press Kft. H-1251 Budapest 11.

P. O. Box: 30. E-mail: batthyany@kultur-press.hu.

Műszaki szerkesztő: Molnár Zoltán

Sokszorosítás: Egri Nyomda

A kéziratok és mellékleteinek őrzését vagy visszaküldését nem vállaljuk.

Index: 25 362

Gyógyszerészeti Bizottság az Akadémián

Nem szoktunk és a jövőben sem fogunk vezércikkben „hír”-nek helyet adni. A következőkben leírtakat azonban sokkal jelentősebb eseménynek, eredménynek tekintjük annál, hogy „csupán” a hír rovatban ismertessük. A magyar gyógyszerészet, a magyar gyógyszerészeti tudomány eddigi legnagyobb sikereként értékeljük bizottságként való megjelenését a Magyar Tudományos Akadémián.

* * *

A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztálya és a Kémiai Tudományok Osztálya 1998. március 18-án tartott együttes ülésén foglalkozott a magyar gyógyszerészet, gyógyszerészeti tudomány helyzetével, akadémiai megjelenésével.

Az Akadémiai Orvosi Tudományok Osztálya elnökének felkérésére, *dr. Magyar Kálmán* akadémikus az osztály alelnöke, valamint *dr. Rácz István* egyetemi tanár (az általuk felkért szakértők közreműködésével) „A gyógyszerészeti tudomány helyzete” címmel vitaanyagot készített és juttatott el a két osztály valamennyi tagja részére. Az ülésen ennek az anyagnak a megvitatására került sor. Mindkét osztály pozitívan értékelte a gyógyszerészet tevékenységét, elért eredményeit, és szükségesnek ítélte reprezentációját a Magyar Tudományos Akadémia szervezetében. A két osztály együttes javaslata: az Orvosi és a Kémiai Osztályok közös bizottságként hozzák létre az *Akadémia Gyógyszerészeti Bizottságát*.

Az ülés folytatásaként délután az Orvosi Tudományok Osztálya programjaként *dr. Méhes Károly* akadémikus osztályelnök vezetésével a következő három előadás hangzott el:

Rácz István: A gyógyszerkutató formulálási vonatkozásai;

Magyar Kálmán: Neurodegeneratív és -protektív mechanizmusok;

Vincze Zoltán: Klinikai gyógyszerészet: fejlődés, eredmények.

Kommentár

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság mindenkori vezetői évtizedek óta azon fáradoztak, hogy a gyógyszerészeti tudomány megfelelő képviseletet kapjon a Magyar Tudományos Akadémián. Önálló képviselet hiányában nehéz, szinte lehetetlen az akadémiai tagságra jelölés és az ezt követő választás is, a gyógyszerészeti tudomány és az azt képviselők érdekeinek érvényesítéséről nem is beszélve.

A Gyógyszerészeti Bizottság létrehozásáról szóló javaslat (mert a döntés az Akadémia elnöksége kezében van) azért kiemelkedő jelentőségű, mert nem csupán egyoldalú gyógyszerészeti kezdeményezés, hanem magas rangú akadémiai tisztségviselői javaslat is. *Vizi E. Szilveszter* az Akadémia alelnöke az elmúlt év decemberében, majd ez év januárjában hivatalában tanácskozott erről a Magyar Gyógyszerészeti Társaság jelenlegi elnökével, emlékezve a korábbi gyógyszerész kezdeményezésekre, amelyek *Kedvessy, Clauder, Zalai, Nikolics* és *Szász* professzorok nevéhez fűződnek. E megbeszélések végkövetkeztetése volt, hogy a gyógyszerészet érdemes az akadémiai megjelenésre.

Köszönettel tartozunk *dr. Magyar Kálmán* egyetemi tanár akadémikusnak az Orvosi Tudományok Osztálya alelnökének, aki meghatározó szerepet játszott, hogy az Akadémia egyáltalán foglalkozzon a gyógyszerészet akadémiai reprezentációjával. A Magyar Gyógyszerész Kamara elnökének kezdeményezésére, a Kamara elnöke, az MGYT elnöke, a SOTE Gyógyszerésztudományi Kar dékánja, valamint az MTA Orvosi Tudományok Osztálya alelnökének megbeszélésén két dologban született egyetértés. Az egyik, hogy a gyógyszerészek közül jelöljünk akadémiai tagságra érdemes kollégát, a másik, hogy tegyünk meg mindent hivatásunk akadémiai elismertetése érdekében. Mindkét említett területen egyetértés született. Az akadémiai tagságra a Kamara által javasolt személyt támogatta az MGYT vezetése, a SOTE Gyógyszerésztudományi Kara, valamint az Akadémia Orvosi Tudományok Osztálya. A korábban említett okok miatt e téren sajnos nem értünk el eredményt.

A gyógyszerészet akadémiai reprezentációja pedig az Orvosi és a Kémiai Tudományok Osztályainak közös Gyógyszerész Bizottsága révén valósul meg. Jelenleg a Bizottság felállításának az Akadémia elnöksége által történő elfogadását várjuk.

Abban a reményben, hogy a gyógyszerészet akadémiai képviselete a több évtizedes kísérletek eredményeként megvalósul, mindazoknak köszönetet mondok, akik a legcsekélyebb mértékben is, de hozzájárultak ehhez.

Dr. Vincze Zoltán
a Magyar Gyógyszerészeti Társaság elnöke

Z. Vincze: *Pharmaceutical Committee at the Hungarian Academy of Sciences*

Elfogadták a gyógyszertörvényt

Hankó Zoltán

Az Országgyűlés a választásokat megelőző utolsó munkanapján 1998. március 16-án fogadta el az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvényt. A gyógyszerügyben is lezajló rendszerváltoztató folyamat újabb meghatározó eseményének méltatásakor érdemes visszatekinteni az előzményekre, az elmúlt évek legfontosabb változásaira és eseményeire, hogy ezen folyamatok ismeretében határozzuk meg helyzetünket és feladatainkat.

Az ún. térítési díjas rendszer 1989-ben szűnt meg. Azóta ismét van a gyógyszernek termelői, nagykereskedelmi és fogyasztói ára, mely utóbbihoz a tb. %-os vagy fix összegű támogatást nyújt. 1990 óta lehetséges magángyógyszertárak létesítése. Liberalizálták az importot, megszüntették a gyárak ellátási kötelezettségét, majd 1992-ben jelent meg a gyógyszer-nagykereskedelemtől szóló rendelet, amely lehetővé tette, hogy az önállóuló gyógyszertárak egymással versengő nagykereskedőktől szerezhessék be a szükséges gyógyszereiket. 1994-ben törvény ismerte el a gyógyszerészek önszerveződésének és önzagztatásának jogát, valamint köztisztületi rangra emelte a Magyar Gyógyszerész Kamarát. Ugyanebben az évben született meg az ún. gyógyszertári törvény, amely a személyi jogos gyógyszerész szakmai és gazdasági felelősségére építve jogszabályi háttérrel biztosított a patikaprivatizációhoz, és elsősorban a nemzeti hagyományokra építve szabályozza a gyógyszertárak létesítését és működtetésük feltételeit. Ezután kezdődhetett el a gyógyszertárak (és a gyógyszertári központok) privatizációja, többek között felszámolva a jogelőd nélküli magángyógyszertárak és az „állami” patikák kettőssége miatt kialakult feszültséget, de a tulajdonosi szerkezet különbözőségei miatt új törésvonalakat képezve és erősítve. Időközben megkezdődött a gyógyszer-gyárak privatizációja is.

Az elmúlt évekre visszatekintve a felsorolt változások a gyógyszerellátás piaci alapokra helyezését és a gyógyszerek hozzáférhetőségének jelentős javítását eredményezték. Áttekinthetőbb érdekviszonyok jöttek létre és sok új gyógyszer került forgalomba, melyek minden településen beszerezhetők.

Az utóbbi hónapokban ismét a gyógyszerellátás jogszabályi környezetének változásai kerültek az érdeklődés homlokterébe. Tavaly fogadta el az Országgyűlés a gazdasági reklámtevékenységről szóló törvényt, amely a gyógyszerreklámot szabályozó miniszteri rendelettel kiegészítve átformálta a gyógyszerekkel kapcsolatos promóciós tevékenység feltételeit. Ezután született meg a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény, amely a kapcsolódó kormányrendelettel együtt alapvetően megváltoztatja a gyógyszertárak és a tb. kapcsolatait. Decemberben fogadta el az Országgyűlés a fogyasztóvédelemről, valamint a gazdasági társaságokról szóló új törvénye-

ket, melyek lényegesen befolyásolhatják a gyógyszerészetet, de hosszútávú hatásai ma még kiszámíthatatlannak. És végül hosszas előkészítés után úgyszintén decemberben született meg az egészségügyről szóló új törvény, amelyhez most szervesen kapcsolódik a gyógyszertörvény.

A törvény sok elemében már jelenleg is érvényes gyakorlatot szentesít, de számos területen változásokat gerjeszt. Kerettörvény jellegéből fakadó módon rögzíti a gyógyszergyártás és -nagykereskedelem, a közvetlen lakossági- és intézeti gyógyszerellátás feltételeit, a forgalomba hozatallal, az ideiglenes forgalomba hozatallal, a klinikai vizsgálat végzésével, a gyógyszerek csomagolásával és a betegtájékoztatóval kapcsolatos előírásokat, a kábítószerek és a pszichotrop gyógyszerek gyártásának és forgalmazásának különleges feltételeit, a hatósági ellenőrzés főbb szempontjait, az ellátási felelősséggel, a károkozással és a betegjogokkal kapcsolatos rendelkezéseket. A közvetlen lakossági és az intézeti gyógyszerellátást egészségügyi szakellátó, illetve gyógyszerellátási és gyógyszer-előállítási szaktevékenységként definiálja, véglegesen lezárva az alapellátás-szakellátás körüli rosszemlékű vitákat. Gyógyszerfogalma több vonatkozásban is eltér az eddigi jogszabályok egymástól is különböző definícióitól, felvetve a harmonizáció szükségességét. Nem tartoznak a törvény hatálya alá pl. az állatgyógyszerek, de ez nem jelentheti azt, hogy gyártásukban és forgalmazásukban egyre kevésbé érvényesüljenek a gyógyszerészeti szempontok. A szabályozás segíti a hazai gyógyszeripar nemzetközi kapcsolatrendszerének további bővítését és lehetővé teszi a megfelelő körülmények között vizsgált és előállított külföldi készítmények gyors hazai bevezetését. Az érdek- és tulajdonviszonyok változásait követik a felelősségi és kártérítési szabályok. Az állam felelőssége elsősorban a gyógyszerellátással kapcsolatos feltétel- és követelményrendszer meghatározására, a kutatás, a gyártás és a forgalmazás engedélyezésére és ellenőrzésére korlátozódik, miközben az ellátáshoz, minőséghez, károkozáshoz kapcsolódó felelősség a tevékenységet végzőket terheli. A hatályba lépést követően a gyártás engedélyezése is a népjóléti miniszter hatáskörébe kerül, tovább növelve a minisztérium gyógyszerészeti reprezentációjának fontosságát.

A törvény lehetőséget ad a gyógyszerár-képzés jogszabályi inkoherenciájának feloldására is azáltal, hogy előírása szerint a támogatott és nem támogatott gyógyszerek termelői és fogyasztói árát a Népjóléti Közlönyben egyformán ki kell hirdetni. Ez feltételezi a fogyasztói ár képzésével kapcsolatos eddigi többféle értelmezési lehetőség megszüntetését.

A jogalkotó kísérletet tett a gyógyszer nyomonkövetőségének biztosítására egyrészt azáltal, hogy a gyógy-

szer-nagykereskedő csak gyártótól vagy más nagykereskedőtől szerezhet be gyógyszert és csak gyógyszerárnak, pontosabban „egészségügyi szakellátó vagy szolgáltató tevékenység végzésére engedéllyel rendelkezőnek” szállíthat, másrészt azzal a rendelkezésével, mely szerint a közforgalmú-, fiók- és kézi gyógyszerár gyógyszerert csak érvényes nagykereskedői engedéllyel rendelkezőtől szerezhet be. A kézi gyógyszerárak ellátásának az eddigiektől eltérő szabályozása további elemzést igényel.

A gyógyszer-nagykereskedelemtől szóló fejezet a versenysemlegesség elvét érvényesítve hosszú évek óta folyó vita végére tett pontot. Egyrészt felhatalmazást adott a népjóléti miniszternek a nagykereskedők által forgalmazandó és kötelezően készletben tartandó gyógyszerek körének meghatározására és ezzel kizárja az ún. „mazzsolás” lehetőségét, másrészt viszont lehetővé teszi, hogy a gyógyszer gyártója – nagykereskedelmi engedély nélkül – közvetlenül szállíthasson fekvőbeteg gyógyintézet intézeti gyógyszerárára számára. A nagykereskedelmi feltételeinek a szigorítása és a „fantomkészítmények” megszüntetését célzó előírások megteremtették annak a lehetőségét, hogy valamennyi forgalmazott gyógyszert illetően ellátási kötelezettség terhelje a gyógyszerárakat.

A 80-as évek második felében vált lehetővé a „gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású termékek” forgalomba hozatala. Az egyszerű regisztrációs eljárás hozzájárult a választék bővüléséhez és az öngyógyítás területén sok hasznos termék használatát tette lehetővé. Az elmúlt 10 év alatt azonban sok új gyógyszer is forgalomba került, és az uniós csatlakozás közelsége is megkívánja a gyógytermék kategória átértékelését. A gyógytermékek gyártói, illetve forgalmazói a törvény hatálybalépését követő 5 éven belül kezdeményezhetik termékük átminősítését, de ez csak akkor járhat eredménnyel, ha az adott készítmény relatív ártalmatlansága mellett annak hatásosságát is klinikailag igazolják. Valószínűsíthető, hogy a gyógytermékeknek csak egy részét minősítik át gyógyszerre, sőt a jelenleg gyógyszerárakon kívül is forgalmazhatók kisebb hányada válik gyógyszerre, azonban ennek kapcsán számítani lehet a kötelező gyógyszerári forgalmazás körüli viták kiújulására.

A gyógyszerertörvény a betegjogokkal az egészségügyi törvénnyel analóg módon – sőt annak néhány paragrafusára tételesen is hivatkozva – önálló fejezetben foglalkozik. A gyógyszerészeknek fel kell készülniük a betegjogi képviselő gyógyszerári vizsgálódásaira. Óriási kihívás az előírásoknak megfelelő „kapuőr” funkció ellátása, a betegtájékoztató megszervezése és végzése, az interakciókról, a helyettesíthetőségről, az árákról és a térítési díjakról valamint a vény nélküli gyógyszerek terápiás- és mellékhatásairól szóló információadási kötelezettség teljesítése. Ezek az előírások hivatásunk fontosságát, a gyógyszerészi szolgálat elismerését, képzésünk és folyamatos továbbképzésünk szükségességét is jelzik.

A végzavazást megelőző időszakban a nyilvánosságot elérő vita folyt arról, hogy rögzítse-e a törvény:

gyógyszer, közvetlen lakossági felhasználásra csak gyógyszerártárból szolgáltatható ki. Ennek ellenzői egyrészt azzal érveltek, hogy hasonló előírást már a gyógyszerári törvény is tartalmaz, tehát felesleges az újlagos rendelkezés, másrészt azzal, hogy vannak – sőt a gyógytermékek átminősítését követően még inkább lesznek – olyan gyógyszerek, amelyek gyógyszeráron kívül is kockázat nélkül árusíthatók, és ez a technika forgalmazási szempontból kedvező. A gyógyszerári törvény némiképp más tartalommal ugyan, de valóban rendelkezik erről a kérdéstről, azonban a gyógyszerertörvény feladata, hogy a gyógyszer forgalmazásának alapvető feltételeit rögzítse. Másrészt pedig a gyógyszer – kiadhatóságától függetlenül – különleges áru, amelynek forgalmazása során a beteg érdekében olyan piackorlátozó intézkedésekre van szükség, amelyek az egészségügyi szempontok prioritását biztosítják a kereskedelem-politikai és profit szempontokkal szemben. A szükséges piackorlátozó eszközök egyike a gyógyszer kizárólagos gyógyszerári forgalmazása egyrészt azért, mert a beteg a szakember segítségére van utalva, másrészt azért, hogy az indokolatlan gyógyszerfogyasztás lehetőségét és káros következményeit minimalizálni lehessen. A törvény e téren megnyugtató megoldást hozott, ráadásul az előzetes aggodalmakkal ellentétben az ún. szabadpolcos gyógyszerforgalmazásról sem rendelkezik, közvetve elismerve és megerősítve a gyógyszerárak működéséről, szolgálati és nyilvántartási rendjéről szóló NM rendeletben foglaltakat.

A törvény előkészítésében sokan és sokféleképpen vettek részt. Mindenkit köszönet illet, aki bekapcsolódott az alapelvek tisztázásába, a szövegezésbe vagy a parlamenti képviselők felkészítésébe. A sokoldalú együttműködés számos buktató elkerülését tette lehetővé, és az elkövetkező időszak szakmai és szakmapolitikai tevékenységéhez pozitív példával szolgálhat.

A jövő év január 1-jén hatályba lépő gyógyszerertörvény a kapcsolódó kormány- és miniszteri rendeletekkel a rendszerváltó folyamat utolsó állomásainak egyike. Az egyéni érdekelttség kialakítása, a gyógyszerek hozzáférhetőségének javítása és a gyógyszerészi hivatás rehabilitációja az elmúlt években megtörtént, és az átalakítás nagyobb zökkenők nélkül túlnyomórészt lezajlott. A kialakult új struktúra és jogszabályi környezet új kihívásokat hordoz, új célok kijelölésére és új feladatok végzésére készíti a gyógyszerészetet. A változó prioritásokat nemcsak az egészségpolitika és a társadalom igényli, hanem a gyógyszerészet belső szakmai fejlődésének is törvényszerű következménye. A szakmai szempontok erősítése, a költséghatékony gyógyszerelés és támogatási rendszer kialakításának elősegítése, az orvos-beteg-gyógyász kapcsolat újragondolása, az egészségnevelésbe való fokozottabb bekapcsolódás és a gyógyszerészi gondozás előtérbe kerülése hozzájárulhat a betegek esélyegyenlőségének növeléséhez és az egészségügyi ellátás javításához.

Z. Hankó: *The law on Drugs has been accepted*

Törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről*

Az Országgyűlés az emberi egészség védelmét és helyreállítását szolgáló állami tevékenység részeként, az ezekért viselt felelősségtől vezérelve a következő törvényt alkotja:

A törvény célja

1. §

A törvény célja, hogy a nemzetközi jogszabályok és ajánlások figyelembevételével meghatározza a gyógyszerrel, a gyógyszerellátással, valamint a gyógyszert felhasználók jogaival kapcsolatos alapvető rendelkezéseket.

2. §

A gyógyszerellátással kapcsolatos feltételrendszer meghatározása az állam feladata. Ennek keretében az állam meghatározza azon követelményrendszert, amely biztosítja, hogy a rászorulóknak biztonságos, hatásos, az előírásoknak megfelelő minőségű gyógyszerekhez juthassanak.

Törvény hatálya

3. §

(1) E törvény rendelkezései az emberi felhasználásra szánt gyógyszer gyártására, előállítására, forgalomba hozatalára, forgalmazására és alkalmazására terjednek ki.

(2) E törvény alkalmazásában nem minősül gyógyszernek az emberi szervezetbe kerülő orvostechnikai eszköz, a tápszer, az élelmiszer, a kozmetikai termék, az emberi fogyasztásra szánt egyéb termék, valamint az emberi szervezeten alkalmazott sebészeti kötözőszer, varróanyag, fogászati anyag és az emberi szervezetbe nem kerülő, illetve emberi szervezeten nem alkalmazott fertőtlenítőszer és az orvosi laboratóriumi diagnosztikum.

4. §

E törvény és végrehajtási rendeletei alkalmazásában:

a) gyógyszer: olyan anyag vagy azok keveréke, illetve olyan készítmény, amelyet betegség megelőzése, felismerése, kezelése vagy életteni funkció fenntartása, helyreállítása, javítása vagy módosítása céljából emberi szervezetben vagy emberi szervezeten alkalmaznak;

b) magisztrális gyógyszer: az a gyógyszerkészítmény, amelyet a gyógyszerész a gyógyszertárban a hatályos Ma-

gyar Gyógyszerkönyv (a továbbiakban: Gyógyszerkönyv) vagy a Szabványos Vény minta Gyűjtemény (a továbbiakban: Vény minta Gyűjtemény) rendelkezései alapján, egyedi orvosi előírásra vagy a Gyógyszerkönyv szerint nem erőhatásúnak minősülő anyagokból saját kezdeményezésére előállít;

c) galenusi gyógyszer: a Gyógyszerkönyvben vagy a Vény minta Gyűjteményben meghatározott összetételű és minőségű készítmény, melyet ezen előírások alapján gyártanak, nyilvántartanak és forgalmaznak;

d) kábítószerként minősített gyógyszer: a kábítószer gyártásával, tárolásával, forgalmazásával és használatával kapcsolatos jogszabályban meghatározott, illetve nemzetközi egyezmények alapján annak minősített gyógyszer;

e) pszichotrop anyagként minősített gyógyszer: a pszichotrop anyagok gyártásával, tárolásával, tartásával, forgalmazásával és használatával kapcsolatos jogszabályban meghatározott, illetve nemzetközi egyezmény alapján annak minősített gyógyszer;

f) vizsgálati készítmény: a hatásosság és a relatív ártalmatlanság megállapítása céljából klinikai vizsgálatra átadott készítmény;

g) gyógyszerellátás: azon tevékenységek összessége (gyártás, előállítás, forgalmazás), amelynek eredményeként a gyógyszer a közvetlen felhasználóhoz eljut;

h) gyógyszer-törzskönyv: közhitelű hatósági nyilvántartás, amely a magisztrális és a galenusi gyógyszerek kivételével a gyógyszerkészítmény elnevezését és jogszabályban meghatározott adatait tartalmazza;

i) forgalomba hozatali engedély: az illetékes hatóság által kiadott, a gyógyszer embergyógyászati célra történő alkalmazhatóságát engedélyező és a törzskönyvi bejegyzést igazoló hatósági határozat;

j) klinikai vizsgálat: a vizsgálati készítmény hatásosságának és relatív ártalmatlanságának bizonyítása céljából – az illetékes kutatás-és vizsgálati bizottság jóváhagyása alapján – a készítményt törzskönyvező hatóság által engedélyezett vizsgálat;

k) gyógyszer-gyártás: olyan termelő tevékenység, ahol ellenőrzött üzemi körülmények között gyógyszert állítanak elő;

l) gyártási tétel: a kiindulási anyagoknak, a csomagolóanyagoknak vagy a termékeknek az az előre megadott mennyisége, amely ugyanazon gyártási folyamatban vagy egy gyártási sorozatban készült és így azonosnak tekinthető;

m) a gyógyszer gyártója: az a hatósági engedéllyel rendelkező gazdálkodó szervezet, amely részére a gyógyszer-előállítást e törvényben meghatározott hatóság engedélyezte;

n) gyógyszer-nagykereskedelem: azon gyógyszerellátási tevékenységek összessége, amelynek eredményeként a gyógyszer – ha jogszabály másként nem rendelkezik –

*A törvényt az Országgyűlés az 1998. március 16-i ülésnapján fogadta el. A törvény számozására a köztársasági elnök aláírását követően a Magyar Közlöny-beli közzétételekor került sor.

az előállítótól a közvetlen lakossági gyógyszerellátóhoz eljut;

o) közvetlen lakossági gyógyszerellátás: az a közforgalmú, fiók- és kézigyógyszertárban – külön jogszabályban meghatározott esetben az intézeti gyógyszertárban – végzett egészségügyi szakellátó tevékenység, amely során a gyógyszertár a gyógyszert és az alkalmazásával összefüggő szakmai információt a fogyasztók részére közvetlenül biztosítja;

p) intézeti gyógyszerellátás: az intézeti gyógyszertárban végzett azon gyógyszerellátási és gyógyszer-előállítás szaktevékenységek összessége, amelynek során az intézeti gyógyszertár a fekvőbeteg intézményben ápolott betegek gyógyszerellátását biztosítja;

q) a gyógyszer kiadhatósága: az adott gyógyszerre vonatkozó, törzskönyvbe bejegyzett gyógyszerek esetében a gyógyszer törzskönyvezése során meghatározott, a forgalomba hozatali engedélyben és jogszabályban rögzített, magisztrális és galenusi gyógyszerek esetében a hatályos Magyar Gyógyszerkönyvben vagy a Szabványos Vény minta Gyűjteményben rögzített forgalmazhatósági korlátozás, amely szerint a gyógyszer orvosi rendelés alapján vagy enélkül szerezhető be;

r) orvosi rendelvény nélkül kiadható gyógyszer: minden olyan gyógyszer, amelyet az engedélyező hatóság a forgalomba hozatali engedélyben annak nyilvánít;

s) alkalmazási előírat: az orvos, illetve a gyógyszerész részére szóló, a forgalomba hozatali engedélyben szereplő szakmai előírás, amely a gyógyszer legfontosabb adatait, az alkalmazás feltételeit és az esetleges mellékhatásait tartalmazza;

t) betegájékoztató: a felhasználónak (betegnek) szóló, a forgalomba hozatali engedélyben szereplő közérthető tájékoztatás, amely a gyógyszer legfontosabb adatait, az alkalmazás feltételeit és az esetleges mellékhatásait tartalmazza;

u) közvetlen csomagolás: az a csomagolási forma, amely közvetlen kapcsolatban van a gyógyszerrel;

v) külső csomagolás: azt a csomagolási formát jelenti, amely a közvetlen csomagolást foglalja magában;

w) Magyar Gyógyszerkönyv: a gyógyszerkészítés, a gyógyszerminőség, a gyógyszerellenőrzés és a gyógyszer minősítés általános szabályait, valamint az egyes gyógyszerek minőségét és összetételét tartalmazó, jogszabállyal kihirdetett hivatalos kiadvány;

x) relatív ártalmatlanság: a vizsgálati készítmény mellékhatásai által esetleg okozott kedvezőtlen hatás jelentősége a várható gyógyító hatáshoz képest csekély;

z) különös méltánylást érdemlő betegellátási érdek: akkor áll fenn, ha a Magyarországon még nem törzskönyvezett gyógyszer orvosi kezelés során történő alkalmazásával esélye lehet a kezelés sikerességének és ez Magyarországon már forgalomban lévő gyógyszertől nem várható.

A gyógyszergyártás feltételei

5. §

(1) Gyógyszert gyártani – a galenusi gyógyszerek gyógyszerellátási előállítását kivéve – a népjóléti miniszter

által az ipari, kereskedelmi és idegenforgalmi miniszter egyetértésével kiadott, e tevékenység végzésére jogosító engedély birtokában lehet.

(2) A gyógyszergyártási engedély kiadásának feltétele, hogy a gyógyszergyártó feleljen meg a külön jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételeknek.

(3) A gyógyszergyártás személyi és tárgyi feltételei teljesítésének ellenőrzését, továbbá hatósági felügyeletét az Országos Gyógyszerészeti Intézet végzi.

(4) Ha a (3) bekezdés szerinti hatóság ellenőrzése során megállapítja, hogy a gyártási engedély jogosultja nem teljesíti a gyógyszergyártás – e törvényben illetve a végrehajtására kiadott jogszabályokban meghatározott – személyi és tárgyi feltételeit, kezdeményezi az engedélyezőnél a gyártási engedély visszavonását.

A gyógyszer forgalomba hozatalának engedélyezése

6. §

(1) Ha törvény másként nem rendelkezik, gyógyszer – a magisztrális és galenusi gyógyszer kivételével – csak akkor kerülhet forgalomba és akkor alkalmazható, ha a külön jogszabályban meghatározott hatóság a gyógyszer-törzskönyvbe bejegyezte, forgalomba hozatalát engedélyezte. A termelői (import beszerzői) és a fogyasztói árat a Népjóléti Minisztérium a hivatalos lapjában közzéteszi.

(2) Azt a gyógyszert, amelyet Magyarországon nem, de más országban a nemzeti, illetve a nemzetközi hatóság gyógyszer-törzskönyvbe bejegyzett, egyedi esetben gyógyászati célra akkor lehet alkalmazni, ha a felhasználását különös méltánylást érdemlő betegellátási érdek indokolja, és alkalmazását – a külön jogszabályban meghatározott feltételek szerint – az (1) bekezdés szerinti hatóság engedélyezte.

7. §

(1) A 6. § (1) bekezdés szerinti hatóság a vizsgálati készítményt akkor jegyzi be a gyógyszer-törzskönyvbe, ha annak

a) minősége – ide értve a gyártás körülményeit is – ismert és meghatározott, továbbá

b) hatásossága – a külön jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – klinikailag is bizonyított, valamint

c) relatív ártalmatlansága igazolt.

(2) A gyógyszer törzskönyvezési eljárása során a 6. § (1) bekezdés szerinti hatóság a külföldön végzett vizsgálatok eredményét abban az esetben fogadja el, ha

a) azt nemzetközi egyezmény előírja, vagy

b) meggyőződött arról, hogy a külföldön végzett vizsgálatok végrehajtása és annak ellenőrzési gyakorlata megfelel a magyarországi követelményeknek.

(3) A forgalomba hozatali engedély kiadásának feltétele az e törvényben meghatározott csomagolásra és betegájékoztatóra vonatkozó rendelkezések teljesítése.

(4) A gyógyszer-törzskönyvezési eljárás befejeztével az (1)–(3) bekezdésekben foglaltak megfelelő gyógyszer

forgalomba hozatali engedélyét a 6. § (1) bekezdés szerinti hatóság adja ki. A forgalomba hozatali engedély – a gyógyszer azonosító adatain kívül – tartalmazza a gyógyszer

- a) törzskönyvi számát,
- b) forgalmazására jogosult (a továbbiakban: forgalomba hozatali engedély jogosultja) megnevezését,
- c) alkalmazási előírását,
- d) betegájékoztatóját,
- e) kiadhatóságát,
- f) felhasználhatósági időtartamát és tárolásának körülményeit.

(5) A gyógyszer-törzskönyvezési eljárás időtartama a törzskönyvi kérelem benyújtásától számított legfeljebb 2 év.

(6) A gyógyszer-törzskönyvezés befejezését követően kiadott forgalomba hozatali engedély 5 évig érvényes. Az engedély – az érvényességi idejének lejártát megelőzően legalább 6 hónappal benyújtott kérelemre – ismételt 5 évre meghosszabbítható. Az eljárás során a 6. § (1) bekezdés szerinti hatóság a gyógyszert az (1)–(2) bekezdésekben meghatározottaknak megfelelően újraértékeli.

(7) A forgalomba hozatali engedély jogosultja a törzskönyvbe történő bejegyzésért a külön jogszabályban meghatározottak szerinti igazgatás-szolgáltatási díjat, a törzskönyvi bejegyzés fenntartásáért fenntartási díjat köteles fizetni.

(8) Ha a gyógyszer gyártója, illetve a forgalombahozatali engedély jogosultja személyében változás következik be, a forgalomba hozatali engedély jogosultja köteles a változást a 6. § (1) bekezdés szerinti hatóságnak bejelenteni.

8. §

A 6. § (1) bekezdés szerinti hatóság a gyógyszert a gyógyszer-törzskönyvből törli és a forgalomba hozatali engedélyét visszavonja, ha

- a) a gyógyszer az újraértékelése során nem felel meg a gyógyszer-törzskönyvezési követelményeknek,
- b) a forgalomba hozatali engedély jogosultja kéri,
- c) a forgalomba hozatali engedély jogosultja a gyógyszer-törzskönyvi bejegyzés fenntartásáért fizetendő díjat a külön jogszabályban meghatározott határidőn belül nem fizeti meg,
- d) a forgalomba hozatali engedély jogosultja nem tesz eleget a 20. § (1)–(2) bekezdéseiben előírt tájékoztatói kötelezettségének,
- e) a forgalomba hozatali engedély jogosultja a gyógyszer e törvény 6. § (1) bekezdése szerinti közzétételétől számított 1 éven belül nem hozza forgalomba.

Az ideiglenes forgalomba hozatal

9. §

(1) Különös méltánylást érdemlő betegellátási érdekből a 6. § (1) bekezdés szerinti hatóság – a minőségileg megfelelő és relatíve ártalmatlan vizsgálati készítményt a hatásosság végleges bizonyítása előtt – a gyógyszer-törzskönyvbe ideiglenesen bejegyezheti és mint gyógyszerre –

legfeljebb 1 év időtartamra – ideiglenes forgalomba hozatali engedélyt adhat ki.

(2) Ha különös méltánylást érdemlő betegellátási érdekek az ideiglenes forgalomba hozatali engedélyben meghatározott határidőt követően is fennáll, de a törzskönyvezés feltételei továbbra sem adóttak, a 6. § (1) bekezdésében említett hatóság – kérelemre az ideiglenes forgalomba hozatali engedélyben meghatározott határidőt – legfeljebb 1 alkalommal – ismételt 1 évre meghosszabbíthatja.

(3) Az ideiglenes forgalomba hozatali engedélyben meghatározott határidő lejártát követően – az alkalmazás gyakorlati eredményei és a törzskönyvezési eljárás külön jogszabályban meghatározott feltételei esetén – a törzskönyvi bejegyzést a 6. § (1) bekezdésében meghatározott hatóság véglegesíti és kiadja a gyógyszer forgalomba hozatali engedélyét, vagy az ideiglenes törzskönyvi bejegyzést törli és az ideiglenes forgalomba hozatali engedélyben meghatározott határidő lejártát követően az engedély érvényét veszti.

A klinikai vizsgálat

10. §

(1) A klinikai vizsgálat engedélyezése, illetve folytatása során az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény emberen végzett orvostudományi kutatásokra vonatkozó rendelkezéseit (157–164. §) az e törvényben foglalt eltérésekkel kell alkalmazni.*

(2) A vizsgálati készítmény klinikai vizsgálatához a készítmény 6. § (1) bekezdése szerinti hatóságnak az Egészségügyi Tudomány Tanács szakmailag illetékes kutatásbizottsága egyetértésével kiadott engedélye is szükséges.

(3) A klinikai vizsgálatot engedélyező hatóság az engedély kiadása előtt a benyújtott dokumentáció alapján megvizsgálja, hogy a lefolytatandó klinikai vizsgálat megfelel-e a vizsgálat tárgyi és személyi feltételeit meghatározó jogszabályi követelményeknek.

(4) A vizsgálatok végzésének és ellenőrzésének szabályait, a klinikai vizsgálat iránti kérelemhez benyújtandó dokumentáció körét, valamint a kutatásbizottság illetékességét külön jogszabály állapítja meg.

(5) A klinikai vizsgálat engedélyezési eljárásának időtartama a kérelem benyújtását követő 60 nap, ezen belül az etikai jóváhagyás elkészítésének határideje legfeljebb 42 nap.

(6) A klinikai vizsgálatok megkezdését a 6. § (1) bekezdés szerinti hatóságnak be kell jelenteni.

A csomagolás és a betegájékoztató

11. §

(1) Gyógyszer – a magisztrális és a galenusi gyógyszer kivételével – kizárólag külső és/vagy közvetlen csomagolással együtt hozható forgalomba.

*Az 1997. évi CLIV-es törvény 157–164. §-ait az e törvény szövege utáni oldalakon közöljük.

(2) Az orvosi rendelvény nélkül kiadható gyógyszer kizárólag közvetlen és külső csomagolással együtt hozható forgalomba.

(3) A gyógyszer csomagolásán magyar nyelven, közérthetően fel kell tüntetni

- a) a gyógyszer nevét,
- b) a forgalomba hozatali engedély jogosultjának nevét és székhelyét,
- c) a gyógyszer törzskönyvi számát,
- d) a gyártási tétel számát,
- e) a gyártás időpontját,
- f) a hatóanyagok nevét és adagolási egységenkénti mennyiségét,
- g) az alkalmazás módját,
- h) a gyógyszer eltarthatósági idejét,
- i) a szükséges tárolási intézkedések megjelölését,
- j) a gyógyszer terápiás javallatait és ellenjavallatait,
- k) a gyógyszerre vonatkozó alkalmazási utasításokat,
- l) „A gyógyszer gyermekektől elzárva tartandó” szövegű külön figyelmeztetést,
- m) a gyógyszerrel kapcsolatos további információk elérhetőségéről szóló tájékoztatást.

(4) A (3) bekezdésben meghatározott adatokat az orvosi rendelvény nélkül kiadható gyógyszer külső csomagolásán kell feltüntetni.

(5) Az orvosi rendelvényre kiadható gyógyszer csomagolásán a (3) bekezdés j), k), m) pontjaiban meghatározott adatokat nem kötelező feltüntetni.

12. §

(1) Gyógyszer – magisztrális és galenusi gyógyszer kivételével – kizárólag betegtájékoztatóval együtt hozható forgalomba.

(2) A betegtájékoztatónak magyar nyelven, közérthetően tartalmaznia kell

- a) a gyógyszer nevét,
- b) amennyiben a gyógyszer többféle gyógyszerformában vagy erősségben is forgalmazott, a gyógyszerforma vagy erősség megjelölését,
- c) a forgalomba hozatali engedély jogosultjának nevét és székhelyét,
- d) a forgalomba hozatali engedély számát,
- e) a gyártási tétel számát,
- f) a gyártás időpontját,
- g) a hatóanyagok és egyéb összetevők teljes felsorolását közhasználatú nevük alkalmazásával és a hatóanyagok adagolási egységenkénti mennyiségét,
- h) a gyógyszerterápiás csoport vagy hatástípus megnevezését,
- i) a gyógyszer eltarthatósági idejét,
- j) a szükséges tárolási intézkedések megjelölését,
- k) a gyógyszer terápiás javallatait és ellenjavallatait,
- l) az alkalmazás során betartandó megfelelő óvintézkedéseket,
- m) más gyógyszerekkel való kölcsönhatások megjelölését, amelyek befolyásolhatják a gyógyszer hatását,
- n) azon mellékhatások leírását, amelyek a gyógyszer

rendes alkalmazása során előfordulhatnak és a fellépésük esetén foganatosítandó intézkedéseket,

o) a gyógyszerre vonatkozó alkalmazási utasításokat, ideértve az adagolás gyakoriságát és az alkalmazás módját, a kezelés időtartamát, túladagolás esetén foganatosítható intézkedéseket, az egy vagy több adag bevételének elmulasztása esetén foganatosítandó intézkedéseket, szükség esetén utalást a gyógyszer megvonásával kapcsolatos hatások veszélyére,

p) „A gyógyszer gyermekektől elzárva tartandó” szövegű külön figyelmeztetést,

r) a gyógyszer lejáratú időn túli alkalmazásának veszélyeire vonatkozó figyelmeztetést,

s) a gyógyszerrel kapcsolatos további információk elérhetőségéről szóló tájékoztatást.

Gyógyszer-nagykereskedelem

13. §

(1) Gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenységet folytatni a Népjóléti Minisztérium e tevékenység végzésére jogosító engedélye birtokában lehet.

(2) E § rendelkezéseit nem kell alkalmazni, ha a gyógyszer gyártója saját előállítású termékeit kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézet intézeti gyógyszerteráziára számára értékesíti.

(3) Az engedélyt az (1) bekezdés szerinti hatóság – az Ipari, Kereskedelmi és Idegenforgalmi Minisztérium és az Országos Gyógyszerészeti Intézet szakhatósági hozzájárulása esetén – akkor adja meg, ha a kérelmező

a) teljesíti a gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenység végzésével szemben e törvényben, illetve végrehajtási rendeleteiben meghatározott személyi és tárgyi feltételeket és

b) biztosítja a (7) bekezdésben meghatározott gyógyszerek raktározását és folyamatos forgalmazását.

(4) A gyógyszer-nagykereskedelmi engedély jogosultja – a külön jogszabályban meghatározott kivételtől eltekintve – az általa forgalmazott termékeket közvetlenül lakosság részére nem forgalmazhatja, illetve csak olyan megrendelőnek szállíthat gyógyszert, aki gyógyszerekkel kapcsolatos nagykereskedelmi, illetve egészségügyi szakellátó vagy szolgáltató tevékenység végzésére engedéllyel rendelkezik.

(5) Az engedély kiadásáról az (1) bekezdés szerinti hatóság a kérelem benyújtásától számított 90 napon belül dönt. A nagykereskedelmi engedély visszavonásáig érvényes.

(6) Az (1) bekezdés szerinti hatóság a nagykereskedelmi tevékenység végzésére jogosító engedélyt visszavonja, ha az engedély jogosultja a működése során az e törvényben, illetve a végrehajtására kiadott jogszabályokban foglalt szabályokat megszegi.

(7) A gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenység végzésének részletes szabályait, valamint a gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenység végzése során – az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott hatóanyagok alaplistája

és az Egészségügyi Tudományos Tanács javaslatai alapján – a kötelező készletben tartandó és forgalmazandó gyógyszerek körét külön jogszabály állapítja meg.

Közvetlen lakossági gyógyszerellátás

14. §

(1) Gyógyszer közvetlen lakossági felhasználásra – kiadhatóságtól függetlenül – csak gyógyszerútból szolgáltatható ki.

(2) A gyógyszerárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól külön törvény rendelkezik.

(3) Közvetlen lakossági gyógyszerellátó – intézeti gyógyszerár kivételével – gyógyszert csak érvényes nagykereskedői engedéllyel rendelkezőtől szerezhet be.

(4) A közvetlen lakossági gyógyszerellátó gondoskodik a Magyarországon forgalmazott gyógyszereknek a fogyasztó részére történő beszerzéséről, ennek keretében – amennyiben készletéből az igényelt gyógyszert a megrendelő részére azonnal kiadni nem tudja – tájékoztatni köteles a beszerzés legkorábbi időpontjáról.

(5) A közvetlen lakossági gyógyszerellátó a külön jogszabályban meghatározott szolgálati időben köteles a lakosság gyógyszerellátását biztosítani.

(6) Gyógyszer-kiskereskedelmi tevékenység csak az e tevékenység végzésére jogosító hatósági engedély birtokában folytatható.

Intézeti gyógyszerellátás

15. §

(1) A fekvőbeteg-ellátó intézmény a gyógyszerellátással kapcsolatos feladatait intézeti gyógyszerár működtetésével, illetve a gyógyszereknek a gyógyító osztályokon, járóbeteg-szakrendeléseken (ambulanciákon) történő tárolásával a beteg részére való kiadásával látja el.

(2) A beteg részére intézeti tartózkodása alatt a kezelése során csak intézeti gyógyszerár által bevételezett és onnan az osztályokra, részlegekre kiadott gyógyszerek – ideértve a kórházi, klinikai vizsgálatok céljából érkezett készítményeket – alkalmazhatók.

A gyógyszerek és a gyógyszerellátás hatósági ellenőrzése

16. §

(1) A gyógyszer, illetve a gyógyszer gyártási tételére vonatkozó – feltételezett – minőségi hibát a forgalomba hozatali engedély jogosultja, valamint a gyógyszerek nagykereskedelmében és a közvetlen lakossági gyógyszerellátásban résztvevő gyógyszerész a tudomásra jutást követően haladéktalanul köteles a 6. § (1) bekezdése szerinti hatóságnak bejelenteni.

(2) A feltételezett minőségi hiba bejelentője a bejelentéssel egyidejűleg köteles a minőségellenőrző vizsgálathoz szükséges – a külön jogszabályban meghatározott

mennyiségű – gyógyszert az ellenőrzést végző 6. § (1) bekezdés szerinti hatóságnak megküldeni.

(3) A 6. § (1) bekezdés szerinti hatóság az (1) bekezdésben említett bejelentést megvizsgálja és megteszi a szükséges intézkedéseket és a vizsgálat eredményéről és a megtett intézkedésekről tájékoztatja a bejelentőt és a forgalomba hozatali engedély jogosultját.

(4) Amennyiben a 6. § (1) bekezdés szerinti hatóság megállapítja, hogy a gyógyszer, illetve a gyógyszer gyártási tétele nem felel meg a forgalomba hozatali engedélyben rögzített követelményeknek, a gyógyszert, illetve a gyógyszer gyártási tételt a forgalomból kivonja és erről az egészségügyi ellátó hálózatban résztvevőket közzhírré tétel (közszemlére tétel) útján haladéktalanul értesíti. A forgalomból való kivonás rendjét külön jogszabály állapítja meg.

(5) A gyógyszer forgalomból való kivonásának költségei – ideértve az (1)–(3) bekezdés eseteit is – a forgalomba hozatali engedély jogosultját terhelik.

17. §

(1) A forgalomba hozatali engedély jogosultja, valamint a gyógyszert alkalmazó orvos köteles az általa észlelt vagy tudomására jutott

- a) a gyógyszer alkalmazási előiratában nem szereplő,
- b) súlyos és nemkívánatos, illetve
- c) a gyógyszer további alkalmazását megakadályozó mellékhatásokat a 6. § (1) bekezdése szerinti hatóságnak bejelenteni.

(2) A 6. § (1) bekezdésében meghatározott hatóság a bejelentéseket elbírálja, értékeli és megteszi a szükséges intézkedéseket. A bejelentésről, illetve az azt követő intézkedésekről a hatóság a bejelentőt, a forgalomba hozatali engedély jogosultját, valamint a bejelentés eredményéről, illetve a szükséges intézkedésekről az egészségügyi ellátó hálózatban résztvevőket közzhírré tétel (közszemlére tétel) útján értesíti.

18. §

(1) A gyógyszerek biztonságos alkalmazhatóságát vizsgáló laboratóriumokat a külön jogszabályban meghatározott hatóság a jogszabályban megállapított szakmai szabályok betartása szempontjából rendszeresen ellenőrzi.

(2) A klinikai vizsgálatokat végző egészségügyi intézeteket a külön jogszabályban meghatározott hatóság a jogszabályban megállapított szakmai szabályok betartása szempontjából rendszeresen ellenőrzi.

Kábítószerként és pszichotrop anyagként minősített gyógyszerekre vonatkozó külön rendelkezések

19. §

(1) A kábítószernek, illetve pszichotrop anyagnak minősülő gyógyszer gyártásához, forgalomba hozatalához és e gyógyszerekkel folytatott nagykereskedelmi tevékenységhez a népjóléti miniszter külön engedélye is szükséges.

(2) A kábítószerként, illetve pszichotrop anyagként minősített gyógyszer gyártására, raktározására vonatkozó, illetve az e termékekkel történő nagykereskedelem szakmai szabályait, továbbá az e tevékenység végzésére jogosultak nyilvántartási és adatszolgáltatási kötelezettségét külön jogszabály állapítja meg.

(3) Kábítószerként, illetve pszichotrop anyagként minősített gyógyszer Magyarország területére történő behozatalához, kiviteléhez, valamint az ország területén történő átviteléhez az (1) bekezdés szerinti hatóság engedélyre is szükséges.

(4) Kábítószerként, illetve pszichotrop anyagként minősített gyógyszer orvosi rendelésének, gyógyszerári forgalmazásának – ideértve a gyógyszerári tárolás, nyilvántartás, valamint a gyógyszerárból történő kiadást is – szabályait, továbbá gyógyszerintézeti felhasználásának és nyilvántartásának rendjét külön jogszabály állapítja meg.

(5) A nemzetközi egyezmények értelmében kábítószerek, illetve pszichotrop anyagnak minősülő gyógyszerek tudományos célra történő beszerzését és felhasználását az (1) bekezdés szerinti hatóság engedélyezi.

(6) Az (5) bekezdésben meghatározott felhasználás és beszerzés körét és nyilvántartási szabályait külön jogszabály állapítja meg.

A gyógyszergyártók, illetve a gyógyszerellátásban résztvevők ellátásra vonatkozó felelőssége

20. §

(1) Ha a forgalomba hozatali engedély jogosultja a gyógyszert Magyarországon nem kívánja forgalmazni, ezt a tényt a gyártás várható megszüntetését megelőző legálább 3 hónappal – legkésőbb azonban az utolsó gyártási tétel gyógyszer-nagykereskedőnek történő átadásakor – a 6. § (1) bekezdés szerinti hatósággal, valamint a vele szerződéses jogviszonyban álló gyógyszer-nagykereskedőkkel tudatni köteles.

(2) Ha forgalomba hozatali engedély jogosultja a gyógyszert Magyarországon átmenetileg nem tudja forgalmazni, a forgalomba hozatali engedély jogosultja ezt a tényt a 6. § (1) bekezdés szerinti hatósággal, valamint a vele szerződéses jogviszonyban álló gyógyszer-nagykereskedőkkel haladéktalanul tudatni köteles.

(3) A gyógyszer-nagykereskedelmi engedély jogosultja köteles azon gyógyszereket beszerezni és forgalmazni, amelyek forgalmazására nagykereskedelmi tevékenységi engedélyt kapott.

(4) A gyógyszer-tár működtetőjének ellátási felelősségéről a gyógyszer-tárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló külön jogszabály rendelkezik.

Felelősség a vizsgálati készítmény, illetve a gyógyszer alkalmazásával összefüggésben keletkezett károkért

21. §

(1) Ha a vizsgálati készítmény klinikai vizsgálata során, illetve annak következményeként bármely természe-

tes személy egészségkárosodást szenved, a kárt szenvedett személyt, illetve halála esetén a hozzátartozóját [a Polgári Törvénykönyv (a továbbiakban: Ptk.) 685. § b) pont],

a) a klinikai vizsgálatot engedélyező hatóság által jóváhagyott vizsgálati terv szerint végzett vizsgálat esetén a vizsgálat kezdeményezője,

b) amennyiben a halál, megrokkánás vagy súlyos egészségkárosodás a vizsgálatot kezdeményező által ismert, de a klinikai vizsgálatot engedélyező hatóságnak be nem nyújtott adat eltitkolásának következménye, a vizsgálat kezdeményezője,

c) a klinikai vizsgálatot engedélyező hatóság által jóváhagyott vizsgálati tervtől való eltérés esetén – ha az egészségkárosodás ennek következményeként következik be – a klinikai vizsgálatot végző intézmény,

d) amennyiben a halál, megrokkánás vagy súlyos egészségkárosodás a klinikai vizsgálatot engedélyező hatóság előírásának következménye, az engedélyező hatóság,

e) amennyiben az a)–d) pontok szerinti esetek egyike sem bizonyítható, az állam kártalanítja.

(2) Ha a gyógyszer minőségi vizsgálata során megállapítható hogy a gyógyszer megfelel a forgalomba hozatali engedélyben rögzített követelményeknek – magisztrális és galenusi gyógyszer esetében a Gyógyszerkönyvben, illetve a Vény minta Gyűjteményben rögzítetteknek – és ennek ellenére a gyógyszer előírászerű alkalmazása bármely természetes személy halálához, megrokkánásához vagy súlyos egészségkárosodáshoz vezet, az állam őt, illetve hozzátartozóját (Ptk. 685. § b) pontja) kártalanítja.

(3) Azt a tényt, hogy a gyógyszer minősége megfelel a forgalomba hozatali engedélyben rögzített követelményeknek, a kártalanításra kötelezettnek kell bizonyítania.

(4) Az engedéllyel forgalomba hozott gyógyszer használata során bekövetkezett kárért való felelősség kérdésében egyebekben a termékfelelősségről szóló 1993. évi X. törvény rendelkezéseit kell alkalmazni.

(5) A kártalanítás, illetve a kártérítés (1)–(4) bekezdésben nem szabályozott kérdéseiben a Ptk. általános kártérítési szabályait kell alkalmazni.

A gyógyszerfelhasználással kapcsolatos betegjogok

22. §

(1) A gyógyszerekkel kapcsolatos betegjogok vonatkozásában az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény betegjogokra vonatkozó rendelkezéseit (28–34. §) a (2) bekezdésben foglalt kiegészítésekkel kell alkalmazni.*

(2) Az orvosi rendelés nélkül a fogyasztó igénye alapján beszerezhető gyógyszer kiadása során (a továbbiak-

*Az 1997. évi CLIV. törvény 28–34. §-ait az e törvény szövege utáni oldalakon közöljük.

ban: öngyógyszerezés) a gyógyszerész a fogyasztóval szemben fennálló felelősségének teljes tudatában köteles gondos tájékoztatás adni

- a) a gyógyszer terápiás- és esetleges mellékhatásairól;
- b) több gyógyszer együttes szedése esetén a gyógyszerek kölcsönhatásáról;
- c) az orvosi kezelés, illetve közreműködés szükségeségéről, ha megítélése szerint a felhasználó (beteg) egészségi állapota ezt indokolja;
- d) a gyógyszer helyettesíthetőségéről, áráról és térítési díjáról.

Vegyes rendelkezések

23. §

(1) A gyógyszergyártó, a gyógyszer-nagykereskedő illetve a gyógyszertár működtetője köteles a forgalomba már nem hozható (nem megfelelő minőségű, lejárt) gyógyszer környezetvédelmi jogszabályokban foglaltaknak megfelelő megsemmisítéséről gondoskodni. A kábítószerként vagy pszichotrop anyagként minősített gyógyszerek megsemmisítésére csak a külön jogszabályok betartása mellett kerülhet sor.

(2) A gyógyszerek megsemmisítésének módját és a követendő eljárás rendjét, a kábítószernek, illetve a pszichotrop anyagnak minősülő gyógyszerek esetén alkalmazandó fokozott biztonsági rendszabályokat, valamint a környezetvédelmi előírások betartásának ellenőrzését a népjóléti és a környezetvédelmi és területfejlesztési miniszter együttesen szabályozza.

(3) A Magyarországról külföldre küldött és hazánkba érkező gyógyszeradományok kizárólag a 6. § (1) bekezdés szerinti hatóság engedélyével kerülhetnek kivitelre, illetve hazai alkalmazásra.

Záró rendelkezések

24. §

(1) Felhatalmazást kap a kormány, hogy

- a) az emberi alkalmazásra szolgáló gyógyászati termékekre vonatkozó „Helyes Gyógyszergyártási Gyakorlat”-ról szóló, a Bizottság 91/356/EGK irányelvének figyelembevételével az 5. §-ban meghatározott gyógyszergyártás személyi és tárgyi feltételeit, a hatósági jogkör jogosultját, valamint az engedélyezés feltételeit;
 - b) a kábítószerként, illetve pszichotrop anyagként minősített gyógyszer gyártására, az e termékekkel folytatott nagykereskedelmi tevékenységre vonatkozó részletes szabályokat, az engedélyezés feltételeit és a hatósági jogkör gyakorlóit;
 - c) nemzetközi egyezmények értelmében kábítószernek vagy pszichotrop anyagnak minősülő gyógyszerek tudományos célra történő felhasználásának, illetve beszerzésének körét
rendeletben szabályozza.
- (2) Felhatalmazást kap a népjóléti miniszter, hogy
- a) a gyógyszer-törzskönyvre vonatkozó, illetve a

gyógyszertörzskönyvezéssel kapcsolatos eljárás részletes szabályait, az engedélyezés feltételeit, továbbá a forgalomból való kivonás rendjét;

- b) az e törvény hatálya alá tartozó gyógyszerek különböző típusait;
- c) az emberi alkalmazása szolgáló gyógyászati termékekre vonatkozó „Helyes Laboratóriumi Gyakorlat”-ról szóló, a Tanács 88/18/EGK irányelvének figyelembevételével a gyógyszerek biztonságos alkalmazhatóságát vizsgáló laboratóriumok működésére és felügyeletére vonatkozó részletes szabályokat;

d) a klinikai vizsgálatok szakmai feltételeit, a Helyes Klinikai Gyakorlatról szóló, a Tanács 75/318/EGK irányelvének figyelembevételével, a klinikai vizsgálatok engedélyezéséhez szükséges dokumentációt, a kutatás-és-fejlesztési bizottság illetékességét, valamint a klinikai vizsgálatok végzésének és ezek ellenőrzésének szakmai feltételeit;

e) a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyag vagy termék gyógyszerre történő átminősítésének feltételeit;

f) az emberi alkalmazásra szolgáló gyógyászati termékek nagykereskedelmi elosztásáról szóló, a Tanács 92/25/EGK irányelvének figyelembevételével a gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenység végzésének részletes szabályait, valamint a 13. § (7) bekezdésében meghatározott gyógyszerek körét;

g) az orvosi gyógyszerrendelés szabályait;

h) az intézeti gyógyszerellátás szabályait;

i) az 5. § (2) bekezdésében, 13. § (3) bekezdésének a) pontjában meghatározott személyek szakképesítési követelményeit;

j) a kábítószernek, illetve pszichotrop anyagnak minősülő gyógyszerek orvosi rendelésének, gyógyszer-tári forgalmazásának – ideértve a gyógyszer-gyári tárolás, nyilvántartás valamint a gyógyszer-gyárból történő kiadást is – szabályait, továbbá gyógyintézeti felhasználásának és nyilvántartásának rendjét;

k) az emberi felhasználásra kerülő tápszerek forgalmazásának és kiadásának szabályait, továbbá az emberi szervezetbe nem kerülő, illetve emberi szervezettel nem érintkező diagnosztikumok körét

rendeletben szabályozza.

(3) Felhatalmazást kap a népjóléti és a környezetvédelmi és területfejlesztési miniszter, hogy a gyógyszerek megsemmisítésének módját és a követendő eljárás rendjét, a kábítószernek, illetve pszichotrop anyagnak minősülő gyógyszerek esetén alkalmazandó fokozott biztonsági rendszabályokat, valamint a környezetvédelmi előírások betartásának ellenőrzését együttes rendeletben szabályozza.

25. §

(1) E törvény 1999. január 1-jén lép hatályba. Hatálybalépésével egyidejűleg a termékfelelősségről szóló 1993. évi X. törvény 14. § (2) bekezdés a) pontja és az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény 55–58 §-ai hatályukat veszítik.

(2) A 7. § (5) bekezdés rendelkezéseit e törvény ha-

tályba lépése után benyújtott kérelmek esetén kell alkalmazni.

(3) A törvény 13. § (3) bekezdés *b)* pontjának rendelkezéseit a törvény hatálybalépésétől számított hatodik hónap első napjától kell alkalmazni.

(4) A törvény hatálybalépésekor már forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező gyógyszerek tekintetében a 11. és a 12. § rendelkezéseit 2003. január 1-jétől kell alkalmazni.

(5) A gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagok és készítmények nyilvántartásáról és forgalomba hozataláról szóló 10/1987 (VIII. 19.) EüM rendelet alapján gyógyszernek nem minősülő anyagként vagy készítményként nyilvántartásba vett termékek gyártói, illetve forgalmazói e törvény hatályba lépését követő 5 éven belül kérhetik készítményeik gyógyszerre vagy más terméké váló átminősítését.

(6) A (5) bekezdés alatti termékek gyógyszerre történő átminősítésének feltételeit külön jogszabály állapítja meg.

(7) A (5) bekezdés alatti termékek, – amennyiben azokat nem minősítették át gyógyszerre – e törvény hatálybalépését követő hatodik év 1. napjától gyógyhatásra való hivatkozással nem hozhatók forgalomba.

(8) A jelen törvény a Magyar Köztársaság és az Európai Közösségek és azok tagállamai közötti társulás létesítéséről szóló, Brüsszelben, 1991. december 16-án aláírt Európai Megállapodás tárgy körében a Megállapodást kihirdető 1994. évi I. törvény 3. §-ával összhangban az Európai Közösségeknek az alább felsorolt irányelveivel és útmutatóival összeegyeztethető szabályozást tartalmaz:

a) a Tanács 88/18/EGK irányelve – Az emberi alkalmazásra szolgáló gyógyászati termékekre vonatkozó „Helyes Laboratóriumi Gyakorlat” (GLP) elveinek és útmutatóinak meghatározásáról;

b) a Bizottság 91/356/EGK irányelve – Az emberi alkalmazásra szolgáló gyógyászati termékekre vonatkozó „Helyes Gyógyszergyártási Gyakorlat” (GMP) elveinek és útmutatóinak meghatározásáról.

c) a Tanács 92/25/EGK irányelve Az emberi alkalmazásra szolgáló gyógyászati termékek nagykereskedelmi elosztásáról;

d) a Tanács 75/318/EGK irányelve – A védjegyzett gyógyászati termékek analitikai, gyógyszerészeti és klinikai vizsgálatának szabványaival és követelményrendszerével kapcsolatos jogszabályainak közelítéséről;

e) a Tanács 65/65/EGK irányelve – A védjegyzett gyógyászati termékekkel kapcsolatos törvényileg, rendeletileg vagy igazgatási intézkedésekben meghatározott rendelkezések közelítéséről;

f) a Tanács 92/26/EGK irányelve – Az emberi alkalmazásra szolgáló gyógyászati termékek osztályozásáról;

g) a Tanács 92/27/EGK irányelve – Az emberi alkalmazásra szolgáló gyógyászati termékek feliratozásáról és a csomagoláson elhelyezett tudnivalókról;

h) a Tanács 75/319/EGK irányelve – A védjegyzett gyógyászati termékekkel kapcsolatos törvényileg, rendeletileg vagy igazgatási intézkedésekben meghatározott rendelkezések közelítéséről.

The Law on Drugs for human consumption

Szemelvények az egészségügyről szóló 1997. CLIV. törvényből

I. Fejezet

A törvény célja, alapelvei és hatálya (...)

3. Cím

Fogalom-meghatározások

3. §

E törvény alkalmazásában

a) beteg: az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő vagy abban részesülő személy; (...)

c) egészségügyi ellátás: a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége;

d) egészségügyi dolgozó: az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá a beteg ellátását végző vagy az abban közreműködő egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy;

e) egészségügyi szolgáltatás: minden olyan tevékeny-

ség, amelynek célja az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, gyógyfürdőellátások kiszolgáltatását, a mentést és betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddővétételt, valamint az emberen végzett orvostudományi kutatásokat is;

f) egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást a saját nevében nyújtja;

g) egészségügyi intézmény: a jogi személyiséggel ren-

delkező, valamint a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó jogi személyiséggel nem rendelkező egészségügyi szolgáltató; (...)

II. Fejezet

A betegek jogai és kötelezettségei (...)

3. Cím

A betegek jogainak érvényesítése

28. §

Az egészségügyi szolgáltató köteles a beteget – egészségi állapotától függően – a felvételkor, illetőleg az ellátás előtt tájékoztatni a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségeiről, illetve az intézmény házirendjéről.

E rendelkezés megfelelően alkalmazandó az önrendelkezési jog gyakorlására jogosult egyéb személy vonatkozásában is.

A beteg panaszainak kivizsgálása

29. §

(1) A beteg jogosult az egészségügyi ellátással kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatónál, illetve fenntartójánál panaszt tenni.

(2) Az egészségügyi szolgáltató, illetve a fenntartó köteles a panaszt kivizsgálni, és ennek eredményéről a beteget 10 munkanapon belül írásban tájékoztatni. A panaszjog gyakorlása nem érinti a betegnek azon jogát, hogy a külön jogszabályokban meghatározottak szerint – a panasz kivizsgálása érdekében – más szervekhez forduljon. Erre a körülményre a szolgáltató köteles a beteg figyelmét felhívni.

(3) A panasz kivizsgálásának részletes szabályait az egészségügyi szolgáltató belső szabályzatban rögzíti.

(4) A panaszokat nyilván kell tartani és a panasszal illetve annak kivizsgálásával összefüggő iratokat 5 évig meg kell őrizni.

A betegjogi képviselő

30. §

(1) A betegjogi képviselő a (2)–(5) bekezdésekben foglaltaknak megfelelően ellátja a betegek e törvényben meghatározott jogainak védelmét, és segíti őket e jogaik megismerésében és érvényesítésében.

(2) A betegjogi képviselő tevékenysége különösen az alábbiakat foglalja magában:

a) segíti a beteget az egészségügyi dokumentációhoz való hozzájutásban, azzal kapcsolatos megjegyzések, kérdések feltételében,

b) segít a betegnek panaszja megfogalmazásában, kezdeményezheti annak kivizsgálását,

c) a beteg írásbeli meghatalmazása alapján panaszt tehet az egészségügyi intézmény vezetőjénél, fenntartójánál, illetve – a beteg gyógykezelésével összefüggő ügyek-

ben – eljár az arra illetékes hatóságnál, és ennek során képviseli a beteget,

d) rendszeresen tájékoztatja az egészségügyi dolgozókat a betegjogokra vonatkozó szabályokról, azok változásáról, illetve a betegjogok érvényesüléséről az egészségügyi intézményben.

(3) A betegjogi képviselő egyedi ügyekben kizárólag a betegtől kapott meghatalmazás keretei között járhat el.

(4) A betegjogi képviselő a tevékenysége során az egészségügyi szolgáltató működésével kapcsolatban észlelt jogsértő gyakorlatra és egyéb hiányosságokra köteles felhívni a szolgáltató vezetőjének, illetve fenntartójának a figyelmét, és azok megszüntetésére javaslatot tesz. A felhívás eredménytelensége esetén a betegjogi képviselő jogosult az illetékes szervhez, illetve személyhez fordulni.

(5) A betegjogi képviselő kiemelten kezeli az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, egészségi állapotuk, illetve társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők betegjogi védelmét.

31. §

(1) A betegjogi képviselő – az ellátás zavartalanágát nem veszélyeztetve – illetékességi körében jogosult:

a) az egészségügyi szolgáltató működési területére belépni,

b) a vonatkozó iratokba betekinteni,

c) az egészségügyben dolgozókhöz kérdést intézni.

(2) A betegjogi képviselő köteles a betegre vonatkozó orvosi titkot megtartani, és a beteg személyes adatait a vonatkozó jogszabályok szerint kezelni.

32. §

(1) A betegjogi képviselő az ÁNTSZ megyei (fővárosi) intézetének szervezeti keretei között működik.

(2) A betegjogi képviselő nem állhat azzal az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban, amely az általa képviselendő betegek részére egészségügyi szolgáltatást nyújt.

33. §

(1) Az egészségügyi szolgáltató biztosítja, hogy a betegek és hozzátartozóik a betegjogok képviseletét ellátó személy(ek) kilétét és elérésük módját megismerhessék.

(2) Az egészségügyi szolgáltató vezetője 10 munkanapon belül, a fenntartó 30 munkanapon belül – ha a fenntartó önkormányzati képviselő-testület vagy közgyűlés, a soron következő testületi ülésen – érdemben megvizsgálja a betegjogi képviselő észrevételeit és azzal kapcsolatos állásfoglalásáról őt tájékoztatja.

A közvetítői tanács

34. §

(1) A beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli megoldására a felek együtte-

sen kezdeményezhetik a jogvita közvetítői eljárás keretében történő rendezését.

(2) A közvetítői tanács összetételét, a közvetítői eljárás rendjét külön törvény szabályozza. (...)

VIII. fejezet

Az emberen végzett orvostudományi kutatások

157. §

Az emberen végzett orvostudományi kutatás (a továbbiakban: kutatás) célja a betegségek kórismezésének, gyógykezelésének, megelőzésének és rehabilitációjának javítása, okainak és eredetének jobb megismerése, beleértve olyan beavatkozásokat és megfigyelési módokat is, amelyek eltérnek a megszokott egészségügyi ellátás során alkalmazottaktól, illetőleg, amelynek során még nem teljesen ismert és kivizsgált hatású tényezőket (hatóanyagok, anyagok, eszközök, eljárások, módszerek, körülmények, feltételek) alkalmaznak.

158. §

(1) A kutatás – gyógyszerek klinikai vizsgálata tekintetében a külön törvényben foglalt eltérésekkel – az e törvényben meghatározott keretek között végezhető.

(2) A kutatás szakmai feltételeit és részletes szabályait a népjóléti miniszter – az ETT véleményének figyelembevételével – rendeletben állapítja meg.

159. §

(1) Kutatás cselekvőképes személyen kizárólag diagnosztikus, terápiás, megelőzési és rehabilitációs eljárások tökéletesítése, új eljárások kidolgozása, valamint a betegségek kóroktanának és patogenezisének jobb megértése céljából, a kutatás jellegének, kockázatainak megfelelő szakmai feltételekkel rendelkező egészségügyi szolgáltatónál a következő feltételek együttes fennállása esetén végezhető:

a) a kutatási tervet engedélyezték,

b) a kutatást megelőző vizsgálatok igazolják az alkalmazott tényezők hatásosságát és biztonságosságát,

c) nem létezik más, az emberen végzett kutatáshoz hasonló hatékonyságú eljárás,

d) a kutatás során a személyt fenyegető kockázatok arányosak a kutatástól várható haszonnal, illetve a kutatás céljának jelentőségével,

e) a kutatás alanya – a (3) bekezdés szerinti tájékoztatást követően – írásos beleegyezését adta a kutatáshoz.

(2) Kutatás nem végezhető, ha az aránytalanul nagy kockázatot jelent a kutatás alanyának életére vagy testi, lelki épségére.

(3) A kutatás alanyát a kutatásba való beleegyezését megelőzően szóban és írásban tájékoztatni kell

a) a kutatásban való részvételének önkéntességéről, valamint arról, hogy a beleegyezés bármikor, indoklás és hátrányos következmények nélkül visszavonható;

b) a tervezett vizsgálat, vagy beavatkozás kísérleti jellegéről, céljáról, várható időtartamáról;

c) a kutatás során elvégzendő vizsgálatok, illetve egyéb beavatkozások jellegéről, tartalmáról és esetleges kockázatairól, következményeiről, valamint a kutatással járó kellemetlenségekről;

d) a kutatás alanya vagy mások számára várható előnyökről;

e) a kutatásban való részvétel helyett alkalmazható esetleges egyéb vizsgálatokról, beavatkozásokról;

f) a kutatásban való részvétel kockázatának körébe tartozó egészségkárosodás jellegéről és gyógykezeléséről, valamint a kártalanításról, illetve kártérítésről;

g) a kutatásért felelős személy(ek) nevérol.

(4) Kutatás cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes személyen kizárólag a következő feltételek együttes fennállása esetén végezhető:

a) az (1) bekezdés a)–d) pontjaiban foglalt feltételek teljesülnek;

b) a kutatástól várt eredmény közvetlenül szolgálhatja a kutatás alanyának egészségét;

c) a kutatás nem folytatható hasonló hatékonysággal cselekvőképes személyen;

d) a 16. § (1)–(2) bekezdés szerinti személy – a 16. § (5) bekezdésében foglaltakra is figyelemmel – a beleegyezését adta.

(5) A (4) bekezdés b) pontjában foglalt feltételtől kivételesen a következő feltételek együttes fennállása esetén el lehet tekinteni:

a) a kutatás célja az, hogy a kutatás alanyának állapotához, betegségéhez kapcsolódó tudományos ismeretek gyarapításával belátható időn belül hozzájáruljon olyan eredmények eléréséhez, amelyek hasznosak a kutatás alanyának vagy más hasonló korú és azonos betegségben szenvedő, illetőleg hasonló jellegzetességeket mutató és hasonló egészségi állapotú személy számára;

b) a kutatás a kutatás alanyára nézve a minimálist jelentősen meg nem haladó kockázattal és enyhe igénybevételel jár;

c) a kutatásra az ETT véleményének figyelembevételével a népjóléti miniszter engedélyt ad.

(6) A kutatási tervet az egészségügyi intézmény vezetője, egyéb egészségügyi szolgáltató esetében a területileg illetékes fővárosi, megyei fekvőbeteg-gyógyintézet vezetője – a népjóléti miniszter rendeletében meghatározott – erre a célra létrehozott független, orvos, jogász, teológus, etikus és pszichológus szakemberekből álló bizottság által készített szakmai-etikai vélemény birtokában, az abban foglalt feltételeknek megfelelően engedélyezi. A bizottság elutasító véleménye esetén az egészségügyi intézmény vezetője az ETT-hez fordulhat a vélemény felülvizsgálata érdekében.

160. §

Sürgős szükség esetén, ha a kutatás alanyának, vagy a 16. § (1)–(2) bekezdések szerinti személynek a beleegyezése nem szerezhető meg, kizárólag a sürgős szükségben nyújtott ellátásra vonatkozó, a kutatás alanyának egészsé-

gét várhatóan közvetlenül szolgáló és előzetesen engedélyezett kutatási terven alapuló kutatás végezhető.

161. §

(1) Állapotos vagy szoptató nő kizárólag akkor lehet kutatás alanya, ha az saját vagy gyermeke, illetőleg a hasonló életszakaszban lévő nők és gyermekek egészségét közvetlenül szolgálja, és nem áll rendelkezésre olyan eljárás, amelynek révén nem állapotos vagy szoptató nőn is hasonlóan eredményes kutatás folytatható.

(2) Nem végezhető kutatás olyan személyek vagy csoportjaik kutatási alanyként történő részvételével, akik szolgálati, anyagi vagy erkölcsi függőségük következtében nincsenek abban a helyzetben, hogy szabadon adják beleegyezésüket a kutatáshoz.

(3) Fogvatartott és katonai szolgálatot töltő személyen kutatás beleegyezésével sem végezhető. Az e törvény alapján szabadságában korlátozott, de cselekvőképes személy csak akkor lehet kutatás alanya, ha az saját, közeli hozzátartozója vagy a hasonló helyzetű személyek egészségét közvetlenül és jelentős mértékben szolgálja, és hasonló kutatási eredmények szabadságukban e törvény alapján nem korlátozott személyek bevonásától nem várható.

(4) Az (1)–(3) bekezdés szerinti kutatás esetén annak elvégzésére – az ETT véleményének figyelembevételével – a népjóléti miniszter ad engedélyt.

162. §

Az emberi génállomány megváltoztatására irányuló vagy azt eredményező kutatás, beavatkozás kizárólag megelőzési, kórismézési vagy gyógykezelési indokból és – a 182. § (1)–(2) bekezdéseiben foglalt kivételekkel – csak akkor végezhető, ha a kutatásnak, beavatkozásnak nem a leszármazottak genetikai állományának megváltoztatása, illetve új egyed létrehozása a célja.

163. §

A kutatás során az alany érdeke mindig megelőzi a tudomány és a társadalom érdekeit, ezért a kutatás alanyát érintő kockázatot a lehető legkisebb mértékűre kell korlátozni.

164. §

(1) Amennyiben a szakmai szabályoknak, valamint a kutatási tervnek megfelelően végzett kutatás során a kutatás alanya kárt szenved vagy meghal, őt, illetve az általa eltartott hozzátartozóját az állam kártalanítja.

(2) A kutatást végző intézménynek a kártérítés fedezetére a kutatási tevékenység megkezdését megelőzően a kutatásokra vonatkozó, a kockázatoknak megfelelő felelősségbiztosítási szerződést kell kötnie.

Selected passages from the Law on Public Health CLIV, 1997.

Gyógyszertároló hűvösraktárak

kialakítása, gépészeti felszerelése hűtőberendezésekkel.

+ 15 °C hőmérsékletre a meglévő épület helyiségeibe, +5 °C-tól + 15 °C-ig a helyszínen méretre szabott szigetelő panelekből a meglévő épület helyiségeibe telepített kamrákkal, vagy önholdó szerkezetként a szabadba telepített kamrákkal.

Egyedi megrendelés alapján gyártunk **technológiai** hűtő-, klíma-, szárító- és hőkezelő **szekrényeket:** –20 °C-tól + 200 °C-ig; **kamrákat:** –20 °C-tól + 40 °C-ig

Mechanikus, digitális és számítógépes vezérlések adatrögzítéssel.

Gyógyszeripari és kutatóintézeti referenciák

Várjuk Önöket is!

FITOKLIMA – TECHNO Kft.

2030 Érd, III. Bíró u. 43 ● tel./fax: 06-23-368-747

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 145–152. 1998.

Vérkészítmények alkalmazása, korszerű transzfúziós terápia

II. rész*

Dr. Láng Csaba

A szerző ismerteti a transzfúziós terápia során leggyakrabban használt vérkészítményeket, utalva alkalmazási területükre. Részletezi a vérátömlesztés lehetőségeit. Bemutatja a vértranszfúzió kockázati tényezőit, leggyakoribb szövődményeit.

Vércsoportszerológia

A vércsoportszerológia az immunológia speciális ága, mely a vörösvérsejtek felületi antigénjeivel, az ezek ellen termelődő, ezekkel reagáló antitestekkel, ill. az *in vitro* antigén-antitest reakciókkal foglalkozik.

Az emberi sejt a filogenezis során kialakult működési, szerkezeti egység, melyet a külső környezettől folyékony, dinamikus határréteg, a sejtmembrán választ el. Ez a határréteg egyrészt védi a sejteket a külső behatásokkal, káros anyagokkal, ártalmas ingerekkel szemben, másrészt elősegíti a hasznos anyagok bejutását a sejtbe. A sejtnek azonban fel kell ismernie, hogy mi hasznos és mi ártalmas. Minden sejt rendelkezik olyan felületi struktúrákkal, melyek segítségével el tudja különíteni az idegent a sajáttól, a hasznosat az ártalmastól. Ezek a struktúrák funkciójuk alapján *antigének, receptorok, adhéziós molekulák stb.* lehetnek.

A vércsoportszerológia elsődleges célja a donorok és recipiensek vércsoportjainak (antigénjeinek) meghatározása, és annak vizsgálata, hogy egy adott beteg számára melyik donor vére a legmegfelelőbb (kompatibilitási vizsgálat). Kompatibilis a donorvér, ha túlélése normális a recipiens szervezetében. Szerológiaiilag akkor kompatibilis a donorvér, ha a recipiens savója nem tartalmaz antitestet a donor-vörösvérsejtek egy antigénjével szemben sem.

A *vércsoport antigén* a vörösvérsejt-membrán olyan molekulacsoportja, mely specifikus antitest termelést képes kiváltani. A vércsoport antigének örökletes tulajdonságok. Egy egyén vércsoport antigénjeinek összessége az egyénre jellemző, specifikus (olyan mint az ujjlenyomat). Több száz vörösvérsejt antigén ismert, de klinikai jelentősége kb. 20-nak van.

Az emberi vércsoport-tulajdonságok közül egyesek szoros összefüggésben állnak egymással, vércsoportrendszereket alkotnak. Ma 18 vércsoportrendszert ismerünk. Ezek közül nyolcnak van nagyobb klinikai jelentősége.

A *vércsoport-antitestek* immunglobulinok; jellemző rájuk, hogy a vércsoport antigénekhez specifikusan kö-

tődnek. Eredetük szerint immun-, vagy természetes ellenanyagokról beszélhetünk. Immunantitestek csak akkor jelennek meg a keringésben, ha a termelését kiváltó antigénnel szemben immunizálódtak (pl. terhesség vagy transzfúzió alkalmával). A természetes ellenanyagok viszont jelen vannak akkor is, ha a kiváltó antigén nem kerülhetett a véráramba.

Ennek ismeretében válik érthetővé a már *Landsteiner* által az *ABO* vércsoportrendszerre felállított szabály: „Minden egészséges felnőtt egyén savója az anti-A és anti-B antitestek közül – normális körülmények között – sohasem tartalmazhatja azt az antitestet, amely a saját vörösvérsejtjein levő antigénnel reagál, de minden esetben tartalmaznia kell azt, amelyiknek antigénje a saját vörösvérsejtjein nem található”.

A *vércsoport-szerológia* alapja az *in vitro* antigén-ellenanyag reakció specifikus volta, vagyis, hogy a vércsoport-antigének csak a nekik megfelelő (homológ) antitestekkel reagálnak. Ennek megfelelően ismert vércsoport-antitesttel az ismeretlen vércsoport-antigén, ismert vércsoport-antigénnel az ismeretlen vércsoport-antitest határozható meg. Az antigén-ellenanyag kötődés könnyen észlelhető *in vitro* formáit használjuk fel a vércsoportok ill. a kompatibilitás vizsgálatára. Ezek lehetnek: agglutináció, lízis, precipitáció.

Legegyszerűbb és leggyakrabban használt módszer a hemagglutinációs eljárás. A reakció pozitívását jelzi ebben az esetben a szuszpenzióból a vörösvérsejtek szemmel látható kicsapódása, agglutinálódása.

A két legfontosabb vércsoportrendszer az *ABO* ill. az *Rh*, amelyeket direkt agglutinációval vizsgálhatunk. Csak ezekre kivizsgált vért szabad transzfundálni. Ez azonban nem elég, gondolnunk kell más vércsoport-antigének és antitestek jelenlétére is. Ezért a kompatibilitás biztosítása egyéb módszerrel is szükséges. Ezt szolgálja az antitestszűrés, melynek feladata a lehető legtöbb, klinikai szempontból jelentős antitest kimutatása, hogy antigén-negatív vért lehessen biztosítani. Ennek ellenére tudnunk kell, hogy minden transzfúzió potenciálisan veszélyezteti a beteget, tehát minden esetben külön és újra mérlegelni kell a transzfúzió szükségességét, összevetve előnyeit az esetleg várható vagy váratlan hátrányokkal. A vérátömlesztés legtöbb ismert szövődménye az előírások gondos betartásával megelőzhető.

*I. rész: Gyógyszerészet 42, 72–77, 1998.

A vérátömlesztés javallata

A vértranszfúzió elrendelése (indikációja) orvosi feladat és ezért az elrendelő orvos felelős.

A vértranszfúzió

A vérátömlesztés szövétájtöltetés, amelynek kivitelezésénél a sterilitásra, a pirogénmentességre, a biológiai ártalmatlanságra, a beadásra kerülő készítmény biológiai aktivitásának megőrzésére, az immunbiológiai kompatibilitás feltételeire egyaránt tekintettel kell lenni [3].

A vértranszfúzió alkalmazása esetén a transzfúziós szabályzatnak megfelelően kell eljárunk. Ez az elsődleges jogforrás.

A különleges esetektől eltekintve vérátömlesztést egészségügyi intézményben (kórházi osztályon, fektetővel rendelkező ambulancián) szabad lebonyolítani.

A transzfundáló orvos feladata a transzfúziós anamnézis értékelése (korábbi transzfúziós események, hematológiai-, immunológiai-, onkológiai problémák, vetélések stb.). Gondoskodnia kell a klinikai és laboratóriumi vizsgálatok elvégzéséről és értékeléséről. Meg kell határozni az alkalmazandó vérkészítmény adagját, a beadás módját és sebességét. Esetenként hasznosnak bizonyul a transzfúziológus szakemberrel folytatott konzultáció.

Messzemenően figyelembe kell venni a recipiens személyi jogait. Vérátömlesztés nem végezhető el a részletesen informált beteg beleegyező nyilatkozata nélkül.

Különleges vérátömlesztések

Masszív transzfúzió

Ha a transzfundált vér mennyisége 24 óra alatt meghaladja a vértérfogatot, masszív transzfúzióról beszélünk. Meg kell jegyezni, hogy ilyen mértékű vér átömlesztésére esetleg fél-, egy órán belül is szükség lehet. Ilyenkor nagy, 50% körüli a mortalitás.

A masszív transzfúzió hatására szinte vércsere következik be. Egyszeres vértérfogat beadását követően egy 70 kg-os embernél az eredeti vérmennyiség 37%-a marad vissza, míg kétszeres vérmennyiség elvesztésekor 15%.

A masszív transzfúzió kb. 10%-os gyakorisággal jár szövődeményekkel. Ezek lehetnek: hyperkalaemia, citrátotoxicitás, immun-haemolysis, immunsuppressio, de leeshet a thrombocytá szám és az alvadási faktorok pótlására is szükség lehet. Előállhat hypothermia, úgynevezett transzfúziós tüdő (felnőttkori légzési elégtelenség tünetegyüttes), sajnos elég gyakran DIC (disseminált intravasculáris coagulatio; ennek a szövődeménynek a mortalitása eléri a 70%-ot), de a fokozott fertőzés-átvitel veszélye sem elhanyagolható.

Masszív transzfúzió alkalmazásakor felértékelődik a beadott készítmények korának, hőmérsékletének, minőségének a szerepe.

Vércsere

A cseretranszfúziót leginkább újszülötteknél alkalmazzák, eredetileg majdnem kizárólag újszülöttkori haemolyticus betegségben (továbbiakban UHB). Újabban járólekos kezelésként különböző életveszélyes állapotokban is próbálkoznak vele, leggyakoribb indikációs területe mégis az újszülöttkori sárgaság. Figyelembe kell venni, hogy az újszülöttek sárgasága egy bizonyos szintig fiziológias; gyakran az ötödik, esetleg hatodik napig is emelkedhet, majd a hetedik naptól csökkenni kezd a szérumbilirubin értéke. A kóros sárgaság oka leggyakrabban UHB. Ennek oka, hogy a magzat vörösvérsejtjei fedetté válnak olyan anyai eredetű alloantitestekkel, melyek a magzati sejten ugyancsak jelen lévő apai eredetű antigén ellen irányulnak: az ellenanyaggal fedett vörösvérsejtek ilyenkor gyorsan szétesnek. A magzati bilirubint az anyai máj dolgozza fel, a szülés után azonban az újszülött májának kell kiválasztani a nagy mennyiségű kötetlen bilirubint, de a még éretlen májban a bilirubin megkötéséért és kiválasztásáért felelős enzim (uridin difoszfoglükuronil transferáz) aktivitása elégtelen. A felszaporodó bilirubin komoly veszélyt jelent az újszülöttre, mert toxikus a fejlődő központi idegrendszerre. A vércsere akkor szükséges, ha az anaemia és a bilirubin koncentráció nagy ütemben emelkedik. A szérumbilirubin-szint óránként 10–12 $\mu\text{mol/l}$ -es emelkedése, vagy jó általános állapotú újszülöttben a 380 $\mu\text{mol/l}$ -es érték elérése abszolút indoka a vércserének. Korábban akkor kell beavatkozni, ha más tényezők, – pl. sepsis, acidosis, koraszülöttség stb. – komplikálják a képet.

Intrauterin transzfúzió

Nem túl gyakori, de indokolt lehet súlyos UHB ill. hydropsos esetek megelőzésére. Az intrauterin transzfúzió nem veszélytelen a magzatra. Általában a 20. terhességi hét előtt ritkán kerülhet rá sor. Ha elkezdtek a transzfúziót, azt folytatni kell 2–4 hetes intervallumokkal. A transzfúzióra 0-csoportú, anyai antitestekkel szemben kompatibilis, a vörösvérsejtek maximális túlélése érdekében 5 napszál nem idősebb, CMV negatív, vagy szűrt minőségű, 70%-os Htk-ra beállított 0 vörösvérsejt koncentrátumot kell adni (GVHD veszélye miatt fontos a készítményt irradiálni). A transzfundált térfogat a magzat nagyságától függően 70–170 ml.

A transzfúziót ultrahang ellenőrzés mellett végzik, általában a magzat köldökvenájába beadva, de hasüregbe is adható. Ilyenkor a transzfundált vörösvérsejtek a peritoneumból a nyirokcsomókon át abszorpcióval kerülnek a magzati keringésbe. Az orvosi technika fejlődése ma már lehetővé teszi az intrauterin vércserét is.

Újszülöttek vérátömlesztése

A koraszülöttek és újszülöttek transzfúziós igényének indikációi rendkívül ellentmondásosak. A neonatológus feladata gyakran arra korlátozódik, hogy a szövődemények elkerülése érdekében kontraindikálja vagy mérsékelje a

felesleges transzfúziókat. Figyelembe kell venni a jellemző élettani sajátosságokat, a születési súlyt, a gesztációs kort, a szülés körülményeit, az adaptációs időszak eseményeit. A „rutin” transzfúzió helyett minden esetben a hiányzó komponenst pótoljuk célzottan és differenciáltan. Transzfúzióra az anya-vérmentájával is kompatibilis választott vért kell adni.

Az újszülöttek fokozottan érzékenyek, és így nagyobb a szövődmények veszélye is. Ezek közül is ki kell emelni a keringési túlterhelést; sajátos szövődmény a Botall vezeték záródásának elhúzóódása. A masszív transzfúzióknál említett szövődmények mellett különböző anyagcsere problémák is jelentkezhetnek. A kissúlyú újszülött veséjének csökkent a glomeruláris filtrációs rátája és koncentráló képessége (így ebből kiválasztási nehézségek adódhatnak), májuk elégtelenül bontja le a citrátot stb.

Meg kell még említeni, hogy a magzati hemoglobin oxigén affinitása nagyobb, mint a felnőtteké. Ez teszi lehetővé, hogy a magzat megszerezhesse az oxigént az anyai vörösvérsejtektől és ezért a transzfúzióra kerülő vér hemoglobinja több oxigént tud felszabadítani, mint az újszülött vére.

Hemaferezis

A hemaferezis (aferezis) során teljes vért vesznek le a donortól vagy betegtől, és komponensekre bontás után a kívánt komponens visszatartása mellett a többi alkotórészt egyesítve visszaadják a donornak. Ide tartozik a plazmaferezis, citaferezis, ez utóbbin belül a trombocitaferezis, a leukaferézis, a haemopoetikus őssejtek gyűjtése. Az elnevezés attól függ, hogy a teljes vérből melyik komponenst veszik ki. A hemaferezis alkalmas vérkomponensek gyűjtésére transzfúziós célból, vagy beteg kezelése során a kóros komponensek eltávolítására.

A hemaferezis kivitelezhető „kézi” centrifugás módszerrel (nem eléggé hatékony, de olcsó és emiatt, valamint más eszköz hiányában sok helyen alkalmazzák), automata sejtszeparátorral (ez szintén centrifugális erőt felhasználva végzi az elválasztást), de más rendszerű pl. membrán szűrővel működő készülékeket is kifejlesztettek. A vér maradékát a donor szakaszosan vagy folyamatosan kapja vissza. Szakaszos áramlású készüléknél egy vénapunkció elég, míg a folyamatos áramlású készülékeknél két véna szűrésére van szükség, az egyik a vételhez, a másik a beadáshoz.

Plazmaferezis

A plazmaferezis emberi vérplazma szeparálására szolgál. Ennek során a teljes vér levételét követően a donor a vér sejtjes elemeit (vörösvérsejtet, trombocytát, fehérvérsejtet) azonnal visszakapja, és csak a plazma kerül további felhasználásra. A donor az elvesztett plazmaféhrjét hamarabb képes pótolni, mint a vörösvérsejteket. Az eljárás során vörösvérsejt veszteség alig van, így gyakrabban lehet sort keríteni rá a donor károsodása nélkül. Plazmaferezisre azért van szükség, mivel a plazma ill. annak komponensei iránt nagyobb az igény, mint a vvs. készítmények iránt. E

mellett a plazma, megfelelő körülmények között, korlátlan ideig tárolható (pl. liofilizálva vagy mélyfagyasztva).

A plazmaferezis jelentősége megnőtt a specifikus ellenanyag-tartalmú ún. hiperimmun-globulinok alkalmazásának előtérbe kerülésével, valamint az albumin-oldatok egyre szélesebb körű alkalmazásával. A speciális ellenanyagokat magasabb titerben hordozó donorok kiszűrése, valamint potenciális donorok immunizálása teszi lehetővé plazmájuk begyűjtése révén a specifikus immunoglobulinok előállítását.

A donorok egészségének védelmében több rendszabályt foganatosítanak. Ezek közül legfontosabb, hogy egy aferezis során maximálisan 650 ml, hetente maximum 1 liter, évente maximum 15 liter plazma vehető le.

A plazmaferezist alkalmazzák terápiás célból is, amikor a beteg vérében a kóros anyagok szintjét olyan mértékben lehet csökkenteni, amely a beteg állapotának javulását teszi lehetővé. Mivel az elvesztett nagyobb mennyiségű plazmát ilyenkor plazmával, albuminnal vagy elektrolit oldatokkal pótolni szükséges, – inkább *plazmacseréről* lehet beszélni. Ez igen költséges, számos veszéllyel járó kezelés, ezért alkalmazása nagy körültekintést és óvatosságot igényel. A plazmacserének lehetséges hatása még az antigén-antitest arány és a gyulladásos folyamatok megváltoztatása, az immunkomplexek kiválasztásának elősegítése is. Hatásossága nem minden esetben kellően bizonyított. Általában 1–1,5 plazmatérfogat cseréjét tartják szükségesnek.

A plazmaferezis speciális esete a *kriofiltráció*. Alacsony hőmérsékletű közegben kicsapódó makromolekulák, polimerek, immunkomplexek eltávolítására alkalmazzák. A szeparált plazmát szűrés után lehűtik, a nem kívánt anyagok gél állapotba kerülnek és azok újabb szűrés során eltávolíthatók. A plazma felmelegítés után retranszfundálható.

Ugyancsak speciális eljárás az adszorpció. A szeparált plazmát különböző eljárásokkal igyekeznek megtisztítani, különböző szorbensekkel összehozva, az affinitáskromatográfia elvét alkalmazva stb. A megtisztított plazmát azután retranszfundálják.

Citaferezis

A donorok citaferezise sejtjes vérkészítmények előállítására szolgál. Kizárólag orvosi felügyelettel és irányítással végezhető gépi művelet. Végeznek citaferezist terápiás célból is.

A *trombocitaferezis* a citaferezis leggyakrabban alkalmazott formája. Az aferezis során az alkalmazott géptől függően 3–5 liter vér átáramoltatása szükséges.

A csontvelő-károsodott (átültetett) immunszupprimált betegek részére HLA és/vagy trombocytá antigénekre is kompatibilis donoroktól gyűjtik a trombocytát. A GVHD elkerülésére a készítményt be kell sugározni.

A *leukaferézis (granulocitaferezis)* fehérvérsejt (granulocytá) készítmények előállítására szolgál. Ritkán alkalmazzák. Leukaferézisnél a jobb elválasztás és a kisebb vörösvérsejt szennyezés érdekében segédanyagot, általában hidroxietil-keményítőt (HES) alkalmaznak.

A citaferezis technika *haemopoetikus őssejtek* gyűjtésére is alkalmas. A vér sejtjei közös sejt-ősből azaz őssejt-ből alakulnak ki. Ezen ún. pluripotens őssejt-ből alakul ki a limfoid és a mieloid őssejt, majd az egyes sejtvonalak irányában elkötelezett „elődsejt”. A haemopoetikus őssejtek csontvelőből és perifériás vérből nyerhetők. Az utóbbi időben egyre több betegség gyógyítására alkalmazzák a vérképző őssejtek átültetését (transzfúzióját). A begyűjtött őssejtek felhasználása allogén vagy autológ célú lehet, ennek megfelelően kell „feldolgozásuk” során eljárni. Az allogén sejtet immunológiai szempontból kell megfelelővé tenni, így vörösvérsejt- és fehérvérsejt mentesítést végzeni, az autológ transzfúzióra váró sejtet viszont a beteg sejtétől kell megtisztítani.

A terápiás citaferezis indikációi az utóbbi évtizedben jelentősen szűkültek. Krízishelyzetekben van leginkább szerepe, életveszélyes celluláris hiperviszkozitás tünetegyüttes esetén feltétlenül indokolt alkalmazni. Az alapbetegséget ugyan nem befolyásolja, de átmeneti hatása folytán időt lehet nyerni a gyógyszeres beavatkozásra. Sürgős műtétek előtt, terhességben egyes speciális esetekben alternatív terápiás lehetőség.

A terápiás citaferezis új alkalmazási lehetőségeit intenzíven kutatják, az eredmények biztatóak. Új lehetőség az adoptív immunterápia, melynek során az autológ, leukaferezissel nyert lymphocytákat szövettenyésztésben aktiválják. Az aferezissel nyert sejtet interleukin-2-vel kezelik, növelve az aktivált „ölő (killer) sejt” számát, melyek a reinfúziót követően elpusztítják a tumorsejtet.

Autológ transzfúzió

Autológ transzfúzió esetében a donor és a transzfúzió recipiense azonos. Ha elfogadjuk azt a tételt, hogy a „legbiztonságosabb transzfúzió az el nem végzett vérátömlesztés,” akkor bizonyára a következő legjobb lehetőség a saját vér átömlesztése. Az utolsó évtizedben az autológ vértranszfúziók száma jelentősen megnőtt. Ez nagyrészt annak a következménye, hogy közzismertté vált a transzfúzió során átvihető fertőző betegségek kockázata.

Az autológ vértranszfúzió előnyei

- transzfúzióval átvihető betegségek megelőzése,
- alloimmunizáció megelőzése,
- transzfúziós (GVHD, allergiás, lázas, haemolyticus) reakciók megelőzése,
- homológ vérfelhasználás csökkentése,
- többszörös alloantitestet hordozó beteg vérellátása,
- megnyugtatja a beteget,
- stimulálja az erythropoesist.

Az autológ vértranszfúzió hátrányai

- többlet költség;
- véradással kapcsolatos reakciók,
- a donornak többlet elfoglaltság,
- a műtét halasztása esetén a vérkészítmény lejárhat,
- a beteg egészségi állapotától függő.

Az autológ vér transzfúziója általában indokolt, ha kicsi a kompatibilis vér találatának valószínűsége, ha vallási meggyőződés miatt más transzfúziós eljárás nem alkalmazható, ha tervezett műtétre kerül sor.

Az autotranszfúzió négy alapvető módszerét alkalmazzák.

Preoperatív vérvétel

A tervezett műtétre váró betegek a műtét előtt önmaguk számára adnak vért. Sikerral alkalmazható ez az eljárás mindazoknál a stabil állapotú betegeknél, akik olyan műtét előtt állnak, mely során várhatóan vértranszfúzióra lesz szükség. Ilyen műtétek általában az ortopédiai, érsebészeti, urológiai, szívsebészeti műtétek és a vese-, csontvelő-donáció.

A levett vér tárolása lényeges kérdés. Ha a vérkészítmény lejárati idején belül várható a műtét, a tárolás nem különbözik más hasonló készítményekétől. Ha a műtétre várhatóan távolabbi időben kerül sor, két-három hét után 2 újabb egység vér levételét követően egy korábbi vérkészítmény visszaadható, így a rendelkezésünkre álló tartalék növelhető. A levett vér fagyasztva tárolására is van lehetőség. Folyékony nitrogén hőmérsékletén ($-196\text{ }^{\circ}\text{C}$) megfelelő glicerines védőoldat felhasználásával gyakorlatilag korlátlan ideig felhasználható a vörösvérsejt készítmény. Fél évig lehet $-30\text{ }^{\circ}\text{C}$ hőmérsékleten a készítményt tárolni. A fagyasztott készítményeket felhasználás előtt, természetesen felolvasztják, glicerintmentesítik. (A fagyasztás jelentősen növeli a költségeket és nehézkessé teszi a hozzáférhetőséget.)

Intraoperatív hemodilúció

Az intraoperatív hemodilúció azt jelenti, hogy egy-két egység vért levesznek a műtét kezdetén, a beteget infundálják, majd a műtét folyamán, vagy azt követően ömlesztik vissza a beteg saját vérét. A tapasztalat azt mutatja, hogy egy egység intraoperatív levett vér két egység autotranszfúziós vérral egyező hatású.

Az intraoperatív hemodilúció több előnnyel rendelkezik:

- javul a szövetek oxigén-ellátása a normovolaemiás hemodilúció következtében és a viszkozitás csökkenése folytán javulnak a reológiai viszonyok is,
- az alacsonyabb hematokrit érték miatt a sebészeti vérzésben kevesebb vörösvérsejtet veszít a beteg,
- ha az intraoperatív hemodilúció során levett vért szobahőn tárolják és nyolc órán belül visszaadják, a thrombocyták és az alvadási faktorok kevésbé károsodnak és saját pótlásként szolgálnak.

Az intraoperatív hemodilúciót alkalmazó kórházakban jól együttműködő, transzfúziológus, aneszteziológus és sebészből álló orvoscsoport szükséges.

Intraoperatív vérmentés

Az intraoperatív vérmentés során a műtéti területről vagy az extracorporalis rendszerből gyűjtik össze és adják vissza a vért. Elterjedten alkalmazzák szív-, ér-, ortopéd-, urológiai, traumatológiai, nőgyógyászati és transzplantációs sebészetben. Olyan műtéteknél alkalmazható, amelyeknél a műtéti terület steril és tumormentes, valamint a

vért jelentős haemolysis nélkül lehet leszívni és a várható vérvesztés meghaladja a 20%-ot.

Az intraoperatív vérmentéshez speciális készülékek szükségesek, amelyekben összegyűjtik, koncentrálnak és mossák a vörösvérsejteket. Az így nyert vörösvérsejt koncentrátumot kapja vissza a műtét során vagy azt követően a beteg. Használhatnak mosási folyamatot nem alkalmazó rendszert is, ez olcsóbb mint az előbbi, de a szövődmények esélye nagyobb.

Posztoperatív vérgyűjtés

A posztoperatív vérgyűjtés indikációs területe megegyezik az operáció közben végzett vérmentésével. A műtétet követően a vért sebészeti drainekből gyűjtik össze és feldolgozva vagy anélkül adják vissza a betegnek. Kevésbé gazdaságos eljárás, ezért ritkábban alkalmazzák. A bakteriális szennyeződés veszélye miatt, ha a készítményt hat órán belül nem használják fel, megsemmisítésre kerül.

Otthoni faktor pótlás (home care)

A haemophiliás ill. a von Willebrand betegeknek alkalmazott gyakorlat. Különösen a kórházától távol élő betegnek van szüksége arra, hogy szükség esetén sürgősen megkaphassa az olykor életmentő alvadási faktor készítményeket. A beteg a szükséges készítményt otthon tartja és ha szükséges, saját maga, hozzátartozója vagy háziornosa adja be. (Magyarországon egyelőre csak orvos adhatja be.)

A vérátömlesztés kockázati tényezői, szövődményei

Kellő elővigyázattal a transzfúziós szövődmények megelőzhetők, de ha mégis bekövetkeznek, a gyors felismerés lehetőségét nyújt azok maradéktalan elhárítására [7].

Vércsoport-inkompatibilitás következtében létrejött transzfúziós szövődmény

ABO inkompatibilis transzfúziót követően (pl. főcsoporttévésztes) általában a tünetek hevenyebb formában jelentkeznek, mint az *Rh-*, vagy más vér-csoportspecifikus antitestek okozta szövődmény esetén. Ez azonban csak általánosságban van így, eltérés egyénileg lehetséges. A recipiensben jelenlévő anti-c vagy anti-Kell, de esetenként más ellenanyagok is heveny, súlyos tüneteket képesek okozni.

A vércsoport-inkompatibilis transzfúzió következtében anaphylaxiás sokkot kiváltó antigén-ellenanyag reakció is létrejöhethet. Ez lényegében nem különbözik a más tényezők által kiváltott anaphylaxiás reakciótól. Bekövetkezhet az anaphylaxiás reakció szérum antigén ellenes antitestek reakciójaként is. A sokk hatásaként keringési zavar, a szövetek oxigénellátásának csökkenése, ischaemiás károsodás jön létre, amelynek következménye veseszövődmény is lehet. Az anaphylaxiás reakció haemolysissel is járhat, régebben ennek elsődleges szere-

pet tulajdonítottak. A reakciók nem minden recipiensnél következnek be, ezt befolyásolják az egyéni immunológiai, szerológiai feltételek. Ha a sokk következtében leesik a vérnyomás, csökken vagy megszűnik a vizelet kiválasztása. Amíg a vesék sejtjeinek oxigénellátása nincs veszélyben, a vérnyomás emelkedésekor ismét megindul a vizelet elválasztás. Ha azonban a keringési rendellenesség olyan fokú, hogy az már a vesesejtek oxigén ellátását is veszélyezteti, sejtkárosodás jön létre, amely veszélyezteti a vesefunkciókat.

Nagy szerepe van az ilyen jellegű transzfúziós szövődmények kivédésében a transzfúziós szabályzatban előírt biológiai próbának. E szerint: „kb. 25 ml vért sugárban transzfundáljunk. Ezután a vér beáramlását lassú cseppszámra állítjuk és a beteget 3–5 percig figyeljük (általános állapot, légzés, keringés stb.). Ezt az eljárást még kétszer meg kell ismételni. Ekkor beállítjuk a végleges cseppszámot, ami általában 60–100 csepp percenként. Újszülöttön a biológiai próbát 1 ml vérrel, csecsemő- ill. gyermekkorban a testsúlytól függően 3–5 ml-rel véghezvük.” A tünetek megjelenése ugyanis függ a transzfundált vér beadási ütemétől is. Ha idejében észreveszik a szövődmény kialakulását és a gyanús körülményeket, beavatkozással meg lehet akadályozni, az inkompatibilis transzfúzió olyan súlyos következményeinek kialakulását, melyek akár akut keringési, légzési elégtelenség miatt a recipiens halálát is okozhatják.

Hemolizált vér transzfúziója

A korszerű vérkonzerváló oldatok alkalmazása ellenére, a tárolási idővel arányosan a vörösvérsejtek egy részének szétesésével számolni kell. Ez problémát okozhat, ha nagy mennyiségű lejárta előtti vért transzfundálnak. Az *in vitro* haemolysis leggyakoribb oka azonban a vérkészítmény helytelen tárolása, szállítása, kezelése. Haemolysist okozhat a rázás, fagyás, de a 38 °C feletti hőmérséklet is. A vérhez hozzáadott gyógyszerek direkt károsítják a sejteket, pl. a megváltozott ozmotikus nyomás révén. Gyógyszer hozzáadása a vérhez szigorúan tilos!

A vérkeringésbe jutó hemoglobin általában nem okoz szövődményt, viszont vesekárosodás esetén tovább rontja a vesefunkciót a hemoglobin tárolódása a vese nefron sejtjeiben; a beteg vese a hemoglobin kiválasztására kevésbé alkalmas. Dehidrált betegen viszont azért okozhat szövődményt a hemoglobin, mert kiürüléséhez sok folyadékra van szükség.

Legjobb tehát a hemolizált vér transzfúzióját megelőzni. Ezt szolgálja a transzfúziós szabályzat messzemenő betartása, a vérkészítmények szabályszerű szállítása, tárolása. A vértranszfúziós intézményben kiadás előtt a vérkészítményeket gondosan ellenőrzik haemolysis szempontjából is, és ugyanígy kell eljárni a betegágy mellett. (Nehézséget jelent ebből a szempontból, hogy a korszerű, műanyagzsákban tárolt vörösvérsejt koncentrátum részleges haemolysist még a gyakorlott szem is nehezen veszi észre.)

Haemosiderosis

Krónikus vérszegénységben szenvedő, vagy egyéb okból gyakori vérátömlesztésre szoruló betegeknél fordulhat elő a hemoglobinból felszabaduló vas felhalmozódása. Tulajdonképpen vasmérgezésről is beszélhetnénk. A felesleges vas a szövetekben, így a szívben, a májban, a tüdőben, a bőrben tárolódik, kellemetlen tüneteket (szív-elégtelenség, májzsugor, bronzbőr stb.) okozva.

A transzfúziók gondos mérlegelése mellett deszferroxiamin (Desferal) adásával mobilizálni lehet a vasfelesleget.

Lázkeltő hatás

A vérkészítmények beadása után jelentkezhet láz, hidegrázás. Ha a feltételek megfelelőek és a vonatkozó jogszabálynak (transzfúziós szabályzat) megfelelően járnak el, ennek gyakorisága nem haladhatja meg az 1%-ot. A vérátömlesztések kezdetén úgy gondolták, hogy a transzfúzió természetes következménye a láz. Ma már tudjuk, hogy a láz transzfúziós szövődményt jelez, amire oda kell figyelni. Keresni kell az okot és azonnali közbelépésre van szükség, vagy a későbbi transzfúziók esetén másként kell eljárni.

A vérátömlesztést követő lázas reakciót okozhatja a transzfundált vérben lévő bakteriális fertőzés (klasszikus pirogén anyag az endotoxin), fehérjemaradványok, ritkábban más pirogén anyagok. A belázosodás oka lehet – és ez a gyakoribb – a recipiens betegsége, allergiás vagy egyéb immunológiai reakciója is.

Miután a vérkészítmények ellenőrzésére, jellegükből adódóan, a gyógyszereknél alkalmazott pirogén vizsgálatok nagyrészt alkalmatlanok, a hangsúlyt a megelőzésre kell helyezni.

Lázreakció esetén, különösen ha az ismételt előfordul, minden tényezőre kiterjedő alapos vizsgálat szükséges. A vizsgálat során figyelembe kell venni, hogy milyen alapanyagokat, segédanyagokat, oldatokat használtunk a vérkészítmény előállításánál. Sterilitási vizsgálat (esetleg hemokultúra) és gondos vércsoportszerológiai vizsgálat szükséges. Ez utóbbi elvégzéséhez a donor, továbbá a recipiens transzfúzió előtti és utáni vérmintája nélkülözhetetlen.

Helytelen és veszedelemes az a gyakorlat, hogy az esetleges lázreakció megelőzésére a transzfúzió előtt lázesillapítót, nyugtatót adnak a betegnek. A láz és a hidegrázás az inkompatibilis transzfúzió első diagnosztikai jele lehet, amely felhívja a figyelmet az esetleges vércsoporttévesztésre. Ha a beteg előzetesen lázesillapítót kapott, a tünetek csak késve jelentkeznek és a szövődmények súlyosabbak lesznek.

Poszttranszfúziós lázreakció jelentkezhet tökéletes minőségű vérkészítmény beadását követően is, maximális kompatibilitás mellett szépszisben, rosszindulatú dagánatok, csontvelőártalom esetében.

A politranszfundált betegek kb. 1%-ánál jelentkezik a vérátömlesztést követő láz. Ez azonban annak a reakciónak a következménye lehet, amely az immár immunizált betegben lévő vércsoport-specifikus ellenanyagok,

fehérvérsejt, thrombocytá, HLA-antitestek és a vérkészítménnyel bevitt antigének között zajlik. Ugyanígy a láz lehet allergiás reakció része is. (Ez utóbbi reakciók oka tehát nem a készítményben, hanem a betegben keresendő.)

Ritkábban előforduló szövődmények

Hyperkalaemia

A konzervált vérben a vörösvérsejtek lényegében afiológias körülmények között vannak. A membrán stabilitása emiatt egy idő után csökkenni kezd, a vörösvérsejt káliumot ad le és a helyébe nátriumot vesz fel. Az előregegett vörösvérsejtek egy része szétesik, hemolizálódik és így is kerülhet kálium a plazmába vagy a reszuszpendáló oldatba. A helytelen levétel, szállítás, tárolás elősegítheti a fenti folyamatokat.

7 mmol/liter szérumkálium érték felett jelentkezhet a hyperkalaemia EKG elváltozások, legsúlyosabb esetben akár szív megállás formájában is. Ez a szövődmény azonban rendkívül ritka, mert a transzfundált vér a leggyakrabban alkalmazott csepptranszfúzió során azonnal felhígul. Veszélyes lehet azonban, ha az alapbetegség, így pl. uraemia miatt az átömlesztésre szoruló beteg már eleve hyperkalaemiás volt. Megelőzésére, masszív transzfúzió esetén 14 napnál fiatalabb vörösvérsejt készítményt alkalmazunk.

A transzfundált vér savanyító hatása

A legkorszerűbb vértartósító oldatok is savanyú kémhatásúak, így 4 egység vér vagy 4–5 E plazma beadását követően számítanunk kell ennek hatására. Ilyenkor 40–60 ml 8%-os nátrium-hidrogénkarbonát (vagy azzal egyenértékű oldat) infundálása ajánlott. Masszív transzfúzió esetén a vér pH értékének ellenőrzése és korrigálása szükséges. Különös figyelmet igényel a transzfúzió, ha a recipiens alapbetegsége eleve acidsissal jár.

Citrát intoxikáció

Rövid idő alatt beadott nagy mennyiségű, masszív transzfúzió vagy cseretranszfúzió alkalmával jöhet létre ez a szövődmény. Okozója az a tény, hogy a vértartósító oldat biztonsági okokból több citrátot tartalmaz, mint amennyi a vér Ca^{2+} ionjainak megkötéséhez elegendő és így transzfúzió során a véráramba kerülve a szérum ionizált kalcium-állományát csökkenti. A klinikai tünetek a mimikai izmok remegése formájában esetleg tetaniaként jelentkeznek. A hypocalcaemia azonban csakhamar rendeződik, hisz a szervezetben lévő kalciumtarték rövidesen mobilizálódik.

Légembólia

Az újabb alkalmazott zsákos technológiával ez a szövődmény szinte kizárható, azonban mégis gondolni kell rá, mert súlyos következménye lehet. Elvileg már egy buborék is veszélyes, a gyakorlatban azonban halálos szövődmény 4–16 ml levegő bejuttatásának a következménye lehet. Ha bekövetkezik, műhibának számít.

Vérkészítményekkel átvihető fertőző betegségek

A vérkészítményekkel átvihető fertőző betegségeknek két forrása lehetséges. Egyik a donor rejtett betegsége, vírus- ill. (ritkán) baktérium- vagy más mikroorganizmus hordozása. A másik az, hogy az előállítási művelet során fertőződhet a vérkészítmény. A vérkészítmény a kórokozó mikroorganizmusok kitűnő táptalaja, ezért fertőződését minden rendelkezésünkre álló eszközzel meg kell akadályozni.

A vérkészítmény fertőződése az előállítás során

A vérkészítmények előállítása zárt rendszerben történik. Gyárban előállított, gondosan ellenőrzött többrészes, steril, egyszer használatos eszközöket használnak: a steril, gyárilag összekötött műanyag zsákok között áramlanak a vér alkotórészek.

Vegyünk például egy általánosan használt négyrészes zsákrendszerrel és egy lehetséges technológiai műveleti sort. A vérvételi zsákban lévő vértartósító oldatba leveleszik a vért, centrifugálják és a plazmát zárt rendszerben egy másik, erre a célra szolgáló üres zsákba „lenyomják”. A vérvételi zsák összeköttetésben áll egy másik zsákkal is, amelyikben a reszuszpéndáló oldat van; ennek a zsáknak a tartalmát átnyomják a vörösvérsejt koncentrátumra. A reszuszpéndáló oldat egyrészt hígítja a lecentrifugált, nagyrészt plazmamentesített vörösvérsejt koncentrátumot és így könnyebben transzfundálhatóvá teszi, másrészt adalék anyagai a koaguláció gátlására és a sejtek táplálékul szolgálnak. A thrombocytadús plazmából a thrombocytá koncentrátumot újabb centrifugálás segítségével lehet kinyerni. A szétválasztás ebben az esetben is zárt rendszerben, a rendelkezésre álló összekötött zsákok segítségével történik. A thrombocytá készítményt speciális „lélegző” zsákba nyomják át és tárolják, ennek a fala átengedvén a thrombocyták termelte széndioxidot, gátolja a készítmény savanyodását.

Látható, hogy a rendszer zártsága elvileg kiküszöböli a fertőzés lehetőségét. Mégis, már a vérvétel során több lehetőség adódik a fertőzésre. Nemcsak a bőrön, hanem az írha felső rétegeiben is lehetnek, a bőrfelület fertőtlenítése ellenére is, nem kívánatos mikroorganizmusok. Előfordul, hogy a vénát átszűrő tú kis bőrdarabkát hasít ki, amely a vérbe kerülhet. Fertőzési lehetőséget jelent a zárt rendszer megbontása, amelyre a vörösvérsejt mosásánál, a thrombocytá „poolozásánál”, esetleges mintavétel során kerülhet sor.

A vérkészítményekbe kerülő kórokozó +4 °C-on életképes maradhat, azonban nem, vagy csak lassan szaporodik. (Kivéteklént egyesek szaporodni is képesek, mint pl. a pseudomonas, a yersinia és a corynebaktérium). Ha a szervezetbe kis mennyiségű baktérium jut, ezeket a szervezet immunapparátusa könnyen legyőzi, ha azonban a készítmény hosszabb ideig szobahőn áll – a thrombocytá készítményeket így kell tárolni –, a kórokozók gyors szaporodásra képesek. Ilyenkor anyagcseretermékeik, toxinjaik a környezetbe kerülnek, a plazma zavarossá válhat, a vér haemolysist szenvedhet, csapadékot, alvadékot észlelhetünk, sőt megjelenhetnek a baktérium- vagy gombatelepek is.

Fertőzött vérkészítmény transzfúziójakor általában nem az élő kórokozók okozzák a legtöbb problémát, hanem toxinjaik, bomlási- vagy anyagcseretermékeik. Irreverzibilis sokk állapot, a parenchimás szervek (szív, máj, vese, agy) súlyos károsodása alakulhat ki. Gyakran olyan súlyos a szövödmény, a sokk, hogy a parenchimás szervek elégtelenségének kialakulására nem marad idő. Szeptikus lázmenet enyhébb fertőzéseknél jelentkezik.

A fertőzések megelőzhetőek a transzfúziós szabályzat és a vonatkozó módszertani, technológiai utasítások pontos betartásával.

A donor vérében lévő kórokozókkal átvihető fertőzések

A donorok gondos orvosi vizsgálata, kikérdezése és a tudomány jelenlegi állása szerinti legkorszerűbb laboratóriumi vizsgálatok ellenére átvihető a vérrel fertőző betegség. A laboratóriumi vizsgálatok során jelenleg HBsAg, anti-HCV, anti-HIV_{1/2}, lues, ALT [alanin aminosztransferáz – másnéven GPT (glutamat-piruvát transzamináz)]-tesztet végeznek rutinszerűen.

A vérrel átvihető vírusok közül jelenleg a legnagyobb kockázatot a hepatitist, májgyulladást okozók jelentik. A hepatitis megbetegedések jelentős része poszt-transzfúziós. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a transzfúzió szerepe bizonyított, mert a vératömlesztéssel egyidőben alkalmazott orvosi beavatkozások, korábbi vírusfordozás manifeszálódása, környezeti higiénés problémák egyaránt okozói lehetnek a betegségnek. Hepatitisben Magyarországon csaknem annyian halnak meg, mint az összes fertőző betegségben együtt. Májgyulladást okozhat azonban az ismert hepatitis vírusokon [hepatitis A, B, C, D (delta), E, G] kívül az EBV (Epstein-Barr vírus) és a CMV (citomegalovírus) is.

A legfontosabb, vérrel átvihető vírusok:

HBV
HCV
HIV-1, HIV-2
CMV

Vérrel átvihető még:

HAV
HDV
HGV
EBV
parvovírus B-19
HHV-6

Bakteriális szövödmények

A vératömlesztést követő fertőzéses szövödmények kb. 27%-a bakteriális fertőzés következménye. Az irodalmi számadatok szórását magyarázza, hogy a szövödmények e formája ritkán bizonyítható. A fatális bakteriális szövödmények száma 1/320000–1/700000 közé tehető véregegyenként, de a nem fatális szövödmények is komoly problémát jelenthetnek. Hazai adatunk nincs. Bakteriális szövödményre akkor kell gyanakodnunk, ha a reakció azonnal, de legkésőbb 1–2 óra múlva jelentkezik. A vörösvérsejt koncentrátumok bakteriális szövödményeinek kb. feléért a *Yersinia enterocolitica*, negyed részéért a

Pseudomonas fluorescens felelős. Nem véletlenül, hisz ezek hidegtűrő, hidegben is szaporodni képes kórokozók. A fertőzések két-, de még gyakrabban három hetesnél idősebb vérkészítményektől következnek be. A szobahőn tárolt thrombocyta készítmények leggyakoribb fertőző ágense, mintegy 25%-ban a *Staphylococcus epidermidis*, de viszonylag gyakori a *Salmonella cholerae-suis*, *Serratia marcescens*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* is. Legveszélyeztetettebb készítmény a thrombocyta koncentrátum, nem csak azért, mert szobahőn kell tárolni, hanem azért is, mert a tárolás közbeni himbálás is kedvező körülményeket biztosít a mikroorganizmusoknak.

Mi lehet a teendő a fertőzések megelőzésére? Segít a donorok gondos orvosi vizsgálata, a vérvétel előírás szerinti kivitelezése, a lehetőség szerint optimális korú készítmények transfundálása (az első négy nap alatt a mikroba egy jó része elpusztul in vitro a vérben), a módszertani ajánlások betartása, a felesleges vértranszfúziók kiiktatása. Fontos előírás, mind a bakteriális, mind a vírus és protozoa fertőzések elkerülése érdekében, hogy a trópusokról Európába visszatérő egyén 12 hónapig ne adjon vért.

A transfúzióval átvihető, klinikai szempontból legfontosabb baktériumok:

- a spirocheták mindhárom genusa: Treponema, Borrelia, Leptospira,
- a Gram-pozitív aerob coccusok, Staphylococcus aureus,
- a Gram-negatív coccobacillus Brucella és az ugyanabbe a csoportba tartozó Pseudomonas aeruginosa,
- és a Gram-negatív fakultatív anaerob bacilus Yersinia, Salmonella, Serratia, Escherchia coli.

Vérrel átvihető protozoon fertőzések

A protozoonok állati véglények, a baktériumoknál nagyobb egysejtűek. Az általuk okozott megbetegedések

rendszerint akutan jelentkeznek, de lehetnek krónikus lefolyásúak is. Vérrel átvihetők, de a hazai klíma általában nem kedvez fennmaradásuknak. Trópusokról hazatérő egyének lehetnek a fertőzés forrásai. Kivételt képez a toxoplazma, mely nálunk is endémiás. Különösen szeronegatív terhesekre veszélyes, súlyos magzati károsodás jöhet létre. A veszélyeztetett egyéneket szeronegatív vérrel kell transfundálni, amelynek biztosítása nem könnyű feladat. Gondot okozhat még a maláriát előidéző *Plasmodium vivax, malariae, falciparum, ovale*. Ez a szövödmény ritka, de előfordulhat, és jellegzetes tünetei esetén azonnal parazitológus segítségét kell igénybe venni.

IRODALOM

1. Hollán Zsuzsa: A transfúzió indikációi. Orv. Hetil. 129, 271-279 (1988). - 2. Amer. Assoc. of Blood Banks. Technical Manual, 1993. - 3. Transzfúziós Szabályzat. Szerk. Szabó János OVK, 1996. - 4. HIETE Klinikai Transzfúziológiai Licenc Tanfolyama I., III., IV., VI., VII., VIII., IX., X., XI., XII. blokk. (OHVII szervezésében 1995-96) - 5. Szabó János és mtsai: Vérekészítmények kódja és megnevezése. OHVII, 1995. - 6. A kéthetes vértranszfúziós tanfolyam tananyaga. OHVI Könyvtára I. II. 1983. - 7. Gál György: A vérátömlesztés szövödményei FEFA ITC, Budapest, 1994. - 8. Láng Csaba, Jánossy Anna: A vérekészítmény-előállítás higiénés környezete és mikrobiológiai ellenőrzése. Transzfúzió 27, 23-34 (1994). - 9. Donorok hemaferezise (Módszertani levél). Transzfúzió 26, 3-9 (1993). - 10. Harsányi Veronika: Hemopoietikus őssejtek gyűjtése és feldolgozása. Transzfúzió 26, 101-104 (1993).

Cs. Láng: *Use of blood preparates, up to date transfusion therapy II. part.*

A survey is given on blood preparates most frequently used in transfusion therapy. Detailed description is given on the possibilities of transfusion. The paper deals with the risk factors of blood transfusion and its most frequent complications.

Országos Vérellátó Központ, Budapest, Karolina út 19-21. - 11113

a POTORNAI PATIKA
gyógyszertár

2191 Bag, Petőfi tér 14.
felvételt hirdet

gyógyszerek
részére.

A gyógyszertár szolgálati rendje:

Hétköznap: 8-18 óráig

Szombaton: 8-13 óráig

Vasárnap: zárva (ügyelet nincs)

Munkaidő: 4-6-8 órában, megegyezés szerint

Munkabér: Megegyezés szerint

Juttatások: Utazási költségtérítés, munkaruha, étkezés, bérlet

Érdeklődni lehet: Személyesen, munkaidőben, a gyógyszertárban

2191 Bag, Petőfi tér 14.

vagy telefonon: 28/409-719, 30/402-015

A gyógyszeres terápia reneszánsza IV. Gasztroenterológia I.

Dr. Simon Kis Gábor¹, Takács Gézáné², dr. Várkonyi Tibor², dr. Nagy Balázs²

Az új diagnosztikai eljárások, a betegségek patomechanizmusának hatékonyabb feltárása lehetővé teszi az időben alkalmazott, célzott gyógyszeres terápiát. A populáció tendencijellegű egészségromlása, a modern gyógyító eszközök és módszerek alkalmazása árrobbanást eredményez.

A humánus megoldást nem a terápiás protokollok drasztikus szűkítése, hanem a racionális lehetőségek jobb kihasználása jelentheti.

Ennek egyik módja a tetemes anyagi konzekvenciákkal járó műtéti eljárások gyógyszeres terápiával lehetséges kiváltása.

Elemzések számos szakterületen történtek. Ismertetésünk a gasztroenterológiai megbetegedések belgyógyászati kezelésének területét tárgyalja.

Sajnálatosan rövid életünk során a legkülönfélébb, egészséget érintő panaszok orvoshoz juttatnak szinte minden embert. A kivizsgálások után – szerencsés esetben – kiderül, hogy milyen kórokozók, szervi elváltozások magyarázzák a rendellenes működést. Ezután már nincs „egyéb” szerepe az orvostudománynak, mint meggyógyítani a beteget.

A megszámlálhatatlan lehetőség, amit a tudomány a kezünkbe adott, gyakran tévutak választására hajlamosít. A biológia, a testi gyógyászat és a pszichoterápia különféle kórképekben szinte egymással versengve igyekszik prioritást szerezni. Időnként indokolatlanul elsőbbséget élveznek különféle fizikális beavatkozások, műtéti eljárások, míg más időszakokban a konzervatív terápia adta lehetőségek mellé teszik voksukat a szakemberek. Napjainkban a gyógyító tevékenység egyre inkább a gyógyszeres terápia alkalmazását jelenti. Ez örvendetes, hiszen a betegnek és az orvosnak egyaránt kényelmes, elviselhető, s nem utolsó sorban hatékony eljárás. Bátran kijelenthetjük, hogy *a gyógyszeres terápia a reneszánszát éli.*

Magyarországon már több mint háromezer fajta készítmény segíti a rászorulók gyógyulását. Ez a szám még mindig elmarad a (közepesen) fejlett nyugat-európai országok átlagától, tehát az anyagi lehetőségek függvényében további bővülés várható. Növekedett a kínálat, s ez az utóbbi évek viszonylatában – egyes becslések szerint – negyven-ötven milliárd forint költségnövekedést is okozott, miközben az egy főre jutó gyógyszerfelhasználás csökkent. A költségnövekedés oka tehát, hogy a modern, jó hatásfokú készítmények drágábbak, de nem mindig az az olcsó, ami kevesebbe kerül.

Tekintsük át, hogy a gasztroenterológia területén milyen új felismerések és lehetőségek születtek az utóbbi néhány esztendőben, s hogyan változott a megítélése egy-egy betegség, vagy betegségcsoport gyógyszeres kezelésének.

A peptikus fekélybetegségek patogenezisének kutatásában elért eredmények alapvetően átformálták ezt a kérdéskört. A gasztrointesztinális rendszer fekélybetegségei a

régi szemlélet szerint idegi elváltozásoknak, kórformáknak voltak tekinthetők, és a központi idegrendszer reguláló mechanizmusának döntő szerepét hangsúlyozták a só-sav elválasztás első fázisában. A kutatás másik területén a perifériás hormonok szekréciógátló működését vizsgálták, de nem hanyagolták el az intracelluláris biokémiai körfolyamatok alapvető jellegzetességeinek a tisztázását sem.

A peptikusnak nevezett, savhoz kötött nyálkahártyakárosodások vizsgálata során rendkívüli figyelmet szenteltek a pepszin szerepének is. Számos kérdés még tisztázatlan, de kiderült, hogy az eddig genetikai eredetűnek hitt hyperpepsinogenaemia a *Helicobacter pylori* fertőzés jellemzője, s nem a gastritis kialakulásának okozója.

Forradalmian új felismerést jelent, hogy a fekély „fertőző betegség”, és ma már a *Helicobacter pylori* szerepének megismerése és a kórokozó eradikációjával kapcsolatos elképzelések uralják a szakirodalmat.

Elfogadott tény, hogy a *Helicobacter pylori* fertőzésnek domináns szerepe van a genuin peptikus fekély kórfejlődésében. Ezt a kérdéses kórokozó eradikációja is egyértelműen alátámasztja.

Az emberiséggel szinte egykorú peptikus fekélybetegségek gyógyítására ma már számos módszer kínálkozik, csupán a „helyes” utat kell megtalálni, mely által a beteg a sebész kését, vagy az életveszélyt elkerülheti.

A következőkben vizsgáljuk, hogy mely területeken kell az új szempontok és terápiás lehetőségek birtokában megvívni és reményeink szerint jó hatásfokkal megnyerni a csatákat, melyekről folyamatosan kívánunk gondolatokat felvetni:

1. Savhoz kötött megbetegedések
 - a gastrooesophagealis reflux betegség,
 - a peptikus fekély.
2. Gyulladásos bélbetegségek
 - a colitis ulcerosa,
 - Crohn-betegség.
3. A generalizált citosztatikus kezelés emésztőszervi kórkövetkezményei.
4. A természetes és mesterséges táplálás kérdésköre.

1. SAVHOZ KÖTÖTT MEGBETEGEDÉSEK

A) A GASTROOESOPHAGEALIS REFLUX BETEGSÉG

A *nyelőcső* megbetegedései közül számottevő kórforma a *gastrooesophagealis reflux betegség (GERD)*. Mindaddig fiziológiás a folyamat, tehát problémát nem jelent, míg a nyelőcsőbe regurgitált gyomortartalom az oesophagus nyálkahártya védekező mechanizmusának eredményeként klinikai tüneteket nem okoz.

Akkor beszélünk gastrooesophagealis reflux betegségről, amikor a közismerten agresszív komponenseket – főleg savat – tartalmazó gyomortartalom a nyelőcső alsó szájadékanak működési zavara következményeként a nyelőcsőbe jut, s a nyelőcső hámlójában gyulladást idéz elő. Természetesen egy hosszútávú, netán látens hatású gyulladási folyamat következménye súlyos szövődmény lehet [1, 3].

Tünetek

A kórkép jellegzetes. Jellemző tünete a gyomorszáj tájékán jelentkező, nem mindig határozott fájdalommal kísért égő érzés, amely a mellkasba, állcsontba, karba sugárzik ki. A fájdalom kisugárzása koszorúérgörcs, vagy szívtrómbózis látszatát is keltheti. Segít a differenciálásban, hogy a tünetek nem fizikai terhelésre, hanem az étkezéssel összefüggésben jelentkeznek.

Különösen gyermekkorban gyakori jelenség, hogy a nyelőcső sav-regurgitáció által kiváltott görcse, reflektorkusan hörgőgörcsöt is okoz. Ez súlyos asztmás jellegű köhögési rohamokat vagy respirációs zavarokat okoz, miközben a szokásos asztma ellenes szerek hatástalanok.

Patomechanizmus

A GERD patomechanizmusának rövid áttekintése a terápia megértése miatt indokolt. A táplálék lenyelését követően a nyelőcsőben relaxáció, illetve proximálisan kontrakciós hullám halad. Az oesophagus sphincter környezete relaxálódik, a táplálék a gyomorba kerül. A kétféle hullám létrejöttét, összerendezettségét a vegetatív idegrendszer szabályozza: az acetilkolin felszabadulása révén alakul ki a simaizmok kontrakciója. A jelenség az extracelluláris calcium-influx révén valósul meg.

Ezt a regulációs mechanizmust a szimpatikus beidegzés, valamint a gastrointestinalis hormonok módosítják. Az alfa-adrenerg izgalom kontrakciót, a béta-izgalom relaxációt okoz.

A fentiek alapján a patológiás gastrooesophagealis reflux és a következményes GERD körfejlődésében elsősorban a nyelőcső motilitásának zavara játszik fő szerepet.

Kezelés

Mivel sokáig nem ismerték a betegség patomechanizmusát, nem az oki jellegű terápiára összpontosítottak [4,

5], de a tünetek és a betegség mechanizmusának ismeretében több új terápiás eljárás jöhet számításba, s a régebben elkerülhetetlennek vélt műtéti beavatkozások egy része kivédhető. A terápia hátránya, hogy nagy fegyelmet, szakértelmet kíván, hiszen a kezelést gyakran a beteg egész életében fenn kell tartani.

A belgyógyászati kezelésekből az alábbi gyógyszereket alkalmazzuk:

Antacidumok

A tüneti kezelés során felhasznált antacidok a modern terápiás eljárásban csak kiegészítő szerephez juthatnak. Feladatuk az átmeneti tünetcsillapítás és az egyéb terápiás szerek kiegészítése.

A tüneti kezelés során elsődlegesen arra kell törekedni, hogy a gyomorbennék pH-ja neutrális irányba tolódjék el, s minél rövidebb legyen a gyomorsav és a nyálkahártya kontaktusának ideje. E célból számtalan antacid hatású készítmény használható fel. Az esetek egy részében különös mellékhatásokkal, káros következményekkel sem kell számolni. Ez alól kivételt jelentenek a szisztémás hatással is rendelkező készítmények, melyek használata számos esetben ellenjavallt.

A napjainkban rendelkezésre álló szerek sorába tartozik az *Antagel, Actal, Maalox, Nilacid, Tisacid, Tums, Malugel*.

Nyálkahártya bevonó szerek

A régebben alkalmazott nyálkahártya bevonó szerek hatásmechanizmusához hasonlatosak, de azoknál számottevően hatékonyabbak, amelyek nemcsak inaktív felületet képeznek, hanem intenzíven kötődnek is a nekrotikus, fekélyes szöveti részekhez. Ebből következően, jobban kötődnek a GERD II.–III. stádiumában, mint a tényleges nyálkahártya károsodással nem járó 0–I. stádiumban.

Ezeknek a készítményeknek a reprezentánsai: *Sucralbene, Venter, Alusulin, Ulcogant*.

Savszekekreáció gátlók

Ismét utalni kell arra, hogy a GERD komplex motilitászavar által előidézett tünetcsoportként fogható fel. A betegség a peptikus fekélybetegségekhez hasonló terápiája is csaknem azonos, de a *GERD terápiájában gyakorlatilag achlorhydriát kell elérni, ami hosszán, gyakran egy életen át tartó kezelést feltételez.*

A savszekekreáció gátló szerek két fő csoportba sorolhatók.

– *H₂-receptor antagonisták:*

Gátolják a hisztamin által indukált sósavszekekreációt. A reflux betegség kezelésében a standard adagok általában nem elegendőek, hatásuk a tolerancia és a sav-rebound jelensége miatt romlik.

A terápiában elsőként alkalmazott szer a *cimetidin (Histodil, Cimetidin Pharmavit)*. Mellékhatásai miatt használata GERD-ben csak egészen kivételes esetekben indo-

kolt (például financiaális ok). A ranitidin (*Zantac*, *Ulceran*) kevés mellékhatása, biztonságossága és jó effektusa miatt a GERD enyhébb formáiban standard kezelési modellnek tekinthető. Újabb terápiás lehetőséget jelent a *nizatidin* (*Axid*). A második generációs H₂-receptor gátlók közé tartozó *famotidin* (*Quamatel*) terápiás és biztonsági paramétere megegyeznek az előzőekben említett ranitidinével.

– Protonpumpa-gátlók:

A savtermelést a parietális sejtek felszínén blokkolják a H⁺/K⁺-ATP-áz enzim bénításával. Az *omeprazol* (*Losec*), a *lansoprazol* (*Lansone*), illetve a *pantoprazol* (*Controloc*) jelenleg a GERD ilyen jellegű kezelésének leghatékosabb eszközei [6].

Prokinetikus szerek

A GERD pathogenesisét ismerve kézenfekvő a prokinetikus szerek alkalmazása, melyek ugyan kémiaiailag különböző szerkezetű anyagok, de valamennyien fokozzák a gastrointesztinális simaizmok motilitását, illetőleg elősegítik mozgásuk koordinálását. Közismert képviselőjük a *metoclopramid* (*Cerucal*, *Paspertin*), a *domperidon* (*Motilium*), és a csoport legígéretesebb tagja a *cizaprid* (*Coordinax*). Hatásmechanizmusának tárgyalása során meg kell említeni, hogy a gastrointesztinális tractus teljes hosszában elősegíti, vagy regenerálja a motoros aktivitást. Hatásmechanizmusában indirekt kolinerg és szerotonin befolyásolás érvényesül, a plexus myentericus postganglionáris idegvégződéseiben az acetilkolin felszabadítása révén fokozza a kolinerg tónust. A *cizaprid* csökkenti a nyelőcsőben a reflux által okozott gyomorsav expozíciót [7].

B) A PEPTIKUS FEKÉLY

Az ulcus és a gyulladós gastroenterológiai megbetegedések kezelésére jellemző, hogy időről-időre szinte robanásszerűen változott és egy-egy szisztéma egyeduralgódóvá vált, majd az újabb megismerések miatt a régi módszerek még nevetség tárgyát is képezték. A dolog szépség-hibája, hogy a régi módszerekkel is betegek tömegei gyógyultak, míg a legújabb, legfejlettebb eljárások sem maradéktalanul tökéletesek.

A fekélybetegségek *patogenezisével és terápiájával* kapcsolatosan az elmúlt időszakban jó néhány új és figyelemre méltó megállapítás született, és az elkötelezett kutatóknak bizony nem könnyű eligazodni az utóbbi tíz esztendő több, mint 3000 publikációjában.

Ma tényként fogadható el, hogy a *peptikus fekély a gyomornyálkahártya védekező mechanizmusai és a nyálkahártya-károsító agresszív tényezők közötti egyensúly összeomlásának eredménye*. Vitathatatlan, hogy a fekély a sósav-pepszin hatás eredménye, de az ehhez vezető út már számos etiológiai tényezőre vezethető vissza.

A legfrequentáltabb tényező a *Helicobacter pylori*, melynek a szerepe a krónikus gastritis, a peptikus fekély és a gyomor malignus daganatainak kialakulásában, vala-

mint a recidiváló fekélyek kiújulásában egyértelmű. Nem újkeletű felfedezésről van szó, hiszen *Marshall* és *Warren* 1983-ban észlelt baktériumai már közel egy évszázada foglalkoztatják az orvostársadalom e témakörben újat kutató képviselőit [8]. Ma már a klasszikus ulcus megbetegedéseket világviszonylatban baktérium-asszociált és indukált kórképnek tekinthetjük annak ellenére, hogy a háttérben még számtalan tényező lappang. Közismert a nem-szteroid gyulladásgátlók, a dohányzás, a stressz és még számtalan egyéb tényező kóroki szerepe. A vizsgálatok szerint a legtöbb *Helicobacter pylori* által fertőzött embernek nincs fekélye. Általánosan elfogadott, hogy a *H. pylori* fontos tényezője, de nyilvánvalóan nem minden esetben elégséges oka a fekély kialakulásának.

A *H. pylori*-asszociált fekélybetegség nem heveny kórkép: a baktérium akvirációja és a fekély kialakulása között legtöbbször évtizedek telnek el, mert ennyi idő szükségeltetik az agresszív és defenzív viszonyok egyensúlyának felbomlásához. Ez magyarázza, hogy miért olyan ritka a gyermekkori ulcus megbetegedés [9, 10].

A *H. pylori* a *legelterjedtebb* humán gastrointesztinális patogén, a humán populáció 50%-ában megtalálható. Tapasztalatok szerint csupán emberről-emberre terjed, egyéb reservoirt nem találtak. Az epidemiológiai felmérések tanúsága szerint a fertőzés útja fekál-orál. Elvileg nem zárható az orál-orál fertőzés sem, hiszen a kórokozó a gyomorból reflux útján a szájüregbe kerülhet. A fertőzés leggyakrabban gyermekkorban, sőt ezen belül csecsemőkorban történik. A statisztikai felmérés a fertőzés, illetve a baktériumhordozás vonatkozásában szignifikáns különbséget mutat a fejlett és fejletlen országok populációi között. A fertőzéssel kapcsolatba hozható kórképek kialakulását, klinikai lefolyását az akvirációs életkor befolyásolja. Minél hosszabb ugyanis a baktériumhordozás időtartama, annál nagyobb az esélye a krónikus atrophias gastritis, ulcus, displasia, gyomorcarcinoma kockázatának. A baktérium spontán eliminálódásának esélye felnőttkorban minimális [11].

Patofiziológiai megfontolások és gyakorlati tapasztalatok alapján a gyomor- és nyombélfekély alábbi típusai különíthetők el:

- *klasszikus peptikus fekélybetegség*;
- *NSAID indukálta fekély*;
- *Zollinger-Ellison-szindróma részeként kialakuló fekély*;
- *stressz-fekély*.

Klasszikus peptikus fekélybetegség

Peptikus fekély alatt a klasszikus szemlélet szerint a gastroduodenális nyálkahártya muscularis mucosa rétegére is betérjedő ulceratiót értjük. Bár a betegség patofiziológiája bizonytalan, úgy tűnik, hogy részben a gyomor-nyálkahártya által termelt sav és pepszin együttes hatása felelős a fekély kialakulásáért. Statisztikai becslések szerint a népesség 5–10%-a peptikus fekélyen esik át, és e betegek felénél 5 éven belül recidíva várható.

A bakteriológiai hatások, és a különféle mechanizmu-

sok megismerése és a celluláris kutatások nagyszerű felfedezéseket is eredményeztek. A peptikus fekély definíciója a patomechanizmus ismeretében már módosult [12], és az öt éven belüli recidíva aránya csökkent.

A tudomány gyors fejlődése kiváló gyógyszerek felfedezését is eredményezte. Ezeknek az alkalmazása az eddig sokszor csak sebészi eljárásokkal ellátható betegeket belgyógyászati módon is kezelhetővé tették.

A peptikus fekélybetegségek leggyakoribb előfordulása

Leggyakoribb a duodenalis bulbusában és a gyomorban. Előfordulhat még a duodenum patkóban, a jejunumban és a Meckel-diverticulumban is. Különböző agresszív tényezők és a nyálkahártya ellenállását segítő védőfaktorok egyensúlyának felbomlása következtében keletkezik.

Jóllehet a benignus gyomorfekély kialakulásához és fennmaradásához sav jelenlétére van szükség, a legtöbb gyomorfekélyes betegen normális savszekréció vagy éppen hypochlorhydria figyelhető meg. Valószínűsíthető tehát, hogy a fekélyes megbetegedést a nyálkahártya rezisztenciájának megváltozása okozza. A statisztikai felmérések tanúsága szerint a gyomorfekély kevésbé gyakori, mint a duodenális fekély, a populáció 0,1%-át érinti.

Kezelésük

A gyógyszeres kezelés célja a fájdalomenyhítés, a fekély begyógyítása, a különböző szövödmények megelőzése és a recidíva megakadályozása. Fontos megemlíteni, hogy a gyomorfekély esetében a malignitás kizárandó, ami azt jelenti, hogy endoszkóposan az érintett területet teljes gyógyulásig szemmel kell tartani és biopsziás mintát kell szövettani vizsgálatra venni. A gyógyszeres terápia eredményeként a duodenum fekélyek hat hét leforgása alatt 80–90%-ban, a gyomorfekélyek ugyanezen idő alatt 60%-ban gyógyulnak. Természetesen a nagyobb erodeált részek gyógyulása lényegesen hosszadalmasabb lehet. A gyógyszeres kezelésre a későbbiekben még ki fogunk térni, de meg kell említeni, hogy a hatékony terápia elősegítői az antacidok, a H_2 -receptor-gátlók és a protonpumpainhibitorok. Az eredményes kezelés nem jelentheti a terápia végét, hiszen kulcskérdés a visszaesési arány minimalisra csökkentése. E célból csupán azok az eljárások jöhetnek számításba, amelyek eradikálják a gyomorból a *H. pylori*-t.

NSAID indukálta fekély

A gyógyszeres terápiás eljárások reneszánszának tárgyalása során kissé anakronisztikusnak tűnik egy olyan betegcsoport gyógyszeres kezelését ismertetni, melynek előzménye és kialakulása gyógyszerhatás következménye. Nagyszerű eredmények születnek a nyálkahártya barrier stabilizálása és a *H. pylori* eradikálása során, ugyanakkor egyre nagyobb problémává terebélyesednek az NSAID-ok okozta iatrogén fekélyek.

A tünetmentesen kialakuló NSAID által indukált fekélybetegség vérzéssel, majd perforációval folytatódik és a végén letális kimenetel is előfordul.

A reumatológusok tapasztalata alapján megállapítható, hogy a NSAID gastropathia a iatrogén szövödmények között szinte a legnagyobb halálozási tényező reumatológiai betegségekben.

Kezelésük

Számításba vehetők a H_2 -blokkolók és a protonpumpa gátlók. A fekélyek kialakulásának gátlására szintén jól hasznosíthatók az előbbi szerek, sőt újabban a *misoprostol* (Cytotec) és egyéb prosztaglandinok hatása is eredményesnek értékelhető. A prevenció részét jelenthetik a NSAID-ok továbbfejlesztett változatai, mint például a nabumeton (*Relifex*), etodolac, amelyek metabolizmusa során a szubsztituált komponens javítja a nyálkahártya véráramlást, s csökkenti a leukocita adherenciát. Tudomásul kell vennünk, hogy a mozgásszervi betegségek gyógyszeres terápiájában a NSAID-ok alkalmazása még nélkülözhetetlen, s a kutatásoknak az irányban kell folyniuk, hogy az alkalmazott gyógyszerek minél diszkrétebb gasztrointesztinális mellékhatással járjanak.

Zollinger–Ellison-szindróma részeként kialakuló fekély

A szindrómát a pankreas, vagy a duodenum gasztrint termelő nem béta szigetsejtes tumora okozza. A fokozott gasztrintermelés jelentős gyomorsav túltermeléshez vezet. A Zollinger–Ellison-szindrómát okozó tumorok közel kétharmada malignus. Noha a szindróma az ulcus-betegségek csupán egy százalékánál kisebb hányadéért felelős, súlyos árat kell fizetni, ha nem ismerik fel a jelenlétét. Leggyakoribb megjelenési formája az egyszerű duodenális ulcus. A distális duodenum vagy a jejunum nagy vagy többszörös fekélyei, illetve a megfelelően végzett műtét után kialakuló ulcus recidívák hívhatják fel az orvos figyelmét a betegség lehetőségére.

A Zollinger–Ellison-szindróma részeként kialakuló fekélybetegség esetében igen gyakori tünet a hasmenés is: a betegek minimális hányadában a kórkép malabsorptio formájában lép fel, ulcus nem is alakul ki. A Zollinger–Ellison-szindrómában a gyomornedv analízise során észlelt sav-hiperszekréciót jelentős szérumsav-gasztrin-szint emelkedés kíséri.

Kezelés

A Zollinger–Ellison-szindróma súlyos, terápiareszisztens állapot. A malignus státus kezelése kevés sikerrel kecsegtet, a rendelkezésre álló lehetőségek közül említésre méltó a H_2 -receptor antagonisták és protonpumpa-gátlók alkalmazása. A kór morbiditását és mortalitását sokkal inkább a tumornövekedés hosszútávú hatása, mint a szabályozó mechanizmusok alól felszabadult savszekréció következménye határozza meg. A H_2 -receptor antagonistákkal végzett gyógyszeres kezelés a sav-hiperszekréciót

csökkenti, de a szükséges adagot a sav-elválasztás mérésének gondos ellenőrzésével kell meghatározni. Bizonyos esetekben sebészi eljárás, a rezekálható tumorok eltávolítása, vagy a daganat-massza sebészi úton történő csökkentése indokolt. A nem rezekálható tumoros betegekben pariétális sejt-vagotómiával javítható a fekélybetegség gyógyszeres kezelésének esélye. Az áttétes tumor kemoterápiával kezelhető.

Stressz-fekély

A fokozottan veszélyeztetett, táplálékot nem fogyasztó, például intenzív osztályon kezelt beteget fenyegeti leginkább a heveny fekély kialakulásának lehetősége. Az endogén prosztaglandin-rendszer elégtelen működése, az aciditás növekedése, a gyomornyálkahártya barrier károsodás, a mucus és bikarbonát szekréció következményes romlása miatt eróziók, gyorsan fejlődő fekélyek alakulhatnak ki. Legcélszerűbb az állapotot megelőzni. A preventív eljárást akkor célszerű megkezdeni, ha a gyomornedv pH-ja – óránkénti meghatározással – négy-öt közötti értékre, vagy ez alá süllyed. Ez savközömbösítők helyi alkalmazásával, vagy H_2 -antagonista folyamatos intravénás infúziójával valósítható meg. A per os nem táplált betegekben a *sucralfat* (4–6 óránként 1 gramm) bizonyítottan ugyanolyan hatásos. Előnyeként feltétlenül kiemelendő, hogy az aspirációs pneumonia gyakorisága kisebb, mint gyomorsav secretiót gátló kezelés alkalmazásakor [13].

A peptikus fekélybetegségek gyógyításának terápiai elvei

Az elsődleges cél a fekélybetegség belgyógyászati kezelésének tökéletesítése, ennek végső, elvárhatóan eredményes következménye pedig a műtéti megoldás teljes kiiktatása lehet. (Természetesen elhanyagolt, vagy malignus fekélyek esetén az előbbieken megjelölt cél nem követhető.)

A *H. pylori* igen fontos etiológiai szerepet játszik a peptikus fekély, valamint a gyomor malignus daganatának kialakulásában is, sőt a recidívák esetén is meghatározó jelentőségű.

A *H. pylori* eradikációja illetve a klasszikus peptikus fekélybetegség kezelése érdekében többféle stratégia létezik. Általános érvényű megállapítás, hogy a *Helicobacter pylori* eradikációját követően a fekélybetegség gyógyulnak tekinthető. Természetesen nem zárható ki a reinfekció lehetősége sem, ez azonban már új kórtörténet kezdete lehet.

A *gastrooesophagealis reflux betegség (GERD)* kezelése során már említettük a H_2 -blokkolók kiemelkedő jelentőségét. A gyomor és a duodenum peptikus fekélybetegségeinek terápiájában a H_2 -blokkolók bevezetése szintén forradalmi lépést jelentett és idejét múlttá tette a savkötő és antikolinerg terápiát. A fekélybetegségek sebészi ellátása szintén drámaian visszaszorult.

Antibiotikum terápia

A *H. pylori* eradikációját illetően a savszekréció gátlók és a nyálkahártya bevonószerek mellett igazi terápiai

értékkel csupán az *antibiotikumok* egy meghatározott köre rendelkezik. Ezek megfelelő kombinációi jelentik napjainkban a modern eradikációs terápiát.

In vitro több antibiotikum is kiváló hatással rendelkezik a *H. pylori* ellen, de in vivo önmagukban csak a legritkább esetben képesek a fertőzés eliminálására. Ezek a farmakonok nehezen jutnak be a gyomor nyálkahártyájába és a savstabilitásuk is gyenge.

Kombinált terápia

Az antibiotikumok nagy része nem saválló, ezért célszerű egy savelválasztást gátló szer és az antibiotikumok kombinálása. Mivel a *H. pylori* optimálisan eradikálószer hiányzik, a szakmai protokoll a 80–90%-os eradikációs ráta elérését tűzi ki célul.

Az *antibiotikus monoterápiát kerülni kell*, mivel a 2–4 hetes kezelések eradikációs eredménye átlagosan 18–20%. Ugyanakkor a monoterápiában alkalmazott antibiotikum számottevően megnövelheti a rezisztens *H. pylori* törzsek arányát.

Célszerű terápiai eljárásnak kínálkozik a *klasszikus hármas kezelési mód*. Ennek során *bizmut-vegyület* (4x120 mg), *tetracyclin* (4x500 mg) és *metronidazol* (4x250 mg) adandó. Feltétlenül megemlítendő, hogy ez volt az első hatásos eradikációs kombináció. A kéthetes kezelés effektusa 80%.

Hatásos az *omeprazol* (2x20 mg) – *amoxycillin* (2x1 g) kombináció. A kéthetes kúra eradikációs effektusa szintén 80%. Az amoxycillin gyakoribb, napi négyszeri adagolása, vagy a kombináció *metronidazzal* (4x250 mg) való bővítése tovább növeli az eradikációs rátát.

Az *omeprazol* (2x20 mg) – *klaritromycin* (2x500 mg) kombináció szintén 80%-os eradikációs eredménnyel kecsegtet kéthetes kúrát követően. Megjegyzendő, hogy penicillinallergiában ez a legjobb kezelési mód.

Az *omeprazol* (2x20 mg) – *klaritromycin* (2x500 mg) – *amoxycillin* (4x500 mg) kombináció 90%-os eradikációs hatású. A kezelés egy hétre rövidíthető úgy, hogy az eradikációs ráta nem csökken.

A kis dózisú, rövid ideig tartó kezelési módszerek közül az *omeprazol* (1x20 mg) – *klaritromycin* (2x250 mg) – *tinidazol* (2x500 mg) kombináció egyhetes eradikációs hatása 90% feletti. Ezen kombináció feltétlen előnye az alacsony napi tablettaszám, ami jobb compliance-hez vezet.

Természetesen a savszekréció-gátló hatást kihasználó eradikációs kombinációkba, bármely protonpumpa inhibitor (Controloc, Lansone, Losec) beilleszthető.

A ranitidin alapú kombinációk közül kiemelhetjük a *ranitidin* (2x150 mg) – *amoxycillin* (4x500 mg) – *metronidazol* (4x250 mg) kombinációt, ami körülbelül 90%-os eradikációs hatást biztosít kéthetes kezeléssel.

A *ranitidin-bizmut-citrát* (Pylorid) (2x400 mg) – *klaritromycin* (3x500 mg) kombináció sajátossága, hogy a ranitidin és a bizmut-citrát komponensek egybeépítésével a szer pH = 4 felett is ideálisan szolubilis a nyákban, a bizmut az epitel felszínére jut. Bár a ranitidin-bizmut-citrát önmagában eradikációs hatása nincs, klaritromycinnel kiegészítve a kéthetes kúra 82–86%-os eradikációs hatású.

A fenti eljárásokon túl még számtalan terápiás lehetőség kínálkozik e fontos kórforma kezelésére.

Jól látható, hogy a terápiás lehetőségek tárháza szinte végtelen. Mivel célunk, hogy minél gyorsabb, hatékonyabb és egyszerűbb eljárásokhoz jussunk, tudomásul kell vennünk, hogy az optimális eradikációs hatású szer kidolgozásához számos út vezethet. Az antiadhezív szerek, ureáz-enzim-gátlók, immunizációs eljárások, a gyomorból származó bikarbonát, ammónium, valamint az urea eltávolítására szolgáló vegyületek, továbbá a colostrumból származó antitestek felhasználása jelenthetik azokat az új kezelési lehetőségeket, amelyek a hagyományos antimikrobás eljárásokat felválthatják [11, 14, 15].

Az utóbbi két évtizedben a fekélybetegség kezelésében jelentős fejlődést tapasztalhattunk, ennek ellenére a felső gastrointestinalis vérzések előfordulásában hazánkban nem következett be csökkenés. Ezt az életkor kitolódása, a részben vele járó gyógyszerfogyasztás emelkedése, a fekélyek és vérzések kialakulásában szerepet játszó készítmények (szteroidok, NSAID-ok és szalicilat-tartalmú szerek) nagymérvű elterjedése és a jelenlegi társadalmi változások átmeneti negatív hatásai okozhatják [16].

A nagyszámú megbetegedés mellett azonban javultak a szövődmények, így az akut fekélyvérzés ellátásának feltételei is. Ezt részben a technikai fejlődés, részben a szemléletváltás tette lehetővé.

A korábbi masszív, manifeszt fekélyvérzésekben kizárólagos sebészi kezelést az endoszkópia kezdetben a vérzés lokalizálásával segítette, majd különböző endoszkópos vérzéscsillapítási eljárásokkal igyekezett azt úgy kiegyensúlyozni, hogy az akut műtétet kisebb mortalitással járó korai elektív műtétté lehessen alakítani. Az utóbbi évek eredményei alapján elképzelhető, hogy a terápiás endoszkópiában használatos vérzéscsillapító eljárásoknak köszönhetően a felső emésztőtraktusból származó vérzések miatt végzett műtétek száma elenyészővé válik majd. E folyamatot az utóbbi 20 év szakmai irodalmában is követhetjük [17, 18, 19, 20].

A betegek a kórházi osztályon megkezdett konzervatív terápiát otthonukban is folytathatják. A gastroenterológiai szakrendelésen állapotukat folyamatosan ellenőrzik.

Egy olyan klasszikusnak mondható területen is, mint a fekélyvérzések kezelése, gyökeres szemléletváltás tapasztalható az ún. konzervatív terápia, azaz a gyógyszeres kezelés irányába. Ennél is fontosabbnak érezzük azonban azt a megelőző jellegű gyógyszeres terápiát, amelyet tanulmányunkban a felső emésztőtraktussal kapcsolatosan változatosan ismertettünk annak érdekében, hogy a betegek el se jussanak a masszív, manifeszt fekélyvérzéses állapotba. De ha ez mégis bekövetkezik, a tudomány mai állása szerint akkor sem szükséges a kizárólagos sebészi kezelés.

2. GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK

Az idiopathiás gyulladós vastagbélbetegségek (a colitis ulcerosa és a Crohn-betegség) incidenciája az átlagos populációban 4–15/10 000 fő [21].

Magyarországon a betegség nemzetközi vonatkozásban közepes gyakoriságú, az epidemiológiai felmérések szerint 7–10 000-re tehető a colitis ulcerosás és mintegy 2500–3000-re a Crohn-betegségben szenvedők aránya [22]. A kórkép jelentősége a viszonylag alacsony esetszám ellenére vitathatatlan, hiszen leggyakrabban késő serdülőkorban jelentkezik, majd fiatal felnőttkorban tovább terebélyesedve végigkíséri az érintett egész életét. A feltárt esetek közül a nők veszélyeztetettsége lényegesen nagyobb a férfiakénál, a colitis ulcerosában szenvedő beteg rokoni kapcsolataiban pedig tízszer nagyobb a kockázat. Genetikai tényezők szerepét igazolja továbbá, hogy a megbetegedés az askenázi zsidók esetében szignifikánsabban jellemzőbb, mint az egyéb populációkban. Érdekes, hogy a dohányzók között a colitis ulcerosa ritkábban alakul ki [22].

Ennek feltehető magyarázata, hogy a nikotin befolyásolja a rectum nyálkahártya vérbőségét, a killer-sejt aktivitását, a gyulladáskeltő arachidonsav-termékek keletkezését és a nyákösszetételt, a permeabilitást, az immunglobulin-szekréciónál és a szabadgyökök képződését, befolyásolva direkt vagy indirekt úton a nyálkahártya védekezési mechanizmusát. Ezért érthető, ha colitis ulcerosában a gastroenterológus nikotin-tapaszt alkalmazását javasolja [23].

A colitis ulcerosa patogenezeise

A krónikus colitis leggyakoribb oka a colitis ulcerosa, amely a rectum és a colon mucosa egy kis részletét, vagy akár teljes egészét is érintheti. Elsőként *Bargen* már 1924-ben leírta a betegség experimentális és klinikai jellegzetességeit [24]. A betegek 30%-ában a betegség csak a rectumot érinti (proctitis ulcerosa), 40%-ban a folyamat kiterjedtebb, a rectumon kívüli területek is betegek, de az elváltozás nem terjed túl a flexura hepaticán. A betegek 30%-ában a teljes vastagbél érintett (pancolitis) [25].

Kétségtelen, hogy a gyulladós bélbetegségek (Inflammatory Bowel Disease) eredete ismeretlen, de az infekció kézenfekvő lehetőségnek tűnik. Ezt támasztja alá, hogy a legtöbb gyulladós bélbetegség lokálisan magas baktériumkoncentrációval jár. Ugyanakkor a mikrobás eredet revíziója napjainkban folyik, hiszen új, molekuláris biológiai felismerések gazdagítják a kutatók gondolkodását.

Vitathatatlan, hogy a gyulladós bélbetegségek kialakulásában a nyálkahártya fontos szerepet játszik. Fiziológiai körülmények között a mucosa integritása megfelelő védelmet biztosít, sérülése viszont lehetőséget teremt az intestinalis mikroflóra inváziójára, az idült, gyulladós folyamat indukálására és fenntartására. Kérdés, hogy a mucosa sérülése milyen táplálkozási, illetve oxigénellátási zavar, proliferációs probléma, vagy nyákképződési defektus következtében alakul ki.

A colitis ulcerosa legjellemzőbb tünete a hasi fájdalom, a rectális vérzés és hasmenés, a lázas állapot, az általánosan rossz közérzet. A betegek harmada 30 napon belül, míg a többiek akár évek óta fennálló panaszokról is tájékoztathatnak. Jelenleg nem ismert olyan laboratóriumi

paraméter, amely önmagában jellemző lenne a colitis ulcerosára. A kórforma jellegének, kiterjedésének és súlyosságának megállapítására az endoszkópos vizsgálatok a legalkalmasabbak [22].

A colitis ulcerosa makroszkóposan a nyálkahártyában (és legfeljebb a submucosában) eróziók, illetőleg fekélyek képződésével jár. A mucosa granulált, ödémás, sérülékeny. Ezek a fekélyek már kis trauma hatására is vérezni kezdenek. Súlyos esetekben kifejezett ulceratio, spontán vérzés és gennyes-nyálkás lepedék látható az érintett területeken [26].

A colitis ulcerosa terápiája

A gyógyszeres terápia reneszánszának akár klasszikus példajaként is említhetnénk az Inflammatory Bowel Disease (IBD) kezelés modern szemléletét, annak ellenére, hogy a colitis ulcerosa (jelenleg) gyógyszeresen nem gyógyítható meg. A kezelés célja a gyulladásos folyamat mérséklése, megállítása, a remisszió elérése, illetve fenntartása. Ehhez egyre gazdagabb választékban állnak rendelkezésre a megfelelő gyógyszerek. A készítmények farmakológiájának és mellékhatásainak ismerete elengedhetetlen, mert a gyógyszeres kezelés módja, adagja és időtartama szinte betegenként változik.

A colitis ulcerosa egyes esetekben eredményesen már nem kezelhető. Ilyenkor a műtét indikált. A „kezelés-rezisztencia” kimondása a belgyógyász és a sebész álláspontjától függ. Célszerű megfontolni, hogy a műtét tervezésénél vagy a terápiás protokollok megválasztásánál farmakológus szakember is hallathassa érveit, segítse a közös döntést. Mert pl. egy totális proctocolectomia után a beteg inkontinenssé válik, amelynek fizikális, lelki és egyéb következményei beláthatatlanok.

A távoli jövőben terápiás lehetőségként vetődhet fel az anti-adhezív molekulák, a szelektív immungátlás, a genetikai manipulációk, majd a kiváltó antigén ismeretében a deszenzibilizálás alkalmazása. A jelenleg rendelkezésre álló lehetőségek a beteg terápiás válaszképességét figyelembevéve a következők.

5-aminosalicilsav származékok

Az enyhe, vagy mérsékelt súlyos esetekben, továbbá a remisszió fenntartására az 5-aminosalicilsav (5-ASA) származékok a leggyakoribb választható szerek. Ebbe a csoportba tartozik a legrégebben használt, de még ma is hatásos *Salazopyrin* (*sulfasalazin*). Aktív betegség esetén a napi adag 4–6 gramm, míg fenntartó kezelésként 2 gramm [27].

Hasonló hatékonysággal, helyileg a bélnyálkahártyán fejt ki hatását a *mesalazin* hatóanyagú *Salofalk*, melyet akut esetben napi 1,5 g, súlyosabb esetben napi 3 g adagban javasolnak alkalmazni.

A betegség gyógyítására használt gyógyszerek nem csupán a foszfolipidek gyulladáskeltő származékait (leukotriének, prosztaglandinok), hanem az immunglobulinok keletkezését, a T-killer lymphocyták működését is erélye-

sen gátolják, szabadgyökfogók, szulfid-gátlók. Az azo-kötésnek az endotelsejek proliferáció gátlásában van szerepe, a hordozó sulfapyridin molekularész antibakteriális, gyulladásgátló, antioxidáns hatású [28].

E készítmények mellékhatásai kisebb mértékben jelentkeznek a szulfonamidmentes 5-aminosalicilsav készítményeknél. Ez utóbbiak hatékonyságát rontja pH-függőségük [29].

Az azo-kötésekkel rendelkező készítmények közül meg kell még említenünk a *Dipentum*-ot (*olsalazin*) is: Felszívódása minimális, a pH-tól függetlenül a vastagbélben helyileg fejt ki hatását. Koncentrációja 1000-szer magasabb a vastagbélben, mint a szérumban. Akut, enyhe esetben a kezdeti adag napi 1 g, mely szükség szerint egy hét alatt emelhető a maximális napi 3 g-ig.

A rektális készítmények alkalmazása is fontos terápiás lehetőség az aktív colitis ulcerosa kezelésében. A *sulfasalazin* tartalmú *Salazopyrin* kúp, enema, a *mesalazin* hatóanyagú *Salofalk* kúp és *clysm*, valamint a *Pentasa* kúp igen jó hatásfokúak. Felszabaduló hatóanyaguk jól befedi a rektum falát, alkalmazásuk egyszerű. A kezelés időtartama igen változó, általában 6–12 hetes kúra indokolt.

Glükokortikoidok

A szteroidok alkalmazása komoly múltra tekint vissza a gyulladásos bélbetegségek kezelésében. Súlyos colitis ulcerosában és a fulminans colitisben elsőként kerülnek bevezetésre. Enyhe, vagy közepesen súlyos állapotban csak az 5-ASA készítmények eredménytelensége után célszerű alkalmazásuk. Természetszerűleg csak aktív folyamatban használhatók, a remisszió fenntartására számításba sem jöhetnek.

A csoport klasszikus reprezentása a *prednisolon* (40–60 mg/nap). Kedvezőbb farmakokinetikai tulajdonságai, kisebb nátrium retináló hatása és nagyobb receptor affinitása miatt a *metilprednisolon* adása a célszerűbb (*Medrol*, *Metypred*). A szteroid kezelés megkezdésekor nagy dózissal célszerű indítani (125–62,5–48–32 mg), majd a klinikai hatás elérésekor az adagot hetente 5 mg-al lehet csökkenteni.

A szteroidok szisztémás mellékhatásai miatt számos lokális készítményt alkalmaznak. A rektális kortikoszteroid preparátumok, a hydrocortison klizma és a hydrocortison-acetát rektális hab hatékonyak distális colitis ulcerosa esetén.

Immunmodulánsok

Refrakter esetben vagy ismételt relapsuskor újabb lehetőség az immunmoduláns kezelés. Az *azathioprin* (*Imuran*) adását [30] kisebb dózisban (50 mg) célszerű kezdeni, fokozatosan emelve az adagot napi 2–2,5 mg/kg-ig. Az immunszuppresszív szerek hatása 2–6 hónap alatt alakul ki, ezért erre az időszakra más gyógyszert is kell adni. Szövődményként pancreatitis, fertőzésveszély, hepatitis, csontvelő-szuppresszió léphet fel.

Antibiotikumok

Az antibiotikus kezelés a colitis ulcerosa esetében valamennyi irodalmi értékelés tanúsága szerint hatástalannak bizonyult. Egyedül a fulmináns colitis ulcerosában ajánlhatók antibiotikumok, csak az egyéb szempontok alapos mérlegelése után.

Nem elhanyagolható a jelentősége az étrendi kezelésnek. A kéntartalmú aminosavak (cisztein) a károsító szulfidok képződését gátolják, míg a rövid szénláncú zsírsavak adagolása a nyálkahártya epitel sejtjeinek megújulásához szükséges. Vajsavas beöntés jó terápiás hatásáról is beszámoltak már a colitis ulcerosa kezelésében.

A Crohn-betegség

A Crohn-betegség krónikus gyulladós folyamat, amely a gasztrointesztinális rendszer bármely szakaszában megjelenhet. Jellegzetessége, hogy gyermekkortól kezdődően bármely életszakaszban előfordulhat, sőt tünettannak, diagnosztikájának és terápiájának életkor függő jellegzetessége sem ismert. Riasztó, hogy a Crohn-betegek 1/3-a a megbetegedés kezdetén 12 évesnél fiatalabb [32].

Figyelemreméltó a Crohn-betegséghez asszociált mozgásszervi eltérések súlyossága [33], a bőr- és nyálkahártya tünetek gyakorisága [34], sőt a szemészeti jellegű manifesztációk is.

A Crohn-betegség a nevét, mint ulceratív granulomatosisus kórkép, regionális ileitis, a kórkép első leírójától nyerte 1932-ben [35].

Leggyakrabban a terminális ileum és a proximális vastagbél érintett; az esetek 25%-ában csak a colon betegszik meg.

A Crohn-betegség pathogenesis

A Crohn-betegség olyan ismeretlen etiológiájú, szegmentális kiterjedésű, a bélfal minden rétegét érintő, krónikus, nem specifikus, de sarjzadásos gyulladós megbetegedés, amelynek szövődményei gyakoriak és rendkívül színesek. A kórkép az egyszerű gyulladós oedematól a tumorszerű eróziókon és fekélyeken át a poliposus elváltozásokig terjed.

Bár nagyszámú adat gyűlt össze a betegség pathomechanizmusáról, a témakör jó ismerői legfeljebb az éppen aktuális elméletek alapján igyekeztek képet alkotni a lehetséges ok-okozati tényezőkről. A kórkép lényegét képező immunmediált gyulladós folyamat több részlete ismert, a cascade rendszer aktiválódását kiváltó ok azonban nem.

A betegség az immunreguláció zavaraként is felfogható. Erre utalnak a gyakori extraintestinalis manifesztációk, amelyek más immunopathiákban is megjelennek. E mellett szól továbbá a kortikoszteroidok és az immunszuppresszív szerek hatásossága is [36, 37].

A Crohn-betegségben észlelt immunreakciók úgy értelmezhetők, hogy a bélfalban aktivált lymphocyták számos, a béllumenben közönségesen megtalálható antigén és a beteg bélfal anatómiai struktúráiból keletkező neo-

antigének ellen gyülekeznek, a fokozott antigénprezentáció a kóros T-sejt szenitizációval együtt van jelen, miközben a szisztémás celluláris immunaktivitás csökken. Mindezen változások viszont nincsenek szinkronban a betegség klinikai súlyosságával.

Feltételezhető, hogy infekció indítja be a kóros immunválaszt, a kontrollált vizsgálatok azonban ezt eddig nem igazolták.

Elektronmikroszkóp segítségével Crohnos granulomákban néha vírus-partikulumokat mutattak ki, ezek jelentősége azonban ismeretlen [38].

A Crohn-betegség pathomechanizmusának, de leginkább etiológiájának feltárása még a jövő feladata.

A Crohn-betegség terápiája

A Crohn-betegek kezelése alapvetően a *gasztroenterológus feladata*, s ehhez a hagyományos módszerek, illetve a gyógyszeres terápia jegyében számtalan jól használható eljárás áll rendelkezésre. A műtéti beavatkozás a betegséget nem gyógyítja meg, éppen ezért leginkább bél-obstrukciós és terápiaerezisztens esetekben alkalmazzák. Csupán érdekességként említhető, hogy a Crohn-betegség műtét után gyakran recidivál, s ez a folyamat leginkább az anastomosis területét érinti.

Az enyhe vagy mérsékeltén aktív Crohn-betegséget orális 5-ASA készítménnyel és kortikoszteroiddal kezelik. A sulfasalazin vagy 5-ASA terápiás adagját fokozatosan emelve lehet elérni. A kezdeti 40–60 mg prednisolon egy hét elteltével napi 30–40 mg-ra csökkenthető. Ezután heti 5–10 mg-al redukálható a mennyisége. További három hónapig másnaponta 10 mg-ot kapjon a beteg fenntartó adagú 5-ASA készítménnyel, így megelőzhető a korai recidíva. Amennyiben a kezelés eredménytelen, *azathioprin* (2 mg/kg/die) megkísérelhető.

Súlyos Crohn-betegség esetén vénás glükokortikoid javasolt (napi 100 mg prednisolon), teljes parenterális táplálással.

A 5-amino-szalicilsav készítmények lehetővé teszik a betegség célzott, lokalizáció szerinti kezelését. Az orális *mesalazin* (*Salofalk*) vékonybél érintettség, míg az *olsalazin* (*Dipentum*) vastagbélgyulladás esetén használható. A distalis colonban és a rectumban a mesalazin tartalmú rektális preparátumok biztosítják a legnagyobb 5-amino-szalicilsav koncentrációt. A Crohn-betegség és a perianális érintettség hatásos gyógyszere a *metronidazol* (*Klion*) [39].

Az immunszuppresszív szerek, a *mercaptopurin* és az *azathioprin* is fontos helyet foglalnak el a Crohn-betegség kezelésében, de hatásuk csak lassan fejlődik ki.

Az agresszív, kiterjedt betegségformában érélyes kezelés szükséges. Sipolyok, perianális szövődmények esetén jó eredménnyel adható *azathioprin*, kombinálva *antibiotikummal* (fluorokinolon csoport reprezentánsai) és/vagy metronidazzal (20 mg/kg/die hetekig). Az azathioprin rendszeres ellenőrzés mellett sikeres kezelés esetén éveken át adható.

Fontos kiegészítője a kezelésnek a bél „pihentetése” elemi táplálékkal. A gyógyszerek alkalmazásának átértékelésére jó példa lehet a közelmúltban kimunkált új eljárás.

rás, melynek lényege, hogy a kortikoszteroid terápia prioritásával szemben a teljes fehérjét tartalmazó enterális táplálással próbálkoznak. A klinikai remisszió és a laboratóriumi paraméterek bizonyítják a figyelemreméltó hatékonyságot. A Crohn-betegségben szenvedőknél a négy hétig alkalmazott polimeres táplálás azonos arányban okozott remissziót, mint a napi 1 mg/kg dózisú prednisolon kezelés. A 12,5 hónapos követés után a relapszus arány a polimert alkalmazó csoportnál volt az alacsonyabb. Ha figyelembe vesszük, hogy a kortikoszteroiddal történő hosszas kezelés kifejezetten gátolja a növekedést, zsírszövet akkumulációt okoz, továbbá a vizsgált esetekben ötször több relapszus következett be a prednisolon alkalmazásánál, akkor a következtetés egyértelmű.

A gyulladós vastagbél-megbetegedések (colitis ulcerosa, Crohn-betegség) esetszámának gyakorisága feltehetően, hogy egy háziorsói körzetben átlagosan 3–4 betegre feltétlenül számíthatunk. Ezért nagyon fontos a kezelés korrekt megtervezésének, a beteg szakszerű ellátásának a megismerése. A gyógyszeres terápia reneszánszának jegyében van lehetőség ezen súlyos betegség státuszának látványos javítására.

IRODALOM

1. Várkonyi T.: A gyomor és a bél betegségei. In: Progresszív beteg-ellátás. Ed: Csépanyi A. Művelt Nép Kiadó, 1986. – 2. Fullaston, G. M., MacDonald, A. M., McCollke: Rebound hypersecretion after H₂-antagonists, withdrawal-a comparative study with nizatidine, ranitidine and famotidine. *Alimentary Pharmacol. Ther* 5, 391 (1991). – 3. Gastrooesophagealis reflux betegség. In: Gastroenterológia. Ed.: Varró V. 38–46. old. Medicina, Budapest, 1997. – 4. Bytzer, P., Havelund, T., Hansen, I. M.: Interobserver variation in the endoscopic diagnosis of reflux esophagitis. *Scand. J. Gastroent.* 28, 119 (1993). – 5. Herszényi L., Szalay L., Fehér J.: Gastroesophagealis reflux betegség. *Orvosképzés* 68, 375 (1993). – 6. Mulder, C. J., Dekker, V., Gerretsen, M.: Lansoprazole 30 mg versus omeprazole 40 mg in the treatment of reflux oesophagitis grad II, III, and IV. *Eur. Gastroenterol. & Hepatol.* 8, 1101–1106 (1996). – 7. Wieseman, L., R., Faulds, D.: Cisapride- an updated review of its pharmacological and therapeutic efficacy as a prokinetic agent in gastrointestinal motility disorders. *Drugs* 47, 116 (1994). – 8. Goodwin, Cs., Mendall, M. M., Norhfield, T. C.: Helicobacter pylori infection. *Lancet* 349, 265–269 (1997). – 9. Malferteiner, P., Halter, F.: Peptid ulcer pathogenesis. In: Malferteiner, P., Mégraud P., Michetti P., Price A. (eds.). *The Year in Helicobacter pylori* 1994. *Current opinion in Gastroenterology* 10, (Suppl. 1), 30–34 (1994). – 10. Taylor, O. N., Blaser, M. J.: The epidemiology of Helicobacter infection. *Epidemiol. Rev.* 13, 42–59 (1991). – 11. Rácz I.: A Helicobacter pylori és a fekélybetegség. *Orv. Hetil.* 137, (27), 1459–1465 (1996). – 12. Steven, A.: Korszerű orvosi diagnosztika és terápia: 430. – 13. Soll, A. H.: Gastric, duodenal, and stress ulcer. In: *Gastrointestinal disease. Pathophysiology (Diagnosis) Management.* Sleisinger MH. and Fordtran J. S. (eds.), Saunders, Philadelphia 1993. pp. 580–679. – 14. Hackelsberger, A., Malferteiner, P.: A Risk-Benefit Assessment of Drugs Used in the Eradication of Helicobacter pylori Infection. *Drug Safety*, VI. 0–30–52. 1996. – 15. Malferteiner, P.: The impact of Helicobacter pylori infection in peptic ulcer disease: current practice and future perspectives. *Eur. J. Clin. Res.* 9, 129–149 (1997). – 16. Kersák, J., Varga E., Béró T.: Felső gastrointestinalis fekélyvérzések kombinált, injekciós endo-

szkópos scleroterápiája. *Orv. Hetil.* 138, (41), 2593–2597 (1997). – 17. Boyd, J. és mtsai: Nonvariceal upper GI. bleeding due to visible vessels: outcome of varying treatment methods and operators on rebleeding rates. *Gastrointestinal Endoscopy* 40, 361 (1995). – 18. Halasy K.: A felső gastrointestinalis rendszer akut fekélyvérzéseinek injekciós szkoleiritizáló kezeléséről. *Orv. Hetil.* 135, 1243–1250 (1994). – 19. Schoenberg, M. H. és mtsai: Endoskopische und chirurgische Therapie blutender Ulcera duodeni et ventriculi. *Der Chirurg*, 66, 326–333 (1995). – 20. Toóth É. és mtsai: Az „Urgens endoscopia” szerepe a gyomor-bél tractus felső szakasza súlyos vérzéseinek diagnosztikájában. *Orv. Hetil.* 117, 1872–1877 (1976). – 21. Calkins, B. M. Mendelhoff, A. I.: The epidemiology of idiopathic inflammatory Bowel disease. In: Kirsner J. B., Shorter R. G. (eds.): *Inflammatory Bowel disease.* Philadelphia, 1995. 31–68. pp. – 22. Gyulladásos bélbetegségek. *Orvostovábbképző Szle* 3, (3), 1996. – 23. Thomas, G. A. et al.: Transdermal nicotine as maintenance therapy for ulcerative colitis *New Engl. J. Med* 332, 988–992 (1995). – 24. Barga J. A.: Experimental studies on the etiology of chronic ulcerative colitis. *JAMA* 83, 332–336 (1924). – 25. Rankin, G. B.: Extraintestinal and systemic manifestations of inflammatory Bowel disease. *Med. Clin. North. Amer.* 74, (1), 39–50 (1990). – 26. Bajtai A.: A gyulladásos vastagbélbetegségek (IBD) patológiája. In: *IBD Válogatott fejezetek a gyulladásos vastagbélbetegségekről.* Medicom. Budapest, 1997. 1057–1111 pp. – 27. Hanauer, S. B.: Medical therapy in ulcerative colitis. In: Kissner, Shorter, (eds): 664–694 pp. – 28. Allgayer, H.: Sulfasalazine and 5-ASA compounds. *Gastroenterol. North. Amer.* 21, 643–657 (1992). – 29. Hanauer, S. B.: Medical therapy in ulcerative colitis. In: Kissner, Shorter, (eds): 664–694 pp. – 30. Adler, D. J., Korelitz, B. I.: The therapeutic efficacy of 6-mercaptopurine in refractory ulcerative colitis. *Amer. J. Gastroenterol.* 85, (6), 712–722 (1990). – 31. Scheppach W.: Lokaltherapie der distalen colitis und proctitis ulcerosa. *Dtsch. med. Wschr.* 118, 751–754 (1993). – 32. Jackson, W. D., Grandl, R. J.: Crohn's disease. In: Walker, W. A., Durie, P. R., Hamilton, R. J., Walker-Smith, J. A., Watkins, J. B. (eds.): *Pediatric gastrointestinal Disease.* B. C. Decker Inc., Philadelphia, Toronto, 594 p. 1991. – 33. Farkas E.: A Crohn-betegség reumatológiai vonatkozásai. *Magy. Belorv. Arch.* 48, (5), 321–324 (1995). – 34. Horváth A., Temesvári E.: A Crohn-sydroma börgyógyászati vonatkozásai. *Magy. Belorv. Arch.* 48, (5), 325–328 (1995). – 35. Crohn, B. B., Ginzburg, I., Oppenheimer, G. D.: Regional ileitis. *JAMA* 99, 1323–1329 (1932). – 36. Greenberg, G. R. et al. and the Canadian Inflammatory Bowel Disease Study Group: Oral budesonide for active Crohn's disease. *New Engl. J. Med.* 331, 836–841 (1994). – 37. Sandborn, W. J., Treamine, W. J.: Cyclosporin treatment of inflammatory Bowel disease. *Mayo Clin. Proc.* 67, 981–990 (1992). – 38. Smith, M. S. Wakerfield, A. J.: Viral association with Crohn's disease. *Ann. Med.* 25, 557–561 1993. – 39. Sutherland, L. et al.: Double blind placebo-controlled trial of metronidazole in Crohn's disease. *Gut* 32, (9), 1071–1075 (1991).

G. Simon Kis, G. Takács, T. Várkonyi, B. Nagy: *The renaissance of the drug therapy IV. Gastroenterology I.*

Newly developed diagnostic procedures and the more effective discovery of the pathomechanism of gastrointestinal diseases assure the adequate medical treatment with the help of modern pharmacy. The decreasing trend of the population's health status and the application of the modern therapeutic equipments and methods resulted in financial explosion. The way to solve this contradiction is not the hard depression of the common therapeutical protocols but the rational utilization of the alternative possibilities of the medical treatment. One of this alternatives is the replacement of the surgery by medicaments. In their article the authors try to overview the possible ways of pharmacological medical treatment of the different gastroenterological diseases.

¹ Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Orvosi Népegészségügyi Intézet, Budapest, Szabolcs u. 31. – 1135;

² Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba, Gyulai u. 18. – 5600

AKTUÁLIS OLDALAK

Gyógyszerészet 42. 162–170. 1998.

Családorvosok a közgyógyellátásról

Dr. Matejka Zsuzsanna¹, dr. Szűcs Tamás² és dr. Harsányi László³

A lakosság ellátása alapvető gyógyszerekkel nagyon nagy gondot okoz a fejlődő országoknak, de az iparilag fejlettebb régiókban sem problémamentes a szegény betegek ellátása. Számos módszer létezik a probléma enyhítésére, de ezek alapvetően két rendszerbe csoportosíthatóak. Legtöbb esetben az állam (települési önkormányzat) egy bizonyos jövedelemszint alatt (vagy egyéb módon definiált szociális helyzetben) átvállalja a betegről a térítés megfizetését a teljes gyógyszervásárlásért, vagy egy adott listán szereplő gyógyszerek rendelhetők a jogosult részére térítésmentesen.

Az iparilag fejlett országokban általában a teljes körű ingyenességet alkalmazzák, míg a lényegesen alacsonyabb szociális költségvetéssel rendelkező – közepesen fejlett – országok a legalapvetőbb gyógyszereket igyekeznek biztosítani a rászorulóknak számára. A fejlődő országok nagy részében egyáltalán nincs széleskörű társadalombiztosítás és szociális ellátás, így általában közvetlenül az orvos látja el a betegek egy részét gyógyszerekkel segélyakciók keretében.

Érdekes megvizsgálni néhány iparilag fejlett európai ország alapellátási rendszerét, hiszen Magyarország az Európai Unióba törekszik. Ennek megfelelően érdemes figyelembe vennünk a tagországok szociális jellegű gyógyszerellátásának rendszerét.

Franciaországban a lakosság kb. 10%-a: a krónikus betegségben szenvedők, a szegények, a rokkantak és a terhes anyák kapják ingyen a gyógyszereket. A krónikus betegségben szenvedők csupán a betegségük kezelésére szolgáló termékeket kapják térítésmentesen, a többiért ugyanúgy fizetnek, ahogy mások, akik a gyógyszer árának 35, illetve 65%-át fizetik, a készítmény besorolásától függően.

Németországban is hasonló az arány, ott a biztosítottak mintegy 15%-a kap ingyenesen gyógyszert szociális alapon, terhesség esetén, vagy mert a beteg 18 évnél fiatalabb.

Spanyolországban térítésmentesen kapják gyógyszereiket a rokkantak, a 60 évnél idősebbek, az üzemi balesetet szenvedettek és a kórházi ellátásban részesülő betegek.

Olaszországban életkorhoz és jövedelemhez is kötött az ingyenes gyógyszerellátásban részesülők köre. A 6 év alatti gyermekek és a 65 év feletti idősök, a munkanélküliek, továbbá a 60 évnél idősebb nyugdíjasok bizonyos jövedelem alatt nem fizetnek a gyógyszerekért. Nem fizetnek térítést a terhes anyák, a rokkantak és a krónikus betegségben szenvedők a betegségük kezelésére felírt készítményekért.

Angliában a legkiterjedtebb a gyógyszereket ingyen kapó állampolgárok köre. Ide tartozik kb. a lakosság 50%-a. A receptek 80%-ánál azért nem fizet a páciens, mert olyan kategóriába tartozik, amelyik felmenti a fizetési kötelezettség alól, pl. munkanélküli, alacsony jövedelmű, 16 év alatti gyermek, 19 év alatti nappali tagozaton tanuló diák, terhes anya (a gyermek 1 éves koráig), vagy 60 év feletti és krónikus betegségben szenvedő.

Hollandiában a rendszer lényegesen különbözik a többi országtól, hiszen a nagyon elterjedt referencia árrendszer miatt (mely szerint az azonos indikációjú és hatásmechanizmusú gyógyszerekre azonos összegű a támogatás az ártól függetlenül) a referencia szint alatti árú gyógyszerekre a betegek eleve nem fizetnek térítést. Viszont ha a beteg (ill. az orvos) eltér az adott hatástani kategória referencia termékétől, akkor meg kell fizetni az árkülönbséget (vagy a betegnek vagy a magánbiztosítójának).

A közgyógyellátás Magyarországon

Hazánkban a közgyógyellátás szabályozása egyrészt definiálja azon betegek körét, akik igénybe vehetik az ellátást, másrészt a rászorulóknak csak az ún. közgyógyellátási listán szereplő készítmények rendelhetők ingyenesen.

A magyar közgyógyellátás rendszere a hozzáférhető gyógyszerek köre alapján a fejlett országok rendszeréhez hasonlít. Igen nagyszámú készítmény felírható a betegek számára és ez a felsorolás a korszerű terápia legtöbb hatóanyagát tartalmazza: sokszorososan bővebb, mint a WHO által javasolt ún. alapvető gyógyszerek listája. A teljeséghez még hozzátartozik az is, hogy az egyes súlyos krónikus betegségek speciális gyógyszereit (rosszindulatú daganatos betegségek, I. típusú diabetes stb.) minden biztosított ingyen kapja.

A jogosultak körét és az igénybevehető szolgáltatásokat törvény szabályozza. Ennek értelmében a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkező személy térítésmentesen jogosult a listán szereplő közgyógyellátási gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre, protetikai és fogszabályozó eszközökre (ideértve ez utóbbiak javításának költségeit is), valamint a járóbeteg szakellátás keretében gyógyfürdőben nyújtott fizioterápiás kezelésre.

A jogosultságot a törvény három alapvető kategóriára osztja:

1. Közgyógyellátásra *alanyi* jogon jogosult,

a) a bentlakásos gyermek- és ifjúságvédelmi intézményben lakó, az intézeti elhelyezett, az intézeti és állami nevelt kiskorú,

- b) a rendszeres szociális segélyben részesülő,
- c) a pénzellátásban részesülő hadigondozott és a nemzeti gondozott,
- d) a sorkatonai családi segélyben részesülő,
- e) a központi szociális segélyben részesülő,
- f) a rokkantsági járadékos,
- g) az, aki az I. vagy II. csoportú rokkantsága alapján részesül nyugellátásban, baleseti nyugellátásban,
- h) az, aki után szülője vagy eltartója magasabb összegű családi pótlékban részesül.

2. *Méltányossági alapon* jogosult közgyógyellátásra, aki szociálisan rászorult és gyógyszerköltsége olyan magas, hogy azt létfenntartása veszélyeztetése nélkül nem képes viselni.

A méltányossági igazolvány kiadását kérvényezni kell a települési önkormányzattól, és kiadásához a beteg családi orvosának a rendszeresen szedett gyógyszerekről igazolást kell kiállítania.

3. 1996 óta létező kategória a *normatív alapú* közgyógyellátási jogosultság. Ez jár annak a személynek, akinek havi rendszeres gyógyszerköltsége az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének a 10%-át meghaladja, és a családjában az egy főre jutó havi jövedelem nem éri el az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegét, egyedülálló esetében 150%-át.

Magyarországon 1996. december 31-i adat szerint 527 874 személy – a lakosság 5,1%-a – rendelkezett érvényes közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal a következő összetételben: alanyi jogon: 313 615, méltányossági alapon: 150 979, normatív alapon: 63 280 fő.

Az 1996-os évben a közgyógyellátási kiadások összesen 15 762 millió forintot tettek ki, ebből 8958 millió volt a normál OEP támogatás és 6.804 milliót az állami költségvetés a beteg helyett térítésként fizetett ki. Ez utóbbiból az önkormányzatok által a méltányossági igazolványok kiadása után befizetett hozzájárulás a kiadások mintegy 20%-át fedezi. Összegezve: a lakosság 5,1%-a veszi igénybe a teljes gyógyszer-támogatás 18,6%-át!

Összehasonlítva az egy lakosra, illetve egy közgyógyellátottra jutó teljes gyógyszerköltséget, az 1996. évi adatok az *I. táblázatban* olvashatók.

I. táblázat

Egy főre jutó 1996. évi gyógyszerfogyasztási adatok

Biztosított/év	Közgyógyellátott/év
8 242 Ft támogatás (OEP)	16 970 Ft támogatás (OEP)
3 639 Ft térítés (beteg)	12 889 Ft térítés (költségvetés)
Összesen 11 881 Ft	Összesen 29 859 Ft

Egy közgyógyellátott gyógyszerfogyasztásának értéke mintegy két és félszerese az átlag biztosítotténak, ami csak részben tudható be az adott csoportok egészségügyi-szociális helyzetének, és mindenképpen a rendszer működési hibájára utal.

Felmérés a családi orvosok körében

Ezek az alapvető problémák indokolták, hogy a Szonda Ipsos Média-, Vélemény- és Piackutató Intézet az

Egészségbiztosítási Önkormányzat megbízásából kérdőíves felmérést végzett 1997 tavaszán 500 háziorvosnál a közgyógyellátás jelenlegi rendszerével kapcsolatosan.

A kérdéseket a következő témakörök szerint csoportosították:

I. A megkérdezett háziorvosok betegkörének összetétele, jellemzői;

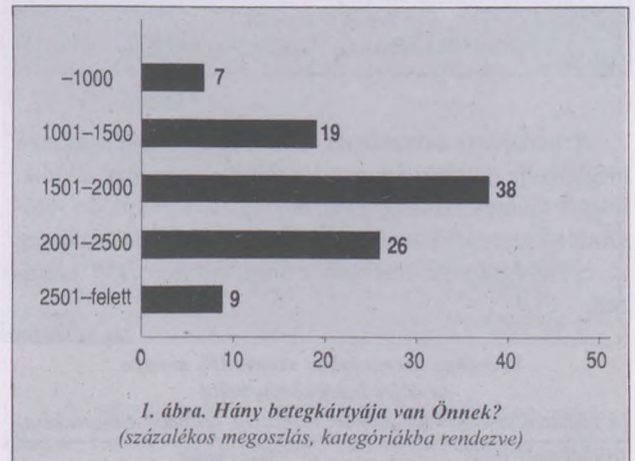
II. A közgyógyellátás terhére térítésmentesen rendelhető gyógyszerek körének értékelése;

III. A közgyógyellátás jelenlegi rendszerének értékelése;

IV. A megkérdezett családorvosok javaslatai a rendszer átalakítására.

I. A megkérdezett háziorvosok betegkörének összetétele, jellemzői

A betegkártyák szám szerinti megoszlása a megkérdezett orvosok körében megfelel az országos helyzetnek, azaz a felmérésben megkérdezettek ebből a szempontból jól reprezentálják a hazai viszonyokat (*I. ábra*).



A részletes elemzésekből kiderül, hogy a fővárosban egy családi orvosnak lényegesen kevesebb betege van, mint a megyeszékhelyen illetve a városokban megkérdezetteknek. Feltételezhetően ez is hozzájárul ahhoz, hogy a fővárosban a gyógyszerfelhasználás magasabb, mint vidéken (*II. táblázat*).

II. táblázat

Hány betegkártyája van Önnek?

(a válaszok átlaga darabban megadva, településtípusonként)

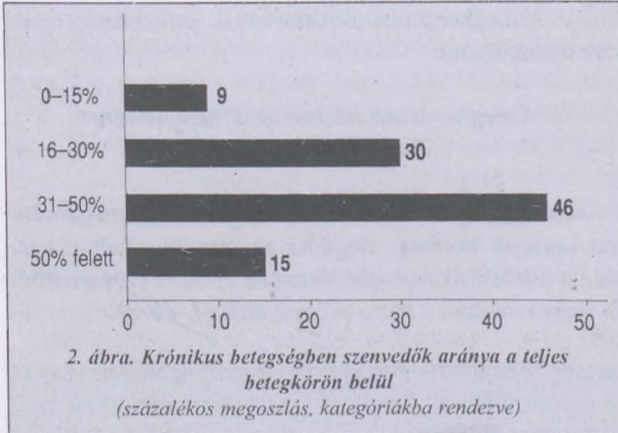
Településtípusok	Betegkártyák száma (darab)
Budapest	1696
Megyeszékhely	1898
Város	1936
Község	1735
Összesen	1806

Kérdés: A krónikus betegségben szenvedők aránya a teljes betegkörön belül?

Megdöbbentően magas – átlagosan 38% – a krónikus betegségben szenvedők aránya a megkérdezett családi or-

vosok bevallása szerint. Ebből következik, hogy a krónikus betegségben szenvedők folyamatos gyógyszeres terápiát igényelnek, ami részben indokolja a magas hazai gyógyszerfogyasztást, és a krónikus betegek magas aránya a lakosság körében a folyamatos gyógyszerigény miatt magas gyógyszerköltségeket is indukál.

Az átlagon belül az egyes családi orvosok pacientúrája között igen nagy a szórás, amit feltételezhetően az ellátott lakosság korösszetétele, illetve szociális és földrajzi helyzete indukál (2. ábra).



A budapesti orvosoknál a krónikus betegek aránya meghaladja a vidéki átlagot. Ez feltehetően abból adódik, hogy a főváros lakossága viszonylag előregedett, de valószínűleg szerepet játszik az is, hogy a fővárosiak számára az egészségügy „elérhetőbb”, mint vidéken (III. táblázat).

III. táblázat

Krónikus betegségben szenvedők aránya a teljes betegkörön belül

(a válaszok átlaga százalékban megadva, településtípusonként)

Településtípusok	%-os arány
Budapest	41
Megyeszékhely	37
Város	36
Község	37
Összesen	38

Kérdés: Egyes betegségfajták előfordulási aránya a krónikus betegek között?

A megkérdezett családi orvosok által adott válaszok szerinti megoszlás megfelel az országos morbiditási helyzetnek. Figyelemre méltó, hogy a fővárosban a szív- és érrendszeri betegségek, a mozgásszervi kórképek és az emésztőszervi betegségek (cukorbetegséggel együtt) területén magasabb a morbiditás, mint a vidéki átlag. Ezen kórképek kezelésének gyógyszerigénye magas, és a beteg számára a közgyógyellátáson kívül nem ingyenes. Relatív magasabb az aránya a fővárosban a rosszindulatú daganatos megbetegedésekben szenvedőknek is. Ez azonban a gyógyszerek ingyenessége miatt nem okoz költséget a betegek számára (3. ábra és IV. táblázat).



IV. táblázat

Egyes betegségfajták előfordulási aránya a krónikus betegek között (százalékos arányok településtípusonként)

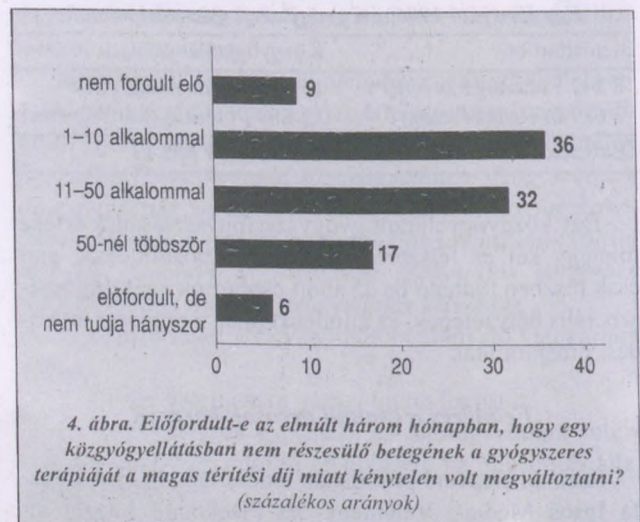
Településtípusok	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Budapest	50	6	17	34	13	23	14
Megyeszékhely	44	5	13	29	11	17	12
Város	39	5	13	28	12	16	12
Község	44	6	17	30	12	17	11
Összesen	44	5	15	30	12	18	12

1. Szív- és érrendszeri megbetegedés
2. Roszzindulatú daganatos megbetegedés
3. Alkoholizmus
4. Mozgásszervi betegség
5. Felső légúti- vagy húgyúti fertőzés
6. Emésztőrendszeri betegség (cukorbetegséggel együtt)
7. Pszichiátriai, neurológiai betegség

Kérdés, hogy a krónikus betegek magasabb fővárosi aránya mennyiben függ össze az ellátórendszer jobb elérhetőségével, illetve a lakosság korösszetételével.

Kérdés: Előfordult-e az elmúlt három hónapban, hogy egy közgyógyellátásban nem részesülő betegnek a magas térítési díj miatt módosítani kellett a terápiát?

A válaszadó orvosok 91%-ával fordult elő, hogy a gyógyszer magas térítési díja miatt módosítani kellett a gyógyszeres terápiát.



A válaszok szám szerinti megoszlása arra enged következtetni, hogy *átlagosan naponta kb. két beteg esetében szükséges a terápia módosítása a gyógyszer ára miatt (4. ábra)*. Figyelembevéve a napi átlagos betegforgalmat, ez a szám nem mondható magas aránynak. A jelenség mögött feltehetően az húzódik meg egyrészt, hogy az utóbbi években rohamosan kibővült gyógyszerválaszték az orvosok számára széleskörű lehetőséget biztosít a gyógyszerválasztásra, másrészt a családi orvosok döntő többsége rendszeresen figyelemmel kíséri a gyógyszerárak alakulását és a rendelés során eleve a beteg pénztárcájához igazodó gyógyszert választ.

Kérdés: A közgyógyellátásban részesülő betegek aránya?

A megkérdezettek szerint a közgyógyellátásban részesülő betegek aránya átlagosan 11%. Ezzel szemben a tényleges országos átlag 5,1%. A válaszok megoszlása szerint a megkérdezettek közel felénél 5% alatt marad a közgyógyellátásban részesülők aránya (5. ábra).

A családi orvosok 10%-ánál a lakosság több mint 20%-a közgyógyellátott. Ez a szórás jól tükrözi a valós hazai helyzetet, mivel az egyes régiók lakosságának szociális helyzete szerint változik az ellátásban részesülők aránya. A fővárosban magasabb a közgyógyellátásban részesülők aránya, mint vidéken, ami az első kérdésekre adott válaszok megoszlásával hozható összefüggésbe (az egészségügyi ellátás jobb hozzáférhetősége, gyógyszerigénylés, krónikus betegségek magasabb aránya, lakosság előregedése). Ugyanakkor a lakosság tényleges jövedelmi viszonyai nem indokolják a magasabb fővárosi arányt (V. táblázat).

V. táblázat

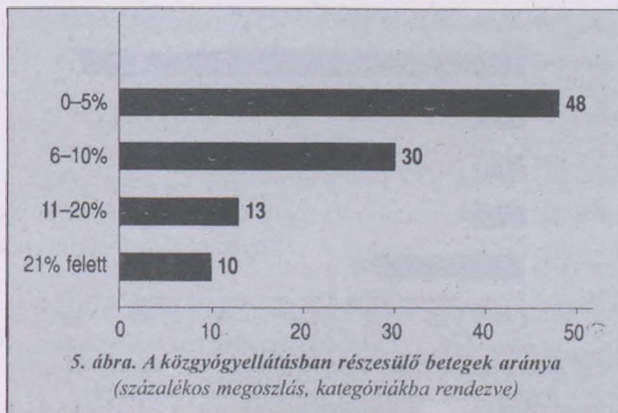
A közgyógyellátásban részesülő betegek aránya

(a válaszok átlaga százalékban megadva, településtípusonként ill. országrészek szerint)

Településtípusok	%
Budapest	13
Megyeszékhely	10
Város	10
Község	9
Összesen	11
Országrészek	
Budapest	13
Nyugati országrész	8
Keleti országrész	10
Összesen	11

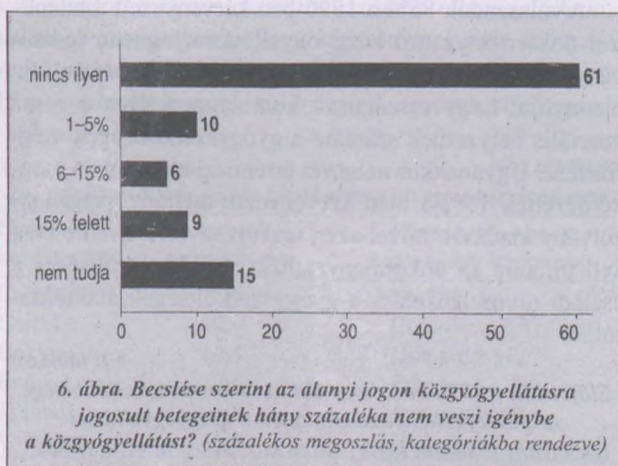
Kérdés: Becslése szerint az alanyi jogon közgyógyellátásra jogosult betegeknek hány százaléka nem veszi igénybe a közgyógyellátást?

Nagyon figyelemreméltó, hogy a megkérdezettek 25%-a szerint az alanyi jogon ellátása jogosultak egy része nem veszi igénybe az ingyenes ellátást. Különösen el-



5. ábra. A közgyógyellátásban részesülő betegek aránya (százalékos megoszlás, kategóriákba rendezve)

gondolkodtató, hogy 9% véleménye szerint a 15%-ot meghaladja azon jogosultak aránya, akik nem veszik igénybe az alanyi jogú ellátást (6. ábra). A jelenség mögött a következők húzódnak meg:



6. ábra. Becslése szerint az alanyi jogon közgyógyellátásra jogosult betegeknek hány százaléka nem veszi igénybe a közgyógyellátást? (százalékos megoszlás, kategóriákba rendezve)

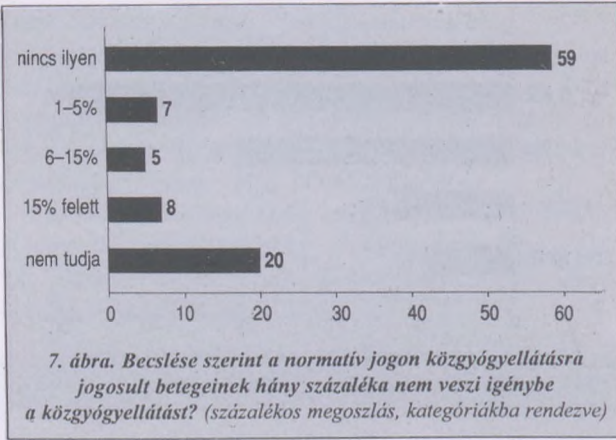
– A jogosult nem tud arról, hogy jogosult lenne az ellátásra. Ennek valószínűségét csökkenti, hogy a családi orvosa tudja a jogosultság tényét, tehát feltételezhetően szükség esetén közli is a jogosulttal.

– Lehetséges, hogy a jogosult egészséges, ezért nincs szüksége arra, hogy igénybe vegye az ellátást. Előfordulhat, hogy a jogosult beteg ugyan, de a számára rendelt gyógyszerek nem szerepelnek a közgyógyellátási listán. Ez a variáció a közgyógylista ismeretében kevésbé valószínű.

– Végül, de nem utolsó sorban előfordulhat, hogy a jogosult szociálisan a közgyógyellátás igénybevételére nem szorult rá. Ez utóbbi a jogosultsági rendszer hiányosságát támasztja alá.

Kérdés: Becslése szerint a normatív jogon közgyógyellátásra jogosultak hány százaléka nem veszi igénybe a közgyógyellátást?

Elgondolkodtató, hogy a válaszadók 20%-a szerint a jogosultak egy része nem veszi igénybe a normatív ellátást (7. ábra). Ennek okai elvileg azonosak lehetnek az alanyi jogú közgyógyellátottaknál leírtakkal.



Kérdés: Előfordult-e 1996-ban, hogy Ön az önkormányzattól kérvényezett közgyógyellátásra jogosító igazolványt méltányossági alapon?

A válaszadók 85%-a 1996-ban kérvényezett a települési önkormányzattól közgyógyellátásra jogosító igazolványt méltányossági alapon (8. ábra és VI. táblázat). Ez bizonyítja, hogy országosan komoly probléma a rossz szociális helyzetűek számára a gyógyszerköltségek megfizetése. Ugyanakkor nehezen értelmezhető, hogy a megkérdezettek 15%-a nem kérvényezte méltányossági igazolvány kiadását, mivel ezen igazolványokat évente meg kell újítania az önkormányzatnak és ehhez szükséges a családi orvos igazolása a gyógyszerköltségek alakulásáról.

VI. táblázat

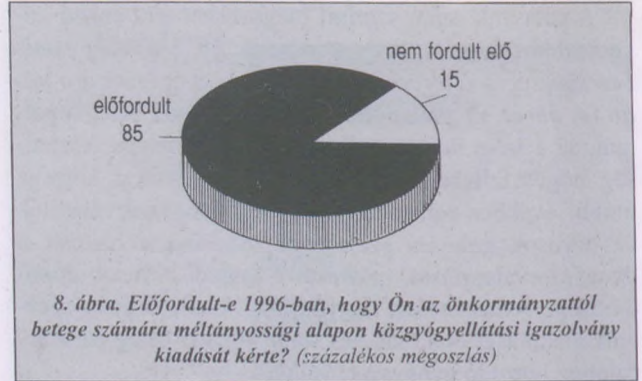
Előfordult-e 1996-ban, hogy Ön az önkormányzattól betegek számára méltányossági alapon a közgyógyellátási igazolvány kiadását kérte? (azok százalékos aránya, akikkel történt ilyen eset, településtípusonként)

Településtípusok	%-os arány
Budapest	92
Megyeszékhely	83
Város	87
Község 3000 főtől	80
Összesen	85

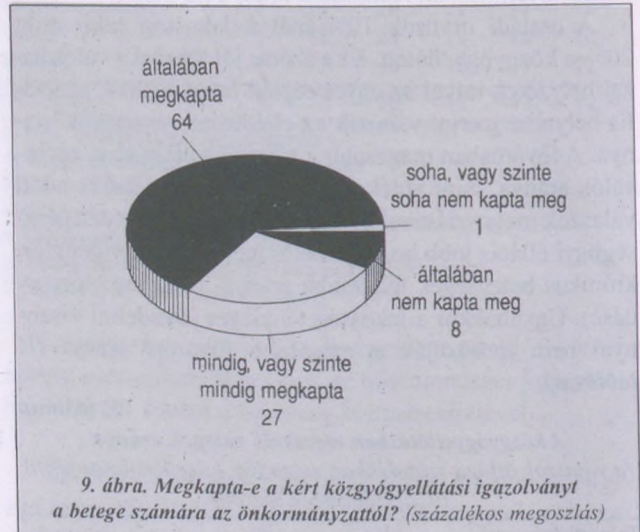
A községben élő családi orvosok mintegy 40%-kal kevesebb esetben kértek méltányossági alapon közgyógyellátásra jogosító igazolványt betegek számára, mint a városban élők. Ez a jelentős különbség feltehetően azért alakult ki, mert a falvakban élő orvosok jóval jobban ismerik a betegek valódi szociális helyzetét, mint a városban élők. A falusi közösségekben nem lehet „eltitkolni” a tényleges jövedelmi helyzetet, míg a városokban, főként a lakosság számának növekedésével arányosan, erre sokkal inkább lehetőség van. Felvetődik a kérdés, hogy a városi orvosok hány esetben igényelnének méltányossági alapon közgyógyellátási igazolványt, ha úgy ismernék a betegek szociális helyzetét, mint a falusiak?

Kérdés: Megkapta-e a kért közgyógyellátásra jogosító igazolványt?

A válaszok alapján megállapítható, hogy meglepően jól működik a méltányossági alapon kérvényezett köz-



gyógyellátási igazolványok kiadásának rendszere (9. ábra). A családi orvosok javaslatait az esetek döntő többségében a helyi önkormányzatok akceptálják. Ennek feltételezhetően az az indoka, hogy mind a kezelőorvos, mind az önkormányzat a kérelmező szociális helyzetének tényleges ismerete alapján cselekszik (legalábbis vidéken) a méltányossági alapú igazolványok kiadása esetében.

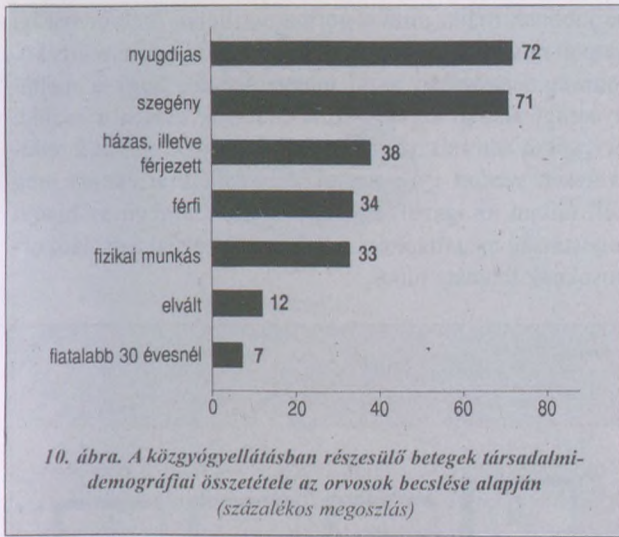


Kérdés: A közgyógyellátásban részesülő betegek társadalmi demográfiai adatai?

A várakozásoknak megfelelően a közgyógyellátásban részesülők között a nyugdíjasok aránya meghatározó: 72% (10. ábra).

Ezt az idős emberek megbetegedési gyakorisága és szociális helyzete egyaránt indokolja. Ebben a vonatkozásban tehát azt lehet mondani, hogy jól működik a rendszer.

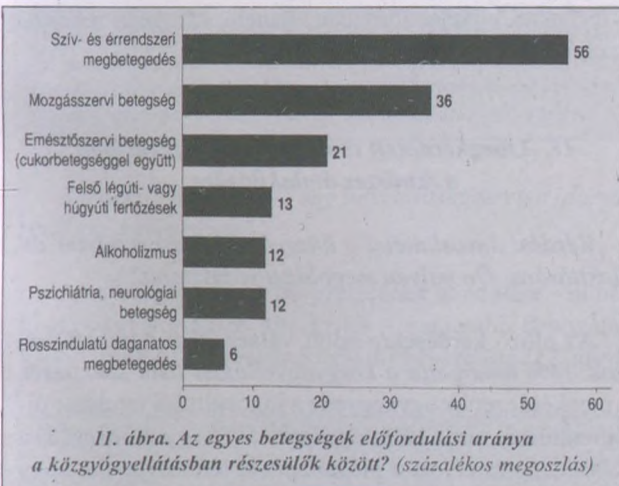
Elgondolkodtató azonban, hogy a megkérdezett családi orvosok véleménye szerint az ellátásban részesülők 29%-a nem szegény! Felvetődik a kérdés, hogy akkor mi indokolja számukra az ingyenes ellátást? A közel 1/3-os arány rávilágít a rendszer azon hiányosságára, hogy az ellátásra jogszabály szerint jogosultak köre nem teljesen azonos a ténylegesen rászorultak körével. Különösen alátámasztja ezt a megállapítást, ha ezt az arányt összevetjük azokkal az előző kérdésekre adott válaszokkal, melyek szerint az alanyi,



illetve normatív alapon ellátásra jogosultak egy része igénybe sem veszi az ingyenes ellátást. Nyilvánvaló, hogy a „nem szegények” nem a méltányossági jogosultak köréből kerülnek ki, mivel ennek kritériuma a rossz szociális helyzet, és az igazolvány kiadását a családi orvos javaslata alapján az önkormányzat mérlegeli.

Kérdés: Az egyes betegségek előfordulási aránya a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők között?

A közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők körében a krónikus megbetegedések előfordulásának rangsora azonos a teljes populációéval, ezen belül a szív- és érrendszeri, valamint a mozgásszervi betegségek előfordulásának aránya magasabb (11. ábra).



A mozgásszervi megbetegedések kialakulása is gyakoribb a szegények között, mivel nem engedhetik meg maguknak a betegség megelőzését biztosító életmódot. A közgyógyellátottak körében magasabb arányban előforduló megbetegedések gyógyszerigényesek. Ez a tény indokolja, hogy a közgyógyellátottak gyógyszerköltsége a populáció átlagát meghaladja, de az adatok semmiféleképpen nem támasztják alá az átlag állampolgárok és a közgyógyellátottak közötti háromszoros különbséget a gyógyszerköltségben.

II. A közgyógyellátás terhére térítésmentesen rendelkezhető gyógyszerek körének értékelése

Vélemények a közgyógyellátási listáról

Az orvosok 72%-a szerint szorul bővítésre a lista, ezzel szemben 28% véleménye szerint az alapvető terápiát a jelenlegi lista biztosítja.

Kérdés: Hány olyan gyógyszert nevezett meg, amelyet rá kellene tenni a gyógyszerlistára?

Az előző kérdésre adott válasznak csak némileg mond ellent, hogy a lista bővítésére egy-egy orvos meglehetősen kevés gyógyszerkészítményt javasolt. Ez egyértelműen azt bizonyítja, hogy a lista betölti funkcióját, a betegek alapvető gyógyszerekkel való ellátására alkalmas (12. ábra).

Azon készítmények között, amelyeket 10-nél több orvos javasolt rátenni a listára, számos olyan található, amellyel azonos hatóanyagú készítmények már szerepelnek a listán (VII. táblázat). Mindez a gyógyszerismeret bizonyos hiányosságra utal a családi orvosok körében.

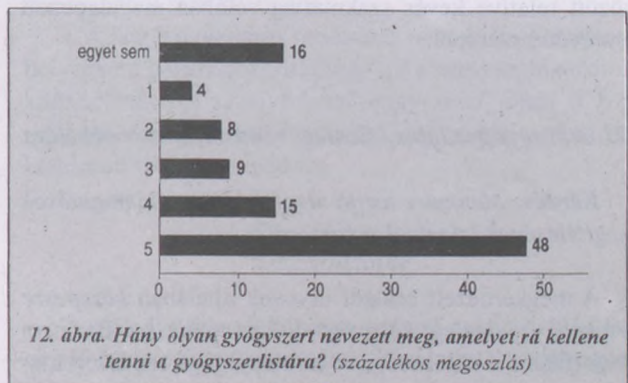
VII. táblázat

A közgyógylista bővítésére gyakrabban javasolt készítmények

Hiányolt készítmény	Javasolt aránya %-ban	Listán lévő, azonos hatóanyagú készítmény
Cataflam	3,6	Diclofenac
Corinfar	12,0	Cordaflex, Nifedipin
Doxycylin	4,4	Huma-doxylin
Renitec	7,6	Ednyt
Trental	3,0	Pentoxiphyllin
Voltaren	11,8	Diclofenac

Az első helyen leggyakrabban hiányolt gyógyszerek között mindössze két olyan készítmény van, amely a közgyógyellátottak körében leggyakrabban előforduló krónikus betegségek kezelésére alkalmas és valóban nem szerepel a listán: a Nitroderm TTS (9,2%) és Norvasc (3,6%) (VIII. táblázat).

A leggyakrabban hiányolt gyógyszerek között 3 antibiotikum szerepel. Az antimikrobás készítmények felhasználása Magyarországon meglehetősen magas. Mértékadó szaktekintélyek véleménye szerint az alapellátásban igen gyakori az indokolatlan antibiotikum terápia. Ugyanakkor valós probléma, hogy 70%-os támogatás mellett ezen gyógyszerek térítési díja nagyon magas a kis-



jövedelmű rétegek számára, azaz félt, hogy a szakmailag valóban indokolt esetekben nem tudják kiváltani az orvos által rendelt korszerű készítményeket.

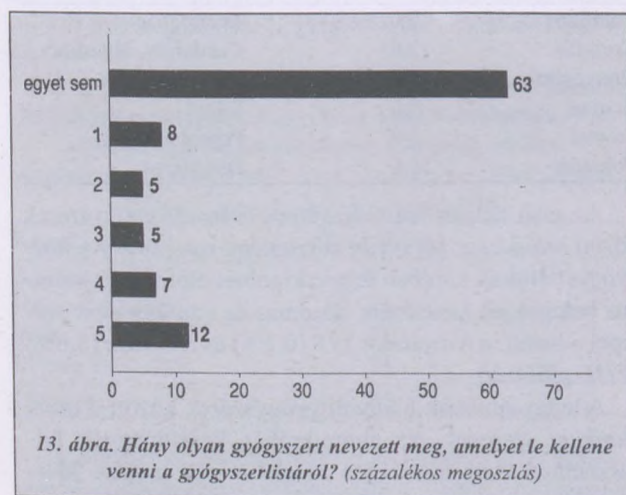
VIII. táblázat

Rá kellene tenni a gyógyszerlistára (az első helyen leggyakrabban említett gyógyszerek említésének száma és százaléka)

Ceclor	19	3,8%
Corinfar	19	3,8%
Eunoctin	13	2,6%
Nitroderm TTS	46	9,2%
Nootropil	25	5,0%
Norvasc	18	3,6%
Semicillin	18	3,6%
Zinnat	18	3,6%

Kérdés: Vannak-e Ön szerint a közgyógylistán olyan gyógyszerek, amelyeket törölni kellene a listáról?

A megkérdezett orvosok 37%-a nevezett meg olyan gyógyszert, amelyet véleménye szerint törölni kellene a listáról (13. ábra). A törlésre javasolt készítmények között fájdalomcsillapító (Algopyrin), nyugtató (Andaxin, Seduxen), vitamin (C-vitamin), antibiotikum (Maripen) és a Cavinton szerepel.



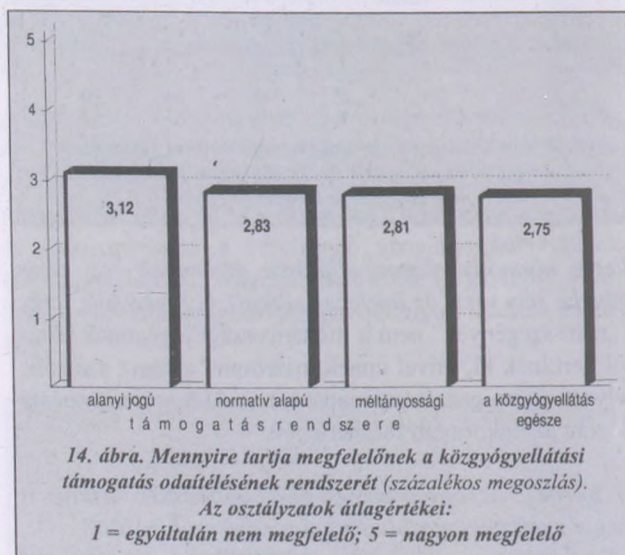
Összességében a listáról alkotott vélemények alapján megállapítható, hogy a közgyógyellátási lista az alapvető funkcióját betölti: a családi orvosok módosító javaslatai között relatíve kevés szakmailag valóban megalapozott észrevétel szerepel.

III. A közgyógyellátás jelenlegi rendszerének értékelése

Kérdés: Mennyire tartja megfelelőnek a támogatások megítélésének jelenlegi rendszerét?

A megkérdezett családi orvosok általában közepesre értékelik a jelenlegi közgyógyellátási rendszert. Bár nem szignifikáns a különbség, de az alanyi jogú rendszert kis-

sé jobbnak ítélik, mint a normatív, illetve méltányossági alapon működő szisztémát (14. ábra). Ez a minimális különbség feltehetően azzal magyarázható, hogy a méltányossági alapon kérvényezett ellátások esetén a családi orvosokra adminisztrációs terhek hárulnak, mivel a rendszeresen szedett gyógyszerek felsorolásával évente meg kell újítani az igazolványokat. Ezzel szemben az alanyi jogosultság megállapítása automatikus, azzal a családi orvosoknak feladata nincs.



Figyelemre méltó, hogy a közgyógyellátás odaítélések rendszerét összességében – nem szignifikáns mértékben ugyan, de – rosszabbnak ítélik, mint az egyes jogosultsági formákat külön-külön. Ennek az oka az lehet, hogy a közgyógyellátás egészének megítélése kapcsán nemcsak a technikai eljárási formákat, hanem az egész rendszer igazságosságát is véleményezték.

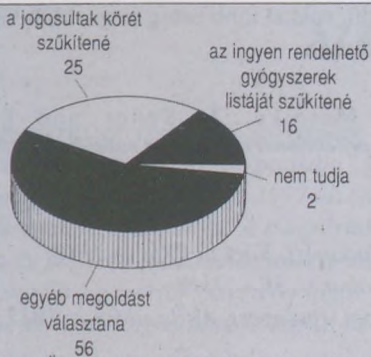
IV. A megkérdezett családi orvosok javaslatai a rendszer átalakítására

Kérdés: Javaslatétel a közgyógyellátási rendszer átalakítására: Ön milyen megoldást választana?

Az előző kérdésekre adott válaszokkal összhangban csak 16% támogatta a közgyógyellátási lista szűkítését. A megkérdezettek egynegyede a jogosultsági rendszer újragondolását tartja szükségesnek. 56% egyéb megoldást választana, és ez azt a megállapítást támasztja alá, hogy a kiadások kordában tartása érdekében a rendelkezésre álló pénz elosztási rendszerét kell megváltoztatni (15. ábra).

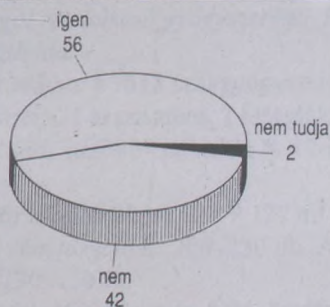
Kérdés: Bevezetnének-e egy alacsony összegű egységes térítési díjat?

A jelenlegi rendszerben a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkező számára mennyiségi és értékbeni korlát nélkül rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz. A családi orvosok könnyebben rendelnek több



15. ábra. Ön milyen megoldást választana? (a választott megoldások százalékos aránya)

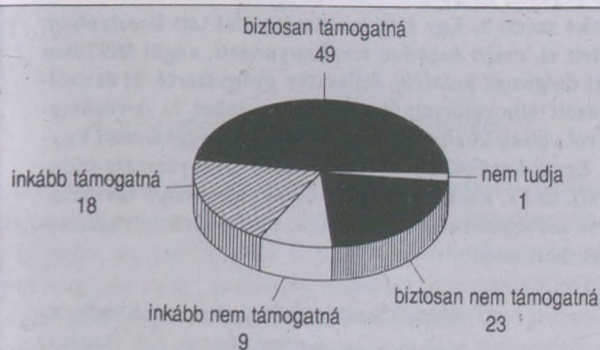
gyógyszert a közgyógyellátottaknak, mivel a betegeknek sem kell fizetniük a készítményekért. A jelen kérdésre adott válaszok megoszlása alátámasztja, hogy a rendszerbe valamilyen féket kellene beépíteni. A megkérdezett orvosok 56%-a támogatja a minimális térítési díj bevezetését, ami biztosan korlátozná a közgyógyellátási listán szereplő készítmények mennyiségi igénybevételét (16. ábra).



16. ábra. A tapasztalatok szerint a közgyógyellátásban részesülő betegek között előfordul, hogy az ingyen, térítés nélkül kapott gyógyszerek egy részét nem használják fel, és így a gyógyszer kárba vész. Ön szerint változtatna-e ezen a helyzeten, ha a közgyógyellátás terhére rendelt gyógyszereknél bevezetnének egy alacsony összegű, egységes térítési díjat? (a válaszok százalékos aránya)

Kérdés: Támogatná-e egy havi költségkereten alapuló rendszer bevezetését?

A havi költségkeret bevezetésének gondolata – mint a kiadásokat korlátozó intézkedés – magasabb támogatást kapott, mint a minimális térítési díj bevezetése (17. ábra).



17. ábra. Támogatná-e a havi költségkereten alapuló rendszer bevezetését? (a válaszok százalékos aránya)

Egy ilyen rendszer az orvos számára az adott költségkereten belül jóval nagyobb szabadságot biztosítana, mint a jelenlegi.

A betegenként egységesen megszabott gyógyszereket javasolt átlagösszegén számolva az ellátásban részesülők közgyógyellátási költsége elérné a 35 milliárd forintot, szemben a jelenlegi 15,8 Mrd Ft-tal. Félő, hogy egy egységesen maximált összeg esetén a családi orvosok akkor is felírnák a lehetséges értékű gyógyszert, amennyiben az szakmailag nem feltétlenül indokolt. Ezért egy ilyen típusú rendszer bevezetése csak és kizárólag akkor hozhat költséghatékony megoldást, amennyiben a maximált összegben belül egyénenként kerül megállapításra és rögzítésre az igénybe vehető gyógyszerkeret összege, az adott beteg tényleges gyógyszeresükségletéhez igazodóan.

Következtetések

A házi orvosoktól beérkezett válaszokból az alábbi következtetések vonhatók le:

– A rendszer alapján működik, funkcióját ellátja, de nem kellően hatékony.

– A finanszírozás nem egyértelműen igazságos; a támogatás nem elhanyagolható százalékban, nem azokhoz jut el, akik leginkább rászorulnak. Alanyi jogon kapnak igazolványt többek között a II. kategóriájú rokkantak és az emelt szintű családi pótlékban részesülők, akik között egyesek szociálisan nem szorulnak ingyenes ellátásra. Ún. normatív alapon azok kapnak ingyenes közgyógyellátásra jogosító igazolványt, akiknek a családjában az egy főre eső jövedelem az öregségi nyugdíjminimum alatt van. Ebből következően a rendszer preferálja a jövedelem igazolásokkal manipulálni tudókat és a nem munkajövedelemből élőket, ugyanakkor gyakorlatilag kizárja az alacsony öregségi nyugdíjból élőket.

– A méltányossági igazolványok kiadása után a települési önkormányzatok által befizetendő összeg jelentős különbséget indukált az egyes területek között, mivel a gazdagabb önkormányzatok magasabb jövedelemhatár alatt képesek a méltányossági igazolványok kiadására, mint a szegényebb települések.

– A közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők ingyenes gyógyszer-, illetve gyógyászati segédeszköz igénybevételének nincs mennyiségi korlátja, ennek következtében a saját (és nem saját) célú felhasználás szakmai szempontból indokolatlanul magas, ami egészségpolitikai szempontból sem kívánatos.

– A közgyógyellátás rendszere nem költségérzékeny, helyenként pazarlásra „ösztönöz”. Az egészségbiztosító a költségvetéséből aránytalanul nagy részt fordít a közgyógyellátásra, emiatt kevesebb pénz marad a fizetésre kötelezett többi biztosítottra.

Összefoglalás

A családi orvosok körében végzett reprezentatív felmérés is egyértelműen alátámasztja, hogy a közgyógyel-

látás jelenlegi rendszere átalakításra szorul. Körültekintő előkészítés után végrehajtott változtatással el kellene érni a kiadások ésszerűségét. Ezzel lehetőség nyílna arra, hogy ugyanannyi pénzből, mint amit jelenleg a biztosító és az állami költségvetés a közgyógyellátás finanszírozá-

sára fordít, sokkal több beteg részesüljön ingyenes gyógyszerellátásban.

Zs. Matejka, T. Szücs and L. Harsányi:
General practitioners about the subsidized public drug supply.

¹Egészségbiztosítási Önkormányzat, képviselő, Budapest, Váci út 73/b. – 1139

²Propharma Kft., Budapest, Dayka Gábor u. 30. – 1118

³Szonda Ipsos Média – Vélemény- és Piackutató Intézet, Budapest, Attila út 93. – 1012

Gyógyszerészek nyomában...

DR. DEÉR ENDRE

(1865–1938)

1865. április 6-án született Dunavarsányban. Iskoláit Pápán végezte, Esztergomban volt gyakornok. Budapesten 1886-ban gyógyszerészi, 1887-ben gyógyszerészdoktori oklevelet szerzett. Egy évig tanulmányutat tett Breslauban. Hazatérve Budapesten az Angyal gyógyszertárban helyezkedett el, majd Aszódon tevékenykedett, végül 1897-ben megvette a budapesti Jópásztorhoz címzett gyógyszertárat. Itt dolgozott haláláig, fejlesztve gyógyszertárát és szolgálva a gyógyszerészet érdekeit. A gyógyszertárban berendezett laboratóriumában gyógyszereket és orvosdiagnosztikai vegszereket állított elő. Termékei megbízhatóságukról voltak közismertek. A Magyar Gyógyszerészi Egyletnek igazgatósági tagja, majd 1904–1908 között elnöke volt. Egyik kezdeményezője a későbbi Gyógyszerész-tudományi Társaság megalakításának, 1938-ig elnökhelyettese. A III. és IV. kiadású Magyar Gyógyszerkönyv szerkesztőbizottságának tagjaként a galenusi készítmények cikkelyeinek kidolgozása volt a feladata. 1906-ban ő szerkesztette a Gyógyszerészi Folyóiratot. 1938. október 31-én Budapesten halt meg.

(Gyógyszerésztörténeti naptár – '98. március
Solvay Pharma Kft. kiadása)

AZ ÉV PATIKÁJA '97

I. rész

A Magángyógyszerészek Országos Szövetsége hagyományos pályázatát 1997 évre „Az év patikája” címmel hirdette meg. A pályázat eredményét az 1997 októberében tartott VII. konferencián hirdették ki. A kuratórium bírálata alapján „Az év patikája” kitüntető címet a kozármislenyi Szent Korona Gyógyszertár (személyi jogos gyógyszerész Tamásiné dr. Gruzlinger Magdolna) és az aszódi

Szent István Patika (személyi jogos gyógyszerész dr. Télessyné Fóris Kornélia) nyerte el. Dicséretben részesült a budapesti Fasori Patika (személyi jogos gyógyszerész Csányiné dr. Kléri Éva) és a mátészalkai Salvare Patika (személyi jogos gyógyszerész Szondi Ferencné).

A gyógyszertárakat – az előző évekhez hasonlóan sorozatban mutatjuk be.

Szent Korona Gyógyszertár, Kozármisleny

Tomásiné dr. Gruzlinger Magdolna

A gyógyszertár címe: Szent Korona Gyógyszertár, 7761 Kozármisleny, Mikszáth Kálmán u. 11. Tel./fax: 06-72-371-854. Tulajdonos: Szent Korona Gyógyszertár Bt., beltagok Tamási Alajos szakgyógyszerész, Tamási Péter szakgyógyszerész, Tamásiné dr. Gruzlinger Magdolna szakgyógyszerész.

Személyi joggal rendelkező gyógyszerész: Tamásiné dr. Gruzlinger Magdolna.

Munkatársak száma: 6 fő (2 szakgyógyszerész, 1 expedíós szakasszisztens, 1 asszisztens, 1 kisegítő, 1 takarító).

Nyitvatartási idő: hétfőtől péntekig 8–17-ig, szombaton 8–12-ig.

A gyógyszertár alapterülete: $123 + 127 \text{ m}^2 = 250 \text{ m}^2$.

Átlagos napi vényforgalom: 200–230 db. Átlagos napi betegforgalom: 130–150 fő.

OTC cikkek átlagforgalma (a havi összeforgalom viszonylatában): 10%; a gyógytermékek átlagforgalma: 4%; magisztrális forgalom (értékben) 2%.

A gyógyszertár vonzáskörzete: Kozármisleny (3090 fő), ahol 2 házi orvos, 1 körzeti gyermekszakorvos, 2 fogszakorvos, 1 körzeti állatorvos praktizál; Kozármisleny 4 társközsége: Birján (357 fő), Lothárd (230 fő), Szemely (373 fő) és Pécsudvard (550 fő), melyeknek egészségügyi ellátása Kozármislenyhez tartozik. A vonzáskörzetbe tartozó gyermeklakosság száma 0–14 éves korig kb. 1300 fő. A gyógyszertár az érvényes rendelet adta lehetőségeken belül, az igényeknek megfelelően teljes forgalmazási joggal működik.

Fiókgyógyszertár: Kővágószőlősen (1244 fő); vonzáskörzete Kővágótöttös (330), Cserkút (381) és Bakonya (311 fő).

A gyógyszertár létesítésének története

Nyugállományba vonulásunk után férjemmel, Tamási Alajos szakgyógyszerésszel, úgy gondoltuk, hogy továbbra is aktív tevékenységgel szeretnénk szolgálni a beteg embereket és négy évtizedes szakmai tapasztalatainkat ilymódon is átadni a fiatalabb generációnak. Ezért elhatároztuk, hogy egy megfelelő helyen magángyógyszertárt létesítünk családi vállalkozásban. Elhatározásunkat az is erősítette, hogy fiúnk is a gyógyszerészi pályát választot-

ta élethivatásának, aki később átvénné tőlünk a stafétabotot.

Ilyen gondolatok közepette találtunk Kozármislenyre, erre a gyönyörű és fejlődőképes településre, mely Pécsről mindössze 3 km távolságra terül el és eddig nem volt közforgalmú gyógyszertára. Gondolatainkkal felkerestük a helyi önkormányzatot, ahol arra kértük bennünket, hogy a Kozármisleny-újtelep falurész főterén tervezés alatt álló „Fókusz” szolgáltató házban létesítsük a gyógyszertárt. Az orvosi rendelők is az újtelepi részen üzemelnek.

Az előzmények után 1991. szeptember 1-jén egyéni vállalkozóként nyitottuk meg férjemmel Baranya megye ötödik magángyógyszertárát Kozármislenyben, a helyi önkormányzat tulajdonát képező 92 m²-es helyiségben a „Fókusz” szolgáltató házban. Névadóul hazánk legtisztelendőbb szimbólumát, a Szent Koronát választottuk.

Szakmai életünk új szakaszát ketten kezdtük. A helyiek és a társközségek lakói igen hamar megszerették a gyógyszertárt. Megnövekedett a forgalom, azonban a gyógyszertár bővítésére nem volt lehetőségünk. Ezért nagyobb alapterületű helyiséget kellett keresnünk. 1995 nyarán adódott lehetőségünk egy félkész polgári ház megvételére, eredeti helyüinktől kb. 30 méterre. Az épület áttervezése és átépítése 1996-ban történt. Az új patika építésekor, okulva a régi hiányosságain és ismerve a szakmai követelményeket, a szükséges helyiségek felsorolásáról, azok elhelyezéséről, méreteiről, bútorzatáról, valamint az épület külső megjelenési formájáról, elképzeléseink alapján magunk készítettünk összeállítást. A végső terveket Pálvölgyi József pécsi építész készítette el. A kivitelezést a Pucher és Társa Kft. helyi építési vállalkozás végezte. A gyógyszertár helyiségeit két szinten helyeztük el, összesen 250 m² alapterületen.

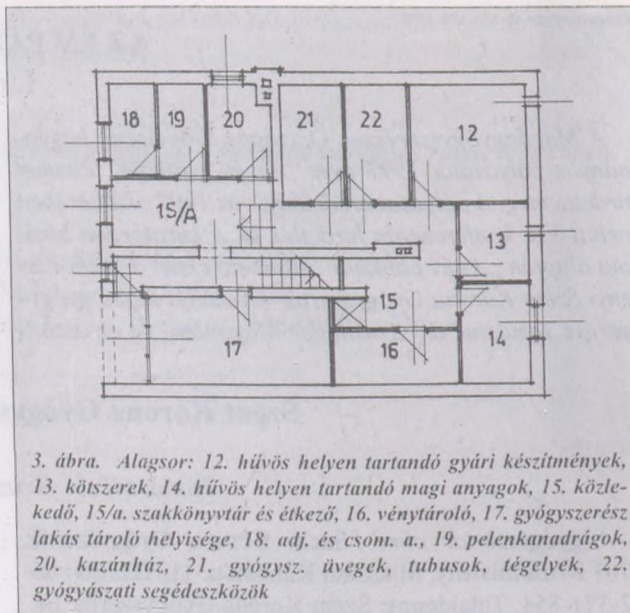
Az új családi létesítményt 1996. december 16-án vettük birtokba, amely ettől kezdve mint Szent Korona Gyógyszertár Bt. üzemel (1. ábra).

A gyógyszertár bemutatása

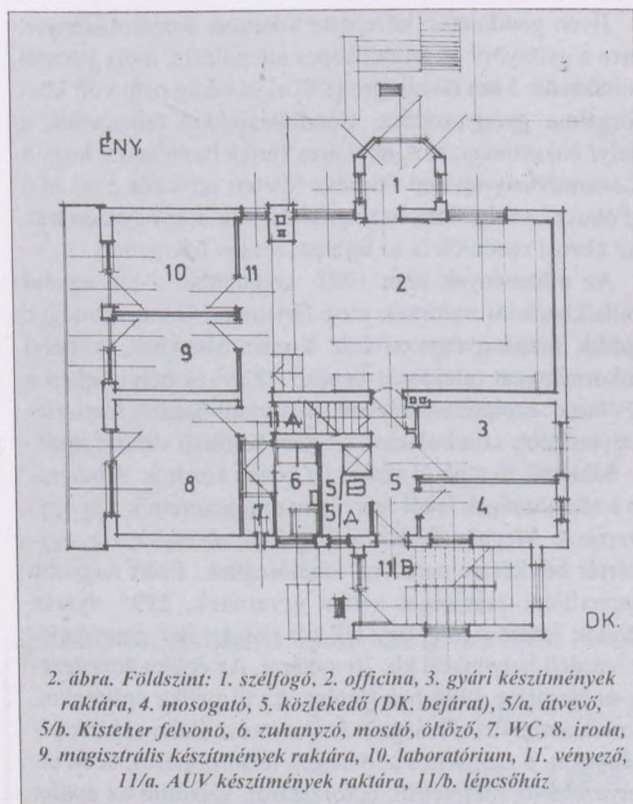
A gyógyszertár szélfogójának tornyos kiképzése és a tetőtéri gyógyszerész lakás ablakainak két tornya, az épületnek megnyerő és különleges külsőt kölcsönöz. A ház



1. ábra. A gyógyszertár épülete



3. ábra. Alagsor: 12. hűvös helyen tartandó gyári készítmények, 13. kötszerek, 14. hűvös helyen tartandó magi anyagok, 15. közlekedő, 15/a. szakkönyvtár és étkező, 16. vénytároló, 17. gyógyszerész lakás tároló helyisége, 18. adj. és csom. a., 19. pelenkanadrágok, 20. kuzánház, 21. gyógysz. üvegek, tubusok, tégelyek, 22. gyógyászati segédeszközök



2. ábra. Földszint: 1. szélfogó, 2. officina, 3. gyári készítmények raktára, 4. mosogató, 5. közlekedő (DK. bejárat), 5/a. átvévo, 5/b. Kistehér felvonó, 6. zuhanyzó, mosdó, öltöző, 7. WC, 8. iroda, 9. magisztrális készítmények raktára, 10. laboratórium, 11. vényező, 11/a. AUV készítmények raktára, 11/b. lépcsőház

előtt vasoszlopon elhelyezett patika cégér és az officina falán elhelyezett Szent Korona szimbólum Farkas Pál Szekszárdon élő szobrászművész alkotása.

A főbejáratához, mely északnyugati tájolású, négylépcsős feljárat vezet, kapaszkodó korláttal, gyermekkocsi illetve rokkantkocsi feljáróval. A 34 m² alapterületű officinába (2. ábra, 2) a szélfogón (1) keresztül, elektromos infraérzékelővel ellátott automata ajtón át léphet a beteg. Minden helyiség padozata törtfehér, résmentes gránitlap. Az officina bútorzata sötét-tölgy színű, a koloniál stílus jegyeivel (a *Zalaszentgróti Stílbútor Szövetkezet* munkája). Mind a bútorzat, mind a világító testek megválasztásával igyekeztünk eleganciát, nyugalmat árasztó szépséget teremteni, hogy a belépő, klasszikus, „békebeli” patikában érezze magát (4. ábra). Az officina két részre tagoló-



4. ábra. Officina részlet

dik: az egyik rész a kiszolgáló és várakozó tér, a másik a magisztrális munkahely (11), amely szinteltolódás miatt négy lépcsőn közelíthető meg. Ez a szinteltolás teszi lehetővé a vényező gyógyszerésznek, hogy a kiadó részt folyamatosan figyelemmel kísérhesse. A két részt impozáns tardosi vörösmárvány lépcsősor és oszlop köti össze (5. és 6. ábra).

A gyógyszereket, a szakmai előírásoknak megfelelően tároljuk: az erős hatásúakat biztonsági zárral ellátott zárt-sekrényben, a többit rekeszekkel elválasztott polcokon.



5. ábra. Magisztrális munkahely



6. ábra. Vényező

A gyógyszertermékeket a gyógyszerektől elkülönítve helyeztük el. Az AUV-szerek külön helyiségben található (11/A) az officina mellett. A magisztrális gyógyszerkészítést elektromos centigrammos gyorsmérleg, asztali mérleg, gyógyszerári tára- (digitális kijelzésű) és kézimérlegek, infravörös lámpa, aszeptikus manipulátor, elektromos laboratóriumi kenőcskeverőgép stb. biztosítja. A laboratóriumban (10) a gyógyszerkészítés és gyógyszerellenőrzés feltételei biztosítottak (7. ábra). (Bútorzata a *Hidasi Színesbútor Szövetkezet* terméke). Melegítésre vezetékes gázrezsót használunk. Az iroda (8) berendezése harmonizál az officina bútorzatával. Itt kapott helyet, munkaszéket a számítógép, a gyógyszerértékesítő íróasztala, az iratszekrény és a szakmai látogatók (orvosok, gyógyszerismertető) fogadására szolgáló kényelmes üldögarnitúra (8. ábra). A gyári gyógyszerkészítmények raktárhelyiségében (3), mely közvetlenül az officina mellett van és mintegy kiegészíti azt, valamint a vényező szomszédságában található magisztrális raktárban (9) színes „Apród” típusú összeszerelhető polcrendszer szolgál a gyógyszerek elhelyezésére. Az alacsony hőfokon tartandó gyógyszerek elhelyezésére szolgáló korszerű „Siemes KG26/31/36V-04 Tip” hűtőszekrény a speciális raktárban kapott helyet. Az égvényes anyagokat egyedileg készült lemezszekrényben a magisztrális raktárban tart. A vizes blokk (6) magában foglalja a zuhanyzó kabint, a mosdót, az öltöző szekrényeket és a külön légtérű és szellőzésű, innen nyíló WC-t (7). A gyógyszerár radiátoros központi fűtését és a mosogató (4) meleg vízzel való ellátását gázüzemelésű „Vaillant VCW24-10” kombinált kazán biztosítja, mely az alagsori szinten (3. ábra, 20) került elhelyezésre. A hűvös helyen tartandó gyógyszerek is az alagsori szinten kaptak helyet légkondicionálási lehetőséggel, külön a gyári készítmények (12) és külön a magisztrális készítmények (14). Ezen a szinten, található ezen kívül az adjusztáló és csomagoló anyagok (18), a gyógyszeres üvegek és a kenőcsös tubusok-tégelyek (21), a gyógyászati segédeszközök (22), a kötszerek (13) raktára, valamint a vénytároló



7. ábra. Laboratóriumi részlet



8. ábra. Iroda részlet

(16) és a szakkönyvtár (15/A), mely étkezési helyül is szolgál. A göngyölegeket egy oldalsó kis helyiségben tároljuk. Az alagsori raktárak padlóburkolata magas kopásálló, résmentes beltéri kerámialap. A tárolásra itt is összeszerelhető polcrendszerek szolgálnak.

A gyógyszer az épületnek a szállítók gépkocsijával jól megközelíthető délkeleti bejáratán át kerül az átvevőbe. Itt jól megvilágított, beépített munkaasztal áll rendelkezésre a gyógyszer tételes átvételére. Az átvételt követően elektromos kisteherfelvonón (EINHELL Seilhebezug SHZ 300 Art. No. 2255300, max. terh. 50 kg) lehet az árut az alagsori raktárakba vinni, ahol a raktározás szabályai szerint helyezzük el azt. A teherlift mellett impozáns, faborítású lambériás lépcsősor vezet az alagsori helyiségekbe.

Felszerelés

Számítógép rendszerünk, mely mindennapi munkánkat segíti, a *Mikroszerviz Rt.*-től vásárolt 1+1-es rendszer. A *Micropharma 6.* „Tigris” program gyógyszerinformációs és helyettesíthetőségi adatokkal is kiegészíti, ezzel segíti az expedíálást. A vényezőben LB 801 M típusú elektromos gyorsmérleg (50 g-os mérés határ) segíti munkánkat. A gyógyszerári tára- és kézimérlegeinket a Szegedi Mérlegkészítő és Javító Kiszövetkezetétől, az infralámpánkat (OH. 541) az *OMKER*-től vásároltuk. Laboratóriumi munkánkat *Lux Royal Elektrolux* svéd elektromos kenőcskeverő berendezés, valamint korszerű, japán digitális kijelzésű 2 db labormérleg segíti. (A mérlegek adatai: A & D-Ltd Tip: FS-15 KA-FE mérés határa 6/15 kg, osztásérték 2/5 g illetve A & D-Ltd HF 2000 G-EC Tip.: OMHT₄

6890/2/1997, mérési határ 2100 g, osztásérték 0,01 g). Az aszeptikus manipulátor a Gyógyszertár Ellátó „INSTRUCTUS Kft. terméke. Ezen kívül rendelkezünk valamennyi eszközzel, mely gyógyszerészi munkánkhoz szükséges. Az irodában telefax és modemes számítógépes kommunikáció működik. Igen előnyös, hogy a telefon az officinában is felvehető.

Kapcsolatok

Mind a betegekkel, mind az orvosokkal sikerült harmonikus kapcsolatot kialakítanunk. A betegek szívesen fordulnak hozzánk a gyógyszerek felhasználásával kapcsolatos tanácsokért. Érdeklődve böngésznek az officinában, a külön asztalon elhelyezett betegtájékoztató szórólapok és újságok között.

A rendelők közelsége segíti az orvosokkal a folyamatos, közvetlen együttműködést. A rászorulókat zavartalan gyógyszerellátását és a kölcsönös tájékoztatást, mind a személyes találkozások, mind a telefonos kapcsolatok elősegítik. A községben működő kábeltévé lehetőséget biztosított számunkra, hogy a lakosságnak a gyógyszerek felhasználásával kapcsolatban a televízió útján is hasznos tanácsokat adjunk.

A biztonságos gyógyszerellátást több szállítóval kötött szerződéseink biztosítják: gyógyszertárunk naponta több cégtől kap gyógyszert. Rendeléseinket MODEM-en, telefonon, illetve telefaxon adjuk le.

Képzés

Lehetőségeinkhez mérten, részt veszünk a szakmai rendezvényeken, rendszeresen olvassuk a szaklapokat. Szí-

vesen adunk szakmai tájékoztatást a hozzánk forduló orvosoknak, betegeknek. Fontosnak tartjuk mind a gyógyszerészi, mind az asszisztensi továbbképzéseket, melyek napjainkban nem kevés anyagi hozzájárulást igényelnek. Jelenleg egy asszisztens szakasszisztensi való továbbképzése van folyamatban. Gyógyszertárunk szakmai színvonalát lehetőséget biztosít gyógyszerész hallgatók gyakorlati képzéséhez. A nyári időszakban a SZOTE Gyógyszerésztudományi Karáról egy hallgató folytatta gyógyszerészképzését.

Tapasztalataink alapján elmondható, hogy a szakmai, illetőleg gazdasági feladatok szinte külön embert kívánnak. Vállalkozásunkon belül ezt a munkamegosztást igyekeztünk kialakítani, amely a gyakorlatban be is vált. Gazdasági ügyviteli munkánkat könyvelő, illetve adószakértő segíti. Szakmai munkánk elősegítésére a szakirodalmat és a jogszabályokat folyamatosan figyelemmel kísérjük, valamint a gyógyszerismertetővel kialakított személyes kapcsolatok ápolásával javítjuk. Forgalmi adataink kedvező alakulása azt igazolja, hogy szakmai törekvéseinket siker koronázta: érdemes volt Kozármislenyben gyógyszertárat létesíteni, mert sikerült megnyernünk a betegek bizalmát és elismerését. Reméljük, hogy családi vállalkozásunk még sokáig működhet a betegek szolgálatára, akkor is, amikor a táraasztalt fiataljaink veszik át, és olyan szellemen vezetik majd a gyógyszertárat, hogy az mindig méltó legyen tiszteletreméltó nevéhez, a magyar Szent Koronához.

Pharmacy of the Year 1997.

Competition of the Association of Hungarian Private pharmacists.

M. Tamási-Gruzlinger: *The Holy "Crown" Pharmacy, Kozármisleny*

Szent Korona Gyógyszertár, Kozármisleny, Mikszáth Kálmán u. 11. – 7761

Előzzük meg a csontritkulást!

A TOVITA tableta

tojáshéj alapú, természetes eredetű gyógytermék,
amely tartalmazza a szükséges kalciumot, nyomelemeket, D-vitamint.

Gyógyszertárakban kapható!

Gyártja: Realizáció Mérnöki Iroda Kft. ● Budapest, Hittérítő u. 14. – 1221 ● Tel.: 226-4386

KONZÍLIUM A GYÓGYSZERÜGYRŐL

IV. RÉSZ

Az összeállítás eddigi három részében a Gyógyszerészet 1997. december–1998. februári számaiban dr. Somody Imre, dr. Matejka Zsuzsanna, dr. Mikola Bálint, dr. Botz Lajos, Csató Zsuzsanna, dr. Ternák Gábor és dr. Almási István, dr. Gulácsi László és dr. Kovács Attila közleményeit, valamint dr. Pékli Márta dolgozatának I. részét közöltük. A befejező részt – anyagtorlódás miatt – következő számunkban olvashatják.

A gyógyszerek árának és támogatásának alakulása néhány európai országban. II. rész: Gyógyszerárak és támogatások az Európai Unió (EU) tagállamaiban

Dr Pékli Márta

Az Egészségügyi Világszervezet (továbbiakban WHO) felmérései alapján az egészségességet jelző egyik fontos mérőszám tekintetében, azt állapítja meg, hogy a *születéskor várható élettartam* az Európai Unió (továbbiakban EU) tagállamaiban az 1970-től 1994-ig terjedő 24 év alatt 72 évről fokozatosan 78 évre nőtt, míg a közép-kelet-európai régióban mindössze 68-ról 70 évre emelkedett.

Ezen adat ismeretében érdemes megvizsgálni, hogy milyen azonosságok, különbségek, lehetőségek és módszerek találhatók ezekben az EU tagállamokban az egészségügyi kiadások, a gyógyszerfogyasztás, a gyógyszerárak és a gyógyszertámogatás szempontjából.

Az *egészségügyre fordított kiadások* (1996-os adatok szerint) a nemzeti össztermék (továbbiakban GDP) százalékában mintegy 6–11%-ot tettek ki az EU tagállamokban, míg a gyógyszerkiadások 0,7–1,6%-ot. Még többet mond azonban az az adat, hogy az egy főre jutó gyógyszerköltség (1994-es adatok szerint) 100 és 420 dollár (továbbiakban USD) között változik ugyanebben a régióban.

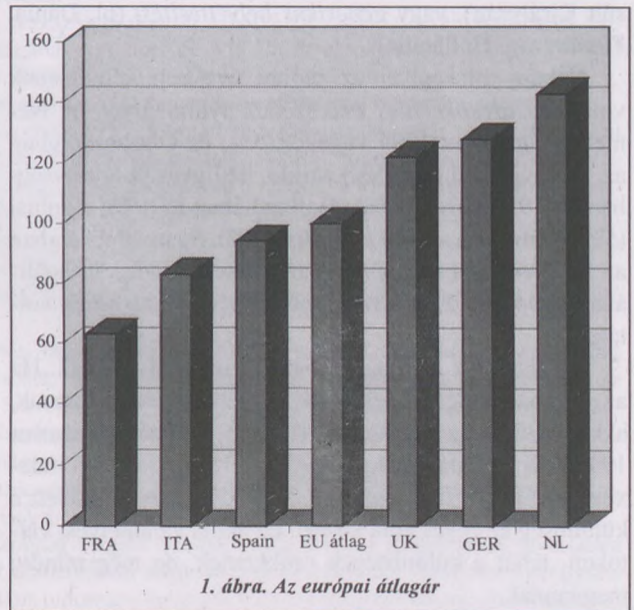
1996-ban a *világ gyógyszerpiaca* 296,3 milliárd USD volt, melyből Európa 29,3%-ot, azaz kb. 86.8 milliárd USD-t teljesített. Ebből az első hét ország (*ld. I. táblázat*) 52,5 milliárd USD-t, tehát az európai piac kb. 60%-át produkálta. Az *I. táblázatban* még az is látható, hogy 1995-höz képest a növekedési átlag 6%-os. Ez a növekedési ütem az utóbbi néhány évben hasonlóan alakult (6–7% növekedés/év).

I. táblázat

A gyógyszerpiaci forgalom értéke 1996-ban az első 7 európai országban

Ország	Mrd USD	%-os növekedés az előző évhez viszonyítva
Németország	16,529	5
Franciaország	15,075	2
Olaszország	8,966	11
Egyesült Királyság	6,822	10
Spanyolország	5,118	9
Belgium	1,996	6
Hollandia	1,991	1
Összesen	52,497	6 (átlag)

A gyógyszerárakat áttekinthető megállapítható, hogy az EU tagállamok többsége referencia-árrendszert alkalmaz.



Ez azt jelenti, hogy néhány európai ország áraiból képeznek átlagárakat és azt, vagy az európai átlagárát alkalmazzák referenciaként (*I. ábra*). Látható, hogy a Magyarországon is referenciaárnak számító spanyol és francia árak a legalacsonyabbak az EU-ban.

A *finanszírozási rendszert* tekintve két alapvetően különböző modell létezik Európában: a Bismarck-i vagy német modell és a Beveridge vagy angol modell.

A kettő közötti alapvető különbség, hogy a Bismarck-i rendszert a biztosítók, a Beveridge rendszert az állam finanszírozza. Természetesen az egyes EU tagállamokban nem tiszta modellek léteznek, hanem a többszínűség, valamint az időben való állandó változás és átrendeződés jellemzi őket. Így pl. Spanyolország korábban a Bismarck-i (német) típushoz tartozott Németországgal, Belgiummal, Franciaországgal és Hollandiával, ma azonban már a Beveridge (angol) típushoz tartozik az Egyesült Királysággal és Olaszországgal együtt. [Itt kell megjegyezni, hogy ugyanakkor pl. Olaszország a Bismarck-i (német) típushoz közelít].

Az egyes országok kényszerhelyzetben vannak és különböző módszereket kell alkalmazniuk az egészségügyi, kiváltképpen a gyógyszerköltségeik csökkentésére. Ilyen pl.

a pozitív ill. negatív lista alkalmazása, ami azt jelenti, hogy a pozitív lista alkalmazása esetén csak a listán szereplő gyógyszerek kaphatók támogatással vagy irathatók fel receptre, míg a negatív lista alkalmazása esetén ennek gyógyszerei támogatással nem irathatók fel. Pozitív lista valamilyen formában minden országban van, azonban negatív lista pl. Spanyolországban, Írországban, az Egyesült Királyságban, Németországban, Luxemburgban létezik.

Alkalmaznak más módszereket is pl. *árkontrollt* (kivéve, pl. Dánia, Németország, Egyesült Királyság), *profitkontrollt* (Egyesült Királyság), *promóciós költségkontrollt* (pl. Spanyolország, Franciaország, Egyesült Királyság), *farmakoökonomiai tanulmányokat* (mint pl. Svédország, Franciaország, Belgium, Olaszország).

Alkalmaznak *limitált büdztét az orvosnak a gyógyszer felírására* (pl. Németország, Írország, Olaszország, Egyesült Királyság), vagy *generikus helyettesítést* (pl. Dánia, Finnország, Hollandia).

Néhány országban az utóbbi években kénytelenek voltak az *árcsökkentés* eszközéhez nyúlni. Ilyen pl. Németországban az 1994 végével (5%) és Olaszországban az 1995 végével (2,5–5%) záruló, az Egyesült Királyságban az 1996 őszi (2,5%), Hollandiában az 1996. júniusi (5%), Dániában az 1997. áprilisi (3%), Spanyolországban az 1997 végével záruló (3%) árcsökkentés, míg Portugáliában 1994-ben 2,85–8%-os mértékű árcsökkentések voltak.

Az árszintek Európában nem kiegyensúlyozottak. Ha az európai átlagát tekintjük összehasonlítási alapnak, akkor az árak az ABDA egy 1995-ös tanulmánya szerint 1993-ban úgy alakultak, hogy 0,63–1,48-ig terjedő indexeket találtunk. Eszerint több, mint kétszeres is lehetett a különbség az egyes árak között. Ez azóta valamelyest változott, tehát a különbségek csökkentek, de még mindig megvannak.

Nagyon fontos, a lakosságot erőteljesen érintő szabályzó a *lakossági térítés* (co-payment rendszer) és valamilyen módon ugyancsak minden országban működik. Néhány példa érzékelteti ezen a területen is a változatoságot: Belgiumban 0, 25, 50, 60, 80, 100%-os, Dániában 0, 25, 50%-os, Spanyolországban 0, 10, 40%-os, Franciaországban 0, 35, 65%-os, Portugáliában 0, 30, 60%-os tá-

mogatási szintek vannak. Másutt fix összeget vagy receptdíjat kell fizetni, amely a gyógyszer értéke szerint változhat.

Mivel a gyógyszerpiac is jelentősen átalakult és alakul az időben, az EU tagállamokban jelenleg is komoly módosítások folynak a gyógyszerfinanszírozásokat illetően.

A gyógyszerpiac átalakulását mutatja be a **II. táblázat**, amely 9 hatástani (ATC) csoportban 1981–1994. között bekövetkezett komoly változásokat érzékelteti. Ezek voltak és vonják maguk után ma is az egyes országokban a gyógyszerfinanszírozási rendszerben bekövetkezett és bekövetkező változásokat.

II. táblázat

Különböző terápiás csoportok főbb adatainak változásai 1981–1994 között az európai piacon

Terápiás csoportok	Gyógyszerek száma		Kémiaiilag különböző molekulák száma		Előállító cégek száma	
	1981	1994	1981	1994	1981	1994
C07A Béta blokkolók	35	9				
C09A ACE inhibitorok	4	100	1	19	1	54
C08A Kalcium antagonisták	9	100				
C10A Koleszterinszint csökkentők	25	93				
A02B H ₂ receptor blokkolók	3	86	2	6		
N04A Antiparkinsonos gyógyszerek	55	88	9	18		
J01 Kórházi injekciós antibiotikumok	47	92		24	38	
M05B Csont kalcium regulációjára ható szerek	2	20	2	6	2	19
G04B Proszta terápia ható szerek	23	82	19	28	15	43

M. Pékli: *Tendencies of drug prices and their subsidies in some European countries. II. part: Drug prices and subsidies in the member states of EU.*

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, Váci út 73/b. – 1139

- Könyvelés
- Adótanácsadás
- Auditálás
- Könyvvizsgálat
- Bevallások készítése
- Bérszámfejtés
- Tb. ügyintézés
- APEH és Tb. előtti képviselet
Budapesten és Pest megyében

Telefon:
06 (30) 717-482
Bartos Gyula

HÍREK

A SZAKMAI ÉS A TUDOMÁNYOS ÉLET HÍREI

DR. LIPTÁK JÓZSEF AZ ÚJ ORSZÁGOS TISZTIŐGYÓGYSZERÉSZ

A népjóléti miniszter 1998. március 1-jei hatállyal *dr. Lipták Józsefet* országos tisztifőgyógyszerésszé kinevezte. Az MGYT főtítkárának, szaklapunk főszerkesztőjének ezirányú munkájához is sok sikert kívánnak

a Gyógyszerészet szerkesztői

KITÜNTETETT GYÓGYSZERÉSZEK

A miniszterelnök előterjesztésére nemzeti ünnepünk, március 15-e alkalmából, Göncz Árpád köztársasági elnök *prof. dr. Paál Tamásnak*, a kémiai tudomány kandidátusának, az Országos Gyógyszerészeti Intézet főigazgatójának a magyar törzskönyvezési gyakorlatban az Európai Direktívák érvényesítése terén végzett munkássága elismeréseként a *Magyar Köztársasági Érdemrend Tisztikeresztje* (polgári tagozat) kitüntetés; a népjóléti miniszter előterjesztésére, érdemes és eredményes munkája elismeréseként *dr. Faller Károlynak*, az Országos Gyógyszerészeti Intézet ny. igazgatóhelyettesének a *Magyar Köztársasági Arany Érdemkereszt* (polgári tagozat) kitüntetés;

Mucsi József gyógyszerésznek, a Vöröskereszt Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Szervezete titkárának a *Magyar Köztársasági Ezüst Érdemkereszt* (polgári tagozat) kitüntetés adományozta.

Kollégáinknak kitüntetésükhöz szívből gratulál és további munkájukhoz jó egészséget kíván

a Gyógyszerészet szerkesztősége

AZ MGYT OKTATÁSI ÉS KÖZIGAZGATÁSI SZERVEZETÉNEK ÜLÉSE

Dr. Simon Lajos MGYT alelnök, az Oktatási és Közigazgatási Szervezet elnökének vezetésével február 27-én tartott ülést a szervezet vezetősége.

Az ülésen elsősorban a graduális és posztgraduális képzéssel kapcsolatos problémák megvitatására került sor. A szervezet elemezni kívánja az ezzel kapcsolatos igényeket annak érdekében, hogy a gyakorlatban jelentkező legújabb elvárásoknak mind a képzés, mind pedig az újjászerveződő továbbképzések megfelelő szakmai háttérrel biztosítsanak.

(-)

ÜLÉST TARTOTT

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁGA

A Tudományos Bizottság soron következő ülésén három fő témakört vitatott meg. Az 1998. február 12-én megtartott ülésen a 17 fős bizottságból 13-an jelentek meg.

1. Állásfoglalás egyetemi tanári és igazgatói kinevezések ügyében.

A Tudományos Bizottság zárt körben részletesen megvitatta a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Karának három intézetigazgatói egyetemi tanári állására, valamint a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Gyógyszerész Karán egy intézetigazgatói egyetemi tanári állásra pályázó jelöltek tudományos aktivitását és előéletét.

A bizottság titkos szavazással döntött a pályázók szakmai kvalitásainak és tanácskezelői alkalmasságának sorrendjéről. A bizottság elnöke a szavazás eredményét levélben megküldte a SOTE és a SZOTE Gyógyszertudományi Karok dékánjainak.

2. Gyógyszerészeti tudományok helyzete és akadémiai reprezentációja.

A Tudományos Bizottság 1995. februári megalakulásakor már alapvető célként tűzte ki a gyógyszerésztudomány helyzetének javítását, tudománypolitikai kérdésekben való egységes előremutató állásfoglalását a különféle fórumokon, továbbá a Magyar Tudományos Akadémián való megfelelő reprezentációjának segítését.

A kitűzött céloknak megfelelően a Tudományos Bizottság újra napirendre tűzte a fenti tudománypolitikai kérdéseket, amelyekről *prof. dr. Rácz István* bizottsági tag és *prof. dr. Magyar Kálmán* akadémikus, mint meghívott előadó, mondták el vitaindító gondolataikat.

A bizottság részletes, helyenként szenvedélyes vitában tárgyalta meg az aktuális szakmapolitikai kérdéseket, illetve azt a kérdést, hogy elégséges-e a reprezentáció az MTA Kémiai Osztály Szerveskémiai Bizottsága keretén belül működő Gyógyszerkémiai és Gyógyszertechnológiai Munkabizottsága keretei között. Egyes hozzászólók vitatták a multidiszciplináris tudomány területből adódó „nem elégséges” reprezentációját a gyógyszerészeti tudományoknak a kémiai osztályon belül és sürgették a gyógyszerésztudományok képviselői súlypontjának áthelyezését az MTA Orvosi Osztályára.

A Tudományos Bizottság Magyar Kálmán és Rácz István professzorok javaslatára felkérte *Görög Sándor* akadémikust, hogy készítsen írásban egy javaslatot a gyógyszerészeti multidiszciplináris tudomány területek művelőinek jobb összefogására és presztízsének növelésére.

Magyar Kálmán és *Rácz István* professzorok a bizottsági vita és a beérkező javaslat alapján képviselik a Tudományos Bizottságot az MTA Orvosi és Kémiai Osztályainak közös fórumán, amely a gyógyszerészeti tudományok hazai helyzetével foglalkozni.

3. Szervezeti ügyek.

A Tudományos Bizottság a Társaság elnökével, *dr. Vincze Zoltán* professzorral egyetértésben, egyhangúan úgy határozott, hogy a debreceni gyógyszerésztudományi kar dékánját kooptálja a Tudományos Bizottság tagjai közé, amelyre a bizottság elnöke levélben kérte fel *prof. dr. Mezey Géza* dékán urat, aki a felkérést köszönettel elfogadta.

A bizottság ezután technikai ügyekben egyeztetett, illetve kijelölte a soron következő bizottsági ülés egyik napirendi pontját, a gyógyszerészeti szaknyelvvél kapcsolatos tennivalókkal foglalkozó ad hoc bizottság eddigi munkájának meghallgatását.

Dr. Klebovich Imre
az MGYT Tudományos Bizottságának titkára

A Gyógyszerészet Szerkesztőségének felhívása

A Gyógyszerészet Szerkesztősége kéri mindazokat a kollégákat, akik továbbképzéseket ● szakmai, szakmapolitikai rendezvényeket ● kiállításokat szerveznek, hogy azokról már megrendezésüket megelőzően írásban vagy telefonon tájékoztassák szerkesztőségünket, annak érdekében, hogy szaklapunkban beszámolhassunk róluk.

Cím: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3.
Telefon: 117-1488/371 mellék

AZ MGYT SZERVEZÉSI SZAKOSZTÁLYÁNAK ÜLÉSE

Az MGYT Szervezési Szakosztálya I. negyedévi ülését 1998. március 20-án Budapesten, a Zrínyi utcában tartotta dr. Simon Kis Gábor szakosztály elnök vezetésével. A vitaindító előadást dr. Samu Antal: Klinikai farmakológia a közforgalomban címmel tartotta. Az előadó szólt a klinikai gyógyszerészet, a gyógyszerészi gondozás és a közforgalmú gyógyszerellátás kapcsolatrendszeréről,

kiemelve, hogy a klinikai farmakológia eredményeinek hasznosítására az új típusú, betegcentrikus gyógyszerészi tevékenység során egyre nagyobb szükség lesz. A közforgalmú gyógyszertárak a jelenleginél intenzívebben kapcsolódhatnak be az ún. Fázis-IV. vizsgálatokba, amelyek célja a gyógyszerek gyakorlati alkalmazása során szerzett tapasztalatok összegzése.

Az előadást követően élénk és konstruktív légkörű vita alakult ki, és a résztvevők hosszú időn keresztül elemezték a gyógyszerészekkel szembeni elvárások és lehetőségek változásának tapasztalatait.

A szakosztály következő rendezvényére Kecskeméten a Rozsnyay Mátyás Emlékverseny keretén belül május 14-én kerül sor.

Hankó Zoltán

GYÓGYSZERTÁR-MŰKÖDTETÉS '98

A Magyar Gyógyszerész Kamara Vállalkozó Gyógyszerészi Tagozata március 6–8. között Siófokon a Hotel Ezüstpart konferencia központban rendezte meg immár hagyományos tavaszi továbbképző konferenciáját „Gyógyszertár-működtetés '98” címmel.

A konferencia több, mint 700 (közöttük több, mint 550 gyógyszerész) résztvevője a 3 napos program során megismerkedett az elmúlt időszakban elfogadott új jogszabályokkal, így az új egészségügyi törvénnyel, az új gyógyszer-törvénnyel, a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvénnyel, a nyugdíjbiztosításban, az adózási- és számviteli jogszabályokban bekövetkezett változásokkal. Megismerkedett a már régebb óta érvényben lévő jogszabályok alkalmazásának tapasztalataival, a gyógyszertári vállalkozás gazdasági és jövedelmezőségi aspektusaival.

Ügyszintén a konferencia hagyományait követve került sor az új gyógyszerészi szerepkörre való felkészülés jegyében a felső légúti megbetegedések patogenezisével, tüneteivel és kezelésük lehetőségeivel foglalkozó előadásokra.

A konferencia lehetőséget teremtett a vállalkozói tagozat fórumára és egy szakmai, vállalkozás-technikai, munkajogi fórumra. A konferencián kerültek meghirdetésre az Europharm fórum egészségnevelési programjai is. A konferencián – mely hivatalos továbbképző rendezvény – az alábbi előadások hangzottak el:

Dr. Doktorits Béla (a Magyar Orvosi Kamara főtktára): Az új egészségügyi törvény;

Prof. dr. Paál Tamás (az Országos Gyógyszerészeti Intézet főigazgatója): A gyógyszer-törvény;

Hankó Zoltán (a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége alelnöke): A gyógyszertári törvény alkalmazásának tapasztalatai;

Dr. Kraszkó Károly (Bács-Kiskun megyei tisztifőgyógyszerész): A gyógyszertárak ellenőrzésének tapasztalatai, különös tekintettel a jelenlegi jogszabályi háttérre;

Tihanyi Ágnes (a Magyar Gyógyszerész Kamara hivataligazgatója): Személyi jog engedélyezése, gyógyszertárak áthelyezése, haszonbérlet;

Dr. Samu Antal (a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége főtktára): Hazai gyógyszertári egészségvédelmi programok indítása az Europharm Fórumban szerzett nemzetközi tapasztalatok alapján;

Novákné dr. Pékli Márta (az Országos Egészségbiztosítási Pénztár osztályvezetője): A gyógyszerek árának és támogatásának alakulása néhány európai országban;

Dr. Simon Kis Gábor (az MGYK Vállalkozó Gyógyszerészi Tagozatának alelnöke): A gyógyszerárak képzésének és a támogatások kialakításának gyakorlata és tapasztalatai Magyarországon;

Hávelné Szatmári Katalin (az MGYK Vállalkozó Gyógyszerészi Tagozatának vezetőségi tagja): A magisztrális gyógyszerkészítés gazdasági aspektusai;

Kovácsné Álmosdy Judit (okleveles közgazdász): A számviteli és adózási jogszabályok változásai 1998-ban;

Molnár Bulcsu (okleveles közgazdász): A gyógyszertárak könyvelésének 1998. évi változásai;

Kerekes Csaba (HOKE Bt. ügyvezető igazgató): A gyógyszertárak költségszerkezetének alakulása;

Dr. Szabó György (kandidátus, fül-orr-gége szakorvos, SOTE Fül-orr-gége Klinika): A felső légutak vázlatos anatómiája és gyakoribb betegségei;

Dr. Krasznai Magdolna (fül-orr-gége, allergológus szakorvos SOTE Fül-orr-gége Klinika): Az orrnálkahártya és a melléküregek gyulladása, allergiás megbetegedések;

Dr. Farkas Zsolt (kandidátus, fül-orr-gége, foniáter szakorvos, Heim Pál Gyermekkorház): A középfül és a mandulák gyulladása gyermekkorban;

Dr. Székely Ágnes (házi gyermekgyógyász és fül-orr-gége szakorvos Budapest, VIII. kerület): A légutak obstruktív megbetegedései gyermekkorban;

Dr. Horváth Emília (fül-orr-gége, foniáter szakorvos Uzsoki Utcai Kórház) A garat és gége betegségei, a köhögés és a rekedtség differenciál-diagnosztikája;

Dr. Zsiray Miklós (tüdőgyógyász, onkológus szakorvos Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet): Az alsó légutak betegségei – pneumoniák és az asthma bronchiale;

Dr. Kiss József (az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgató-helyettese): A kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló törvény főbb szempontjai;

Dr. Hetényi László (az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főosztályvezető-helyettese): A társadalombiztosítás és a gyógyszertárak szerződéses kapcsolatrendszerének a kötelező egészségbiztosítási ellátásokról szóló törvény és a kapcsolódó rendelet figyelembe vételével;

Szőke Károly (Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat alelnöke): A vállalkozások és a biztosítók kapcsolatai, különös tekintettel a nyugdíjbiztosítás új rendszerére;

Rákos Péter (Nationale Nederlanden Rt.): Az NN nyugdíjpénztára a gyógyszertárak szolgálatában;

Dr. Horányi Miklós (Európa Biztosító Rt.): A gyógyszertárak vagyon- és felelősségbiztosítása;

Dr. Sándor István (az Országos Gyógyszerészeti Intézet főigazgató-helyettese): A munkajogi előírások érvényesítése a gyógyszertárakban.

A rendezvény sikere a jó szakmai program mellett a jól szervezett kiállításoknak és a szűkre szabott időben szervezett szabadidő programoknak egyaránt tulajdonítható. Az előadások és szakmai programok állandó nagy látogatottsága a továbbképzés szükségességét igazolta. A sikeres rendezés a konferencia rendezőbizottságának (*Pap Endre, Hankó Zoltán, dr. Samu Antal, dr. Zalai Károly*) és a Globálmed Kft. munkájának köszönhető. A konferencia adott otthont a Könyvelők Klubjának soron következő rendezvényére is.

Hankó Zoltán

KONSZENZUS-KONFERENCIA A BIZTONSÁGOS ÉS KORSZERŰ GYÓGYSZERES KEZELÉSÉRŐL

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat Gyógyszer, Gyógyászati segédeszköz és Gyógyfürdő Bizottsága az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral közös rendezésben 1998-ban konszenzus-konferenciák szervezését határozta el a döntés-előkészítők, a döntéshozók és végrehajtók, valamint a társadalmi szervezetek bevonásával. Az első ilyen konferenciára február 20–21-én az OEP székházában került sor. A konferencián a gyógyszerárak, ártámogatás, finanszírozás kérdéseit vitatták meg. A konferenciát szervező *dr. Török Imre* és *dr. Hamvas József* egyetértésével és támogatásával lehetőségünk nyílt arra, hogy a konferencia valamennyi előadását rövid közlemény formájában megjelentethessük. Az összeállítást a soron következő Gyógyszerészetben olvashatják.

Hankó Zoltán

DR. LÁRENCZ LÁSZLÓ AZ ERNYEY JÓZSEF EMLÉKÉREM KITŰNTETETTJE

Az MTA Pécsi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottságának Gyógyszerész Munkabizottsága 1998. február 12-én Pécsen ünnepi tudományos ülést tartott *prof. dr. Szabó László Gy.* elnökletével. Az ülésen az MGYT Gyógyszerésztörténeti Szakosztályának elnöke, *dr. Grabarits István* több évtizedes gyógyszerésztörténeti munkásságáért és eredményes tevékenységéért Ernyey József emlékéremmel tüntette ki *dr. Lárencz Lászlót*, a PAB Gyógyszerész Munkabizottság alelnökét.

Az ülésen jelen volt *prof. dr. Rácz Gábor*, akit *dr. Szabó László Gy.* köszöntött abból az alkalomból, hogy a New York-i Tudományos Akadémia rendes tagjává választották.

Az ünnepi ülésen elhangzott *dr. Lárencz László* előadása, aki a gyógyszerésztörténetének több érdekes eseményét ismertette, szaktörténeti munkásságán keresztül. Eszerint 1964-ben még gyógyszerész-hallgatóként *dr. Halmay prof. dr. Hegedűs Lajos* és *dr. Zboray Bertalan* irányításával részt vett a Magyar Gyógyszerész Egyesület könyvtárának megmentésében. Ekkor rendezték azt a hatalmas könyvanyagot, amely a későbbiekben a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum Könyvtár és Levéltár védnöksége és irányítása alatt a Mátyás téri Ernyey József Gyógyszerésztörténeti Könyvtár anyaga lett.

1966-ban nyert pályázatot a „Gyógyszerész segédek szociális törekvései a XIX. században” c. munkájával.

Az MGYT 50. évfordulójára „Kazay Endre származása és ifjú kora” címmel készített tanulmányt, mely elismerésben részesült.

1985-ben a Magyar Nemzeti Múzeum kiemelt díjazásban részesítette a „Hazai gyógyszergyártás története” c. munkáját. 1986-ban fogadták el „Kazay Endre életútja és munkássága” c. disszertációját.

A fentiekből is adódik, hogy következetesen tárta és dolgozta fel *Kazay Endre* életútját és munkásságát, ehhez kapcsolódóan a hazai gyógyszergyártás múltját, és ebben különösen *Kazay Endre* szerepét. Eredményesen kutatta és publikálta az 1015-ben létesített pécsvárad Kolostor-Ispóty egykori tevékenységét, a harkányi gyógyfürdő vízanalízisét és múltját, *Than Károly* munkásságát. A katonagyógyászat történetének kutatója.

Munkásságát hatalmas gyűjtemény is reprezentálja, melynek egyes részei Harkányban, valamint Vértestarcsán láthatók.

Az előadó számtalan szemléltető anyagot mutatott be és korabeli hangszalagok lehallgatásával színesítette előadását.

Ezt követően *prof. dr. Rácz Gábor* ismertette a New York-i akadémiai tagságával kapcsolatos dokumentumokat és szólt arról, hogy Magyarország képviselőjeként miként tudja szolgálni az egyetemes tudományokat.

(-)

MEGALAKULT AZ EGÉSZSÉGÜGYI TERMÉKEK GYÁRTÓINAK SZÖVETSÉGE

Az Egészségügyi Termékek Gyártóinak Szövetsége 1997 év végén alakult azzal a szándékkal, hogy tagjai egységes fellépésükkel elősegítsék az egészségügy ellátását biztosító gyártás reális társadalmi, szakmai és hatósági megítélését, továbbá, hogy létrejöhesse a tisztességes piaci magatartás ezen a profit érdekektől ostromlott piacon és az egészségügyi szakmai egyesületekkel együttműködve képviseljük a betegek és a társadalombiztosítás lehetőségeihez igazodva a gyártók érdekeit. A Szövetség a legújabb kutatási-fejlesztési eredmények gondos figyelemmel kísérésével, az összegyűjtött ismeretek közvetítésével segíti a tagvállalatok versenyképességét. A szervezet vállalja azt is, hogy a szabványosítás és iparjogvédelem nehéz és költséges eljárásainak koordinátorként közreműködjön. Rendkívül fontosnak látszik a nemzetközi és hazai érdekképviseleti szervezetekkel, valamint a médiával való kapcsolattartás is.

Az ETGYSZ kiemelt feladatának tekintik, hogy az Európai Unióban már megvalósult Medical Device kategóriát

Magyarországon is megteremtse és elfogadtassa.

A Szövetségben belül három szekció alakult: az orvoselektronikai termékek, az egyszer használatos egészségügyi termékek és a gyógyászati segédeszközök gyártóinak tagozata.

Az ETGYSZ teljes jogú tagként felvételét kérte az Eucomed nemzetközi szervezetbe. Ez egyet jelenthet azzal, hogy előkészíthető hazánkban annak a szigorú minősítési rendszernek a bevezetése és ellenőrzése, ami 1998. júniusától már kötelező az Európai Unió országaiban az egészségügyi termékekre. Az említett szervezet közreműködik az egészségügyi termékek forgalmazásának európai szabályozásában. 1995-ben kezdték meg a CE jelölés bevezetését az Unió országában, amely azt igazolja, hogy a gyártók vállalták: minden termékük megfelel az egészségügyi termékekre vonatkozó alapkövetelményekben megfogalmazott normáknak.

Az Eucomedben jelenleg 23 nemzeti és nemzetközi társaság, 16 multinacionális cég, s több mint 2000 gyártó és nagykereskedő képviselteti magát.

A hazai szövetség Eucomed tagsága tehát egyben az említett szigorú minőségi szabályok vállalását és teljesítését is jelenti. Az ETGYSZ célkitűzései közé tartozik, hogy ezáltal is erősítse „tárgyaló-képességét” az országos egészségügyi intézményekkel, hatósági szervekkel, a társadalombiztosítással és a hazai megrendelőkkel.

Érdekes külön is szólni az Eucomed jelentőségéről, amelynek fontos szerepe van az Európai Unió és az Európai Szabványosítási Bizottság által kiadott anyagok elkészítésében. Az Európai Unió felkérése alapján az Eucomed részt vesz az új európai szabályok és szabályozók előkészítésében, amelyek kifejezetten az egészségügyi termékekkel kapcsolatos elvárásokra és utasításokra vonatkoznak.

A Szövetség munkájáról és terveiről március 19-én sajtótájékoztatón számolt be *Annus István* elnök. A sajtótájékoztatón megjelent *Keller László* államtitkár és *dr. Ulrich Nafe*, az Eucomed nemzetközi ügyekért felelős elnöke.

Az Egészségügyi Termékek Gyártóinak Szövetsége rendszeres és folyamatos munkát kíván végezni, minden új érdeklődőt szívesen fogad és kezdeményezni is kívánja a taglétszám mielőbbi bővítését.

Az alapító tagok a következők: Beiersdorf Kft., Rico Rt., Paul Hartmann Kft. (azóta ez utóbbiak egyesülésével létrejött a Hartmann Rico Kft.), Johnson és Johnson Kft., GYSGY-Rehab Rt., 3M Hungaria Kft., Meditech Kft., MDQ Szövetség, Pharmavit Rt. (Bristol Myers Squibb), SCA Mölnlycke Kft., Makót Kft.

Fehér Tibor

ÚJ VÉRYOMÁSCSÖKKENTŐ A PFIZERTŐL

A Pfizer Kft. február 26-án *Cardura* nevű 2 és 4 mg hatóanyag-tartalmú új antihypertensív szerének forgalomba kerülése alkalmából sajtótájékoztatót tartott a Hotel Kempinkiben. A sajtótájékoztató elhangzottak szerint az egyik legsúlyosabb egészségügyi problémát a koronária betegségek jelentik. A halmozottan előforduló kockázati tényezők (magas vérnyomás, magas vérszínzint, cukorbetegség, elhízás, dohányzás stb.) különösen növelhetik betegség kialakulásának valószínűségét. A magas vérnyomásban szenvedő betegek kb. 70%-ának magas a koleszterin szintje. A hasra terjedő ún. almatípusú hízás nagyon gyakori hazánkban, amely szintén igen fontos kockázati tényező. Minden negyedik elhízottnak magas a vérnyomása, vérszínzintje eltéréseket mutat és magasabb a vérucorszintje is. Ezt az anyagcsere tünet-együttest „halálos négyesnek” nevezik az orvosi irodalomban, mivel 4–8-szorosára növelheti a koronária betegség kialakulásának kockázatát.

A Pfizer új gyógyszere, a doxazosin hatóanyagú *Cardura*, egy olyan szelektív alfa-blokkoló, amely a hipertóniában szenvedő beteg számára 24 órás kontrollt biztosít. A doxazosin hatékonyan csökkenti a magas vérnyomást, e mellett azonban kedvezően befolyásol több kardiiovaszkuláris kockázati tényezőt. Javítja mind a zsír anyagcserét, mind az inzulin érzékenységet. A készítmény további előnye, hogy más gyógyszerek hatását nem befolyásolja. „A hipertóniások több mint fele túlsúlyos, jó részüknek magas a vérszínzintje és hajlamuk van a cukorbetegség kialakulására. Tehát a hipertóniások nagyobb részének elsősorban olyan vérnyomáscsökkentőt kell adni, amely egyaránt javítja a vérszín- és a vérucorszintjüket. A doxazosin, amely egy α -blokkoló, biztosíthatja a betegeknek ezt a fajta terápiás megoldást” mondta *Pados Gyula* professzor, a Magyar Táplálkozás Fórum elnöke. A doxazosin további újdonsága, hogy hosszú távú kezelés alatt változatlan a vérnyomásra kifejtett hatása és rendkívül ritka bármiféle mellékhatás jelentkezése.

A doxazosin a Pfizer egyik legsikeresebb nemzetközi termékévé vált, hozzájárulva a vállalat 1997-es kiemelkedő teljesítményéhez. A Pfizer Inc. forgalma 1997. negyedik negyedév-

ében 11%-kal, 3496 millió USD-ra nőtt. Az adózott eredmény szintén 11%-kal, 558 millió USD-ra növekedett. Az átváltási árfolyamok 4,8%-kal csökkentették a negyedik negyedéves eredményt, valamint 3,6%-kal az egész évet. Az átváltási árfolyamok hatásától eltekintve az eredmény a negyedik negyedévre 15,4%-kal, az egész évre vetítve 14,2%-kal nőtt. A vállalat forgalma a teljes 1997-es évben 12,504 millió USD volt, a részvényenkénti hozam 13%-kal nőtt. A vállalat kutatás-fejlesztésre fordított kiadása elérte az 1,9 milliárd USD-t. A Pfizer Kft. múlt évi magyarországi árbevétele elérte a 3,5 milliárd forintot, míg az adózás utáni eredmény 10 millió forint volt.

A Pfizer folytatja befektetéseit. A következő 5 évben a Pfizer meg kívánja kétszerezni a kutatás-fejlesztésre fordított összeget, rekordot állítva fel az iparágon belül. A folyamatban lévő kutatás-fejlesztési programok, amelyekre a vállalat az elmúlt évben közel 2 milliárd dollárt fordított, 17 különböző gyógyászati területen 150 projectet fognak át. A Pfizer kutatóközpontjaiban 57 gyógyszer áll fejlesztés alatt. A vállalat megalapította a „Drug Pfínder” nevű programját, amely egy kutatás-fejlesztési együttműködés vezető tudományos intézményekkel, mint például a Yale Egyetem, a Harvard Orvosi Egyetem, az Európai Molekuláris Biológia Intézet, és kisebb biotechnológiai cégekkel, mint a Cubist, Repligen és a Genzyme.

A Pfizer Kft.-n keresztül a magyar betegek is részesülhetnek a kutatások eredményeiből származó előnyökből. A vállalat a közeljövőben készül egy új, az Alzheimer kórt gyógyító készítmény hazai bevezetésére. A donepezil hatóanyagú terméket mindössze 9 hónappal ezelőtt vezették be az amerikai piacra és máris a Pfizer Alzheimer gyógyszere teszi ki az ezirányú vények 95%-át.

A Pfizer Kft. növekedése kapcsán új létesítmények váltak szükségessé. A vállalat nemrégiben költözött új központjába, amely az Árpád Centerben található (1133 Budapest, Árboc u. 6., telefon: 451-1700) és nyitott egy új raktárt is Törökbálinton.

(–)

A POWDERJECT ÉS A GLAXO WELLCOME DNS VAKCINÁVAL KAPCSOLATOS MEGÁLLAPODÁSA

A Powderject gyógyszergyártó és a Glaxo Wellcome londoni igazgatósága bejelentette, hogy a két cég együttműködési, fejlesztési, koncessziós és elővételi egyezményt írt alá, amely az egész világra kiterjedő, kizárólagos jogot biztosít a Glaxo Wellcome számára a Powderject rendszeren alapuló Hepatitis B DNS vakcina fejlesztésére és forgalmazására, valamint opciót ad további tíz DNS készítmény forgalmazására.

Paul R. Drayson, a Powderject elnöke szerint ez az együttműködés lehetőséget teremt licence és opció fejlesztésre, valamint mérföldkő a Powderject történetében, ugyanis a szabadalmi díjakat is magában foglaló 300 millió dollárt meghaladó kifizetéssel a világ gyógyszeriparának legnagyobb kutatási-fejlesztési együttműködési megállapodása jön létre. Az egyezmény a Powderject tudományos és üzleti stratégiájának jelentős megerősödését mutatja, s a szakértelen és erőforrásokban is világszerte Glaxo

Wellcome cég ideális partner lesz a Powderject technológia alkalmazásában.

A megegyezés értelmében a Glaxo Wellcome az egész világra kiterjedő kizárólagos jogot szerez a Powderject technológiai alkalmazására, ezáltal kereskedelmi forgalomba hozza a Hepatitis B oltáshoz szükséges profilaktikus vakcinát, mely jelenleg még a klinikai vizsgálatok első fázisában van. Ezen túlmenően, a Powderject technológia segítségével, a Glaxo Wellcome számára az alábbi készítmények fejlesztése és forgalomba hozatala válik lehetővé:

- Hepatitis B terápiás célú DNS vakcina,
- HIV terápiás célú DNS vakcina, majd a későbbiekben
- fertőző betegségekre és daganatos megbetegedésekre szolgáló DNS vakcinák.

A Powderject rendszer szárazon, fájdalom nélkül juttatja be a hatóanyagot a bőrön át a szervezetbe. A folyamat során

a gyógyszert vagy vakcinát mikroszkópius méretű szilárd részecskékké alakítják. Ezek a részecskék egy kézi héliumgázos Powderject készülékben pillanatok alatt szuperszonikus sebességre gyorsulnak. Ez teszi lehetővé a részecskék eljuttatásának pontos szabályozását a célzott szövetrétegekbe.

A DNS vakcinák ily módon történő bejuttatása a szervezetbe, forradalmian új módszert képvisel. Ezzel a megoldással olyan immunválaszok hozhatók létre, melyek rendkívül fontosak lehetnek sok betegség, pl. a rák kezelésében.

Allan Baxternek a Glaxo Wellcome kutatási igazgatójának az a véleménye, hogy ez az új és szokatlan technológia egyedülálló és versenyképes lehetőséget biztosít a Glaxo Wellcome számára. Úgy véli, hogy a Powderject DNS vakcina-technológia jelentős távlatokat nyit a betegségek megelőzésében és a gyógyításban egyaránt.

Szent-Iványi Kristóf

ÚJ LEHETŐSÉG A TÚLSÚLYOSSÁG KEZELÉSÉBEN

A népegészségügy terén az utóbbi évek legnagyobb felismerése az, hogy a túlsúly, ill. az általa a szervezetben előidézett biokémiai változások az egészség egyensúlyi állapotának megbomlásához, az életminőség rosszabbodásához, s következményesen az életkilátások jelentős megváltozásához vezetnek. Felmérésekkel és klinikai vizsgálatokkal bizonyított, s ezáltal szakmai körökben ma már vitathatatlan tényként elfogadott, hogy a túlsúly, ill. a kövérség árt az egészségnek. Ellenőrzött statisztikai adatok azt mutatják, hogy már a mérsékelten túlsúlyosaknál (BMI = 30) a fatális következményekkel járó szívbetegség előfordulása 3,5-ször gyakoribb, mint a normális testsúlyúaknál; a magas vérnyomás betegség 2,5-szer gyakrabban fordul elő közöttük, és a cukorbetegség előfordulási gyakorisága is 26,5-szer magasabb. Mindez a lakosság körében kevéssé ismert. 5 megkérdezett közül 4 nem tudja, hogy túlsúly a cukorbetegsége hajlamosítja, és 3 közül csupán 1 ember előtt világos, hogy túlsúly a szívbeteg lehet és magas vérnyomás fejlődhet ki. Hasonlóképpen nem látnak összefüggést a túlsúlyosság és a mozgásszervi megbetegedések jelentkezése között sem. Pedig a túlsúlyossággal oki összefüggésben lévő megbetegedések kialakulása – normális testsúly tartásával – elkerülhető vagy jelentősen mérsékelhető. Vizsgálatok igazolják, hogy a testsúly kis mérvű, mindössze 5–10%-kal való mérséklése a cukorbetegség, és az általa kiváltott (keringési, idegrendszeri, veseeredetű) megbetegedések súlyosságának enyhülésével vagy megszűnésével és az elhalálozások számának akár 44%-os csökkenésével járhat. Ezért a testsúly sikeres csökkentése

érdekében az orvos és a túlsúlyos ill. kövér ember részéről átfogó szemléletváltásra van szükség, ami elengedhetetlenül korszerű kezelési eljárást is igényel. Ennek része a szervezet biokémiai folyamatában a legmegfelelőbb helyen ható gyógyszer.

Hosszas és alapos vizsgálat után az USA gyógyszerek törzskönyvezését végző hivatala, a Food and Drug Administration (FDA) bejegyezte törzskönyvébe a Knoll Pharmaceuticals (New Jersey) túlsúlyosság kezelésére szolgáló új készítményét, a Meridia®-t. A forgalombahozatali engedély kiadásával a készítmény forgalmazása a Knoll cég számára az USA-ban lehetővé vált.

A Meridia® *sibutramin* hatóanyagot tartalmaz, amely egyedülálló hatásmechanizmusával újszerű módon befolyásolja a szervezet biokémiai folyamatait, melynek testsúlycsökkenés az eredménye.

A sibutramin törzskönyvezése a világ több országában a gyógyszerek forgalmazását engedélyező hatóságok megkülönböztetett érdeklődésével folyik, s 1998-ban *Reductil*® néven várhatóan több országban is forgalomba került.

A testsúly csökkentésének módja és eredményességének megítélése az orvosok körében sokat változott az utóbbi időben. A fogyni vágyóknak tartózkodniuk kell a hirtelen és rövid idő alatt elérhető súlycsökkenéstől és életviteli szokásaikat – beleértve a táplálkozásit is – alaposan meg kell változtatniuk. Orvosi megfigyelések bizonyítják, hogy 5–10% testsúlycsökkenés a szív- és érrendszeri, valamint az anyagcsere betegségek rizikófaktoraiiban jelentős változásokat idéz

elő, melynek eredményeként a betegek állapota nagymértékben javul.

Széles körű klinikai vizsgálatok adatai szerint a sibutramin szedésével kiegyensúlyozott, az egészséget nem veszélyeztető és fenntartható súlycsökkenés érhető el. Használata különösen ajánlott olyanoknál, akiknek a túlsúlyossághoz az életkilátásokat jelentősen rontó és fokozott veszélyeztetettséget jelentő betegségek (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, anyagcsere betegségek) társulnak. A mintegy 6000 személyen 12 hónapig végzett klinikai vizsgálat során bebizonyosodott, hogy a maximális súlycsökkenés a szedés 6. hónapjában következett be és fenntartható volt a megfigyelés teljes 12 hónapja alatt.

A sibutramin új kezelési lehetőséget jelent a túlsúly orvosi felügyelet mellett történő csökkentésében. Szedését orvosi indikáció és felügyelet mellett, csökkentett kalóriatartalmú táplálkozás fenntartásával javasolják. Forgalmazását a Knoll Pharmaceuticals (New Jersey) a szedés minden részletére kiterjedő, átfogó program keretében végzi. A kezelésben a fogyni vágyók egyedi igényeit, valamint egészségük állapotát is figyelembe kell venni.

Újdonságként mondható el, hogy a Meridia® az első, naponta egyszer szedhető készítmény az Amerikai Egyesült Államokban.

Magyarországon törzskönyvezésre – az Európai Unió országaira érvényes eljárás lefolytatásával azonos időben – a Knoll AG Ludwigshafen magyarországi képviselője, a Knoll Hungária, 1998. elején nyújtja be a sibutramin hatóanyagú *Reductil*® dokumentációját.

(-)

INFORMÁCIÓS LOGO A GYÓGYSZERTÁRAKBAN



A gyógyszertáraknak a betegek tájékoztatásában, az egészségnevelésben, a gyógyszerek alkalmazásával kapcsolatos ismeretek átadásában új elvárásoknak kell megfelelniük, melyeket jogszabály is megerősít. A gyógyszertár információs tevékenységére az alábbi információs logó kihelyezése is felhívhatja a figyelmet. A logót dr. Stájer Géza MGYT alelnök, egyetemi tanár kezdeményezésére Szögi András szegedi grafikus tervezte. A grafikus által javasolt méret 30x30 cm, középkék figura, öntapadós fólián, ami üvegre vagy más felü-

lete ragasztható. A logó beszerezhetőségével kapcsolatos további információkkal Szögi András grafikus (62/495-556) és dr. Samu Antal MOSZ főtitkár (330-8970) szolgál.

(-)

KÖZÉRDEKŰ INFORMÁCIÓK

IV. CLAUDER OTTÓ EMLÉKVERSENY

IV. CLAUDER OTTÓ EMLÉKVERSENY

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság Ipari Szervezete 1998. szeptember 17., 18., 19-én Dr. Clauder Ottó egyetemi tanár, a magyar gyógyszerészet kiemelkedő alakjának emléke előtt tisztelgve, megrendezi a **IV. Clauder Ottó Emlékverseny-t**.

Az emlékmunkával is lehet pályázni. Az előadás után 5 perces vitára van lehetőség.

„A gyógyszerkutatói, -fejlesztési, -gyártási, -forgalmazási, -engedélyezési és oktatási területen dolgozó fiatal (35 év alatti) szakemberek részére fórum biztosítása kutatási eredményeik bemutatására, lehetővé téve ezzel egyfajta tudományos megméretést, szakmai tapasztalatcserét, erkölcsi ösztönzést.

A fiatal szakemberek előadókészségének fejlesztése, szakmai vitakészségének kialakítása erősítése.”

Az emlékmunkával is lehet pályázni. Az előadás után 5 perces vitára van lehetőség.

Diplomamunkával is lehet pályázni. Az előadás után 5 perces vitára van lehetőség.

Témát a gyógyszerészet, vagy ehhez szorosan kapcsolódó tudományok köréből kell választani.

Az emlékvérseny értékelése (részlet az Alapszabályzatból):

„Az előadásokat a kuratórium zárt ülésen értékeli.

Az értékeléseknél figyelembe veszi az előadó szakmai célkitűzésének korszerűségét, aktualitását, a megvalósítás színvonalát, eredményességét, a fiatal kutató felkészültségét, vitakészségét, valamint az előadás dokumentációjának határosságát.”

„A kuratórium a legjobbnak ítélt előadás szerzőjét (több szerző esetén az elsőt) **Clauder Ottó Emlékéremmel** tünteti ki és pénzjutalomban részesíti.

A további kiadható pénzjutalmak, illetve oklevelek számáról, a pénzjutalmak összegéről mindig az adott évben dönt a Kuratórium.”

1998-ban az I. díj: 60 000 Ft

35 év feletti társszerző nem jelentkezhet!

Részvételi szándékát 1998. május 15-ig szíveskedjék megadni a megadott levelezési címre.

Az előadásra jelentkezők szíveskedjenek megküldeni az előadás összefoglalóját max. 1 db A/4 gépelt oldalon, ugyancsak 1998. május 15-ig a megadott levelezési címre.

A rendezvény helye: Sunlight Hotel, Budapest XII., Eötvös u. 41.

Részvételi díj nincs.

Étkezést és szállást biztosítunk, amelyet a résztvevők helyben fizetnek.

Az előadásokhoz írásvetítőt és 5x5 cm-es diavetítőt biztosítunk.

A rendezvény kezdete: 1998. szeptem-

ber 17. 13 óra, vége: 1998. szeptember 19. 12 óra.

Rendezőbizottság: dr. Gyarmathy Miklós 431-2141; dr. Bozsik Erzsébet 215-0555; Dedinszky Csabáné 06 (20) 261-950

Levelezési cím: Pharma Tours kft., 1145 Budapest, Uzsoki u. 36/a. Tel./fax: 251-8896

Dr. Gyarmathy Miklós
A rendezőbizottság elnöke

Figyelem! A Gyógyszerészet 1998/1. sz. 48. oldalán közölt dátum (MGYT hazai rendezvénynapár) technikai okok miatt megváltozott – A rendezőbizottság.

NEGYEDIK EURÓPAI GYÓGYSZERÉSZTUDOMÁNYI KONGRESSZUS

MILANO, OLASZORSZÁG

1998. SZEPTEMBER 11–13.

Elnök: R. Paoletti (Olaszország)

Aelnök: C. Post (Svédország)

Tudományos titkárok: A. Martini (Olaszország), P. Minghetti (Olaszország)

Tudományos program előkészítő bizottság: E. Ambrosioni (Olaszország), F. M. Arcamone (Olaszország), P. Artursson (Svédország), G. Bignardi (Olaszország), L. Dorigotti (Olaszország), A. F. Fell (Anglia) társelnök, H. de Jong (Franciaország), G. Galli (Olaszország), I. W. Kellaway (Anglia), P. Krogsgaard-Larsen (Dánia), E. Mutschler (Németország), R. Pellicciari (Olaszország) társelnök, G. Pepeu (Olaszország).

Nemzetközi szervező bizottság:

A. F. Fell (Anglia), G. Gaviraghi

(Olaszország), B. Lindeke (Svédország), R. Paoletti (Olaszország) elnök, R. Pellicciari (Olaszország), C. Post (Svédország) alelnök, M. Rowland (Anglia), P. Sensi (Olaszország).

Az összefoglalók beküldési határideje (előadások és poszterek) 1998. április 20.

Konferenciaprogram, összefoglaló-formula és további információ kapható: EUFEPS '98 Organizing Secretariat
Fondazione Giovanni Lorenzini
Medical Science Foundation
Via Appiani 7. – 20121 Milan (Italy)
Tel.: +39-2-29006267
Fax: +39-2-29007018

email: lorenzfo@icil64.cilea.it
Előzetes program kapható az MGYT titkárságon!

(-)

GENERIKUS ÉS TERÁPIÁS SZUBSTITÚCIÓS KONFERENCIA RÓMÁBAN

A FIP a Board of Pharmaceutical Practice-val közösen rendezi meg a Generikus és terápiás szubsztitúciós konferenciát 1998. június 10–12. között Rómában (Olaszország).

A konferencia nyelve: angol és olasz.
Szervezős: FIP Congresses and Conferences

Andries Bickerweg 5.
2517 JP The Hague (The Netherlands)

Tel.: 31-70-363 1925

Fax: 31-70-365 9047

Konferencia program kapható az MGYT titkárságon!

(-)

SZAKMAI UTAK A PHARMA TOURS-SAL

A szakmai közönség a gyógyszerkutatás legújabb eredményeit ismerheti meg előadások, továbbá termékbemutatók során.

A szakvásárt kiegészítő kongresszus középpontjában az európai gyógyszerpiac alakulása, tendenciái; valamint aktuális gyógyszer-forgalmazási kérdések (új termékek ismertetése, gazdasági és management kérdések...) állnak.

A Pharma Tours szervezett keretek között kívánja biztosítani a szakvásáron történő részvételt az alábbiak szerint:

Időpont: 1998. szeptember 30.–október 3.

Utazás: Budapestről autóbusszal.

Szállás: Hotel Mercure****, Salzburg.

Elhelyezés: 2 ágyas, zuhanyzós szobákban.

Ellátás: félpanzió.

Részvételi díj: 74 000 Ft/fő.

Egyágyas felár: 16 000 Ft/fő.

Kongresszus regisztrációs díja: 8 500 Ft/fő.

Pozíciószám: S 98-09-30-DEM.

Program

1998. szeptember 30., szerda:

Indulás Budapestről (Pharma Tours, XIV., Uzsoki u. 36/A.) Salzburgba a reggeli órákban. Városnézés az óvárosban, este vacsora Salzburg egyik hangulatos belvárosi éttermében.

1998. szeptember 31., csütörtök:

Reggel utazás Münchenbe, az Expharm '98 helyszínére – részvételi lehetőség a kongresszuson. Délután városnézés a legismertebb müncheni nevezetességek megtekintésével. A „Sörfesztivál”, az Oktoberfest meglátogatása. Vacsora az egyik sörsátorban.

1998. október 2., péntek:

Egész napos szakmai program az Ex-

2. EXPOPHARM '98

MÜNCHEN, 1998. SZEPTEMBER

30.–OKTÓBER 3.

Németország legrangosabb nemzetközi gyógyszerészeti szakvására- és kiállítása az Expharm, mely 1998-ban a bajor tartományi fővárosban, Münchenben kerül megrendezésre október 1–4. között.

A négynapos rendezvény során a legjelentősebb európai gyógyszergyártó- és forgalmazó cégek mellett a gyógyszer-tári profilba tartozó egyéb termékek, felszerelések forgalmazói is kiállítanak.

A kiállítás főbb témakörei:

- új gyógyszerek ismertetése,
- OTC termékek,
- gyógytermékek,
- laboratóriumi-, gyógyszer-tári gépek, berendezések,
- számítógép szerepe a gyógyszer-forgalmazásban.

popharm '98 szakvásáron. Este: bajor est a Hofbrähaus-ban.

1998. október 3., szombat:

Utazás Budapestre rövid pihenőkkel.

A részvételi díj az alábbi szolgáltatásokat tartalmazza: autóbuzsköltség, 3 éjszaka szállás (Salzburgban) reggelivel, helyi adók, 1 vacsora Salzburgban, 2 vacsora Münchenben italfogyasztással, Expopharm '98 – belépő, városnézés Salzburgban, illetve Münchenben, helyi idegenvezetővel, utasbiztosítás 4 napra (betegség, baleset, poggyász), Pharma Tours idegenvezető.

Írásbeli jelentkezési határidő: 1998. augusztus 12.

Felhívjuk figyelmét, hogy utunkat minimum 19 fő jelentkezése esetén indítjuk. Amennyiben az út elegendő jelentkező hiányában elmarad, erről legkésőbb 1998. augusztus 17-ig értesítjük önt.

További felvilágosítással telefonon is készséggel állunk rendelkezésére: Telefon: 251-3697, telefon/fax: 251-8896

(-)

APOTHECA '98

ST. PÖLTEN, 1998. MÁJUS 21–23.

Ausztria legrangosabb gyógyszerészeti szakvására és kiállítása az Apothea, melynek 1998-ban Alsó-Ausztria tartományi fővárosa, St. Pölten ad otthont május 21–23. között.

A legjelentősebb osztrák gyógyszer-gyártó- és forgalmazó cégek mellett az utóbbi évek gyakorlatának megfelelően a szakvásáron külföldi kiállítók is bemutatkoznak. A rendezvény középpontjában a következő témakörök állnak:

- új gyógyszerek ismertetése,
- OTC termékek;
- gyógytermékek;
- laboratóriumi gépek, berendezések;
- a számítógép szerepe a gyógyszerforgalmazásban.

A szakmai közönség a gyógyszerkutatás legaktuálisabb eredményeit ismerheti meg előadások keretében, továbbá termékbemutatók során.

A Pharma Tours szervezett keretek között kívánja biztosítani a szakvásáron történő részvételt az alábbiak szerint:

Időpont: 1998. május 21–23.

Utazás: Budapestről autóbusszal.

Szállás: Hotel Ananas****, Wien.

Elhelyezés: 2 ágyas, zuhanyzós szobákban.

Ellátás: félpanzió.

Részvételi díj: 56 000 Ft/fő.

Egyágyas felár: 10 300 Ft/fő.

Poszciószám: S 98-05-21-ATS.

Program:

1998. május 21. – csütörtök:

Indulás Budapestről (Pharma Tours – XIV. ker., Uzsoki u. 36/a.) Bécsbe 8.30

órákor. A szállás elfoglalása után szakmai program keretében gyógyszertár-látogatás, majd autóbuzsos/gyalogos városnézés a legismertebb bécsi nevezetességek megtekintésével.

1998. május 22., péntek:

Reggel utazás St. Pöltenbe, az Apothea '98 szakvásár helyszínére. Délután szabadprogram keretében az óváros megtekintése.

1998. május 23., szombat:

Délelőtt szabadprogram vásárlási lehetőséggel. Utazás Budapestre a kora délutáni órákban.

A részvételi díj az alábbi szolgáltatásokat tartalmazza: autóbuzsköltség, 2 éjszaka szállás reggelivel, helyi adók, 2 vacsora Bécsben italfogyasztással, Apothea '98 – belépő, városnézés Bécsben helyi idegenvezetővel, utasbiztosítás 3 napra (betegség-, baleset-, poggyász), Pharma Tours idegenvezető.

Írásbeli jelentkezési határidő: 1998. április 17.

Felhívjuk figyelmét, hogy utunkat minimum 18 fő jelentkezése esetén indítjuk. Amennyiben az út elegendő jelentkező hiányában elmarad, erről legkésőbb 1998. április 22-ig értesítjük Önt.

További felvilágosítással telefonon is készséggel állunk rendelkezésére:

Telefon: 251-3697

Telefon/fax: 251-8896

FELHÍVÁS

évfolyam- találkozóra

A Budapesti Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Karán 1957-ben végzett és 1958-ban államvizsgázott gyógyszerészek

40. éves diploma találkozójukat

1998. június 6-án szombaton délután 5 órákor tartják. A találkozó helye: Budapest XIII. Dózsa György út 65. (Hotel IBIS Volga).

Az elmúlt találkozókat rendszeres résztvevőinek ismert címeire részletes tájékoztató meghívót küldünk.

Hayka Ibolya, Pogány János, Rákász Erzsébet, Tóth Barna, Zarándi Anikó

Az Europarkban működő Károlyi Gyógyszertár teljes vagy részmunkaidőre

GYÓGYSZERÉSZ MUNKATÁRSAT KERES!

Érdeklődni lehet 10–15 óráig a 347-1541, 347-1542 telefonszámokon
dr. Somkuti Tamásnál

Nemzetközi Klinikai Gyógyszerészeti Kongresszus

A klinikai gyógyszerészeti szolgálat értékelése

1999. április 11-14. · Orlando, Florida

accp

az AMERIKAI
KLINIKAI
GYÓGYSZERÉSZETI
KOLLÉGIUM

és az

EURÓPAI
KLINIKAI
GYÓGYSZERÉSZETI
TÁRSASÁG



közös rendezvénye

A szekciók témái:

- A klinikai gyógyszerészeti szolgálat értékelése
- Haladás a farmakoterápiában
- Eredeti kutatások, klinikai gyógyszerészeti szolgálat és programok, valamint folyamatban levő kutatások bemutatása előadás és poszter formában.

Összefoglaló formátumért és részletes programért forduljon az alábbi címekhez:

American College of Clinical Pharmacy
3101 Broadway, Suite 380
Kansas City, Missouri 64111 USA
Phone: 1/(816) 531-2177; Fax: 1/(816) 531-4990
E-Mail: accp@accp.com
World Wide Web: <http://www.accp.com>

European Society of Clinical Pharmacy
Theda Mansholtstraat 5b
2331 JE Leiden, The Netherlands
Phone: 31/71-5722430; Fax: 31/71-5722431
E-Mail: secretariat@escp.nl
World Wide Web: <http://www.escp.nl>

Az összefoglalókat 1998. október 15-ig postára kell adni; az összefoglalók bejelentése 1998. május 1. előtt történjék.

An International Congress on Clinical Pharmacy

Documenting the Value of Clinical Pharmacy Services

April 11 - 14, 1999 ♦ Walt Disney World ♦ Orlando, Florida

accp

American College of Clinical Pharmacy

Hosted by the



European Society of Clinical Pharmacy

Sessions will include:

- Documenting the Value of Clinical Pharmacy Services
- Advances in Pharmacotherapy
- Platform and poster presentations of Original Research, Clinical Pharmacy Services and Programs, Research in Progress

To obtain the call for abstracts and a complete program announcement, contact:

American College of Clinical Pharmacy
3101 Broadway, Suite 380
Kansas City, Missouri 64111 U.S.A.
Phone: 1/(816) 531-2177; Fax 1/(816) 531-4990
E-Mail: accp@accp.com
World Wide Web: <http://www.accp.com>

European Society of Clinical Pharmacy
Theda Mansholtstraat 5b
2331 JE Leiden, The Netherlands
Phone: 31/71-5722430; Fax: 31/71-5722431
E-Mail: secretariat@escp.nl
World Wide Web: <http://www.escp.nl>

Abstracts must be postmarked by October 15, 1998. Early notification for abstracts submitted before May 1, 1998.

SZAKIRODALMI TALLÓZÓ

KITEKINTÉS

SZEMELVÉNYEK A FIP LAPJÁBÓL

A Nemzetközi Gyógyszerész Szövetség lapjának 1997. július–augusztusi számában több, a számítógépes információ-adásokkal összefüggő közlemény jelent meg:

1. R. Talley, amerikai szerkesztő szerint a technológia és a beteg között az összekötő a gyógyszerész. Az információs adatok a számítógépek fejlődésével is bővülnek. Ezt most az Internet biztosítja. Az adatokat a gyógyszerész közli a beteggel s ezzel válik ő az egészségügy nélkülözhetetlen tagjává.

2. Hasonló témát tárgyal D. Steinbach, a FIP elnöke „Új kihívások a gyógyszerész számára” címmel. Így foglalja össze: „...akié az adat, azé a jövő kulcsa...”. Szerinte az ún. Managed care mozgalom lehetőséget ad a korszerű tájékoztatásra. A gyógyszerészet jövőjét az információadás stratégiájának kidolgozása, újabb lehetőségeinek alkalmazása biztosíthatja.

3. A. W. Davidson, a FIP főtitkára „Hogyan állunk az Internettel?” címmel főleg ezen rendszer előnyeiről szól. Ugyanakkor a számítógép vírusok által okozott zavarokra is kitér. Kiemeli az új technológiák megismerésének előnyeit. Azonban mindenkinek tisztában kell lennie a vírusok okozta veszélyekkel is.

4. A lap különböző olvasói leveleket is közöl. Ezek között vannak az Internet használatával kapcsolatos pozitív megítélések is. Más vélemény szerint túl sok a felesleges adat, ami nem mindig használható és csak a tájékozódást nehezíti.

Int. Pharm. J. 11, (4), 1997.

Megjegyzés: Világszerte egyre inkább tért hódítanak a számítógépes technológiák, melyet a szakterületünk is széles körben alkalmaz. Az újabb fejlődés elsajátítása nélkülözhetetlen.

TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAMOK NÉMETORSZÁGBAN

A következőkben négy német továbbképzési lehetőségről számolunk be. Ezek különböző időtartamúak, különböző anyagi háttérrel bonyolódhatnak. De mindenképpen hasznos gondolatokat ébreszthetnek a hazai továbbképzés fejlesztése szempontjából.

1. Továbbképző sorozat Bajorországban

Általános probléma, hogy az egyedül dolgozó kollégák nem tudják hosszabb időre elhagyni munkahelyüket. Ezért ez év júliusában (1997), valamint szeptember és november között keddi és csütörtöki napokon este 8 órai kezdettel, egész Bajorországban több helyütt tartanak rövid továbbképzést. Színhely a müncheni Gyógyszerész-ház, valamint számos vidéki szálloda és étterem. Mindenki a számára legmegfelelőbb helyre megy. Ezen időszakban több, mint 70 összejövetelt szerveznek. Lényegében a továbbképzést „házhoz viszik”. Fő témakör „az öngyógyítás gyógyszerei – a megítélés feltételei”. Emellett időszzerű témákat is megvitatnak.

Pharm. Ztg 142, (27), 52 (1997)

2. Továbbképzés Potsdamban

1997. május 28–31. között 200 résztvevő számára előadások, tanácskozások keretében a következő témák szerepeltek:

- kábítószerrel kapcsolatos rendelkezések;
- citosztatikumok elkészítése közforgalmú gyógyszertárban;
- fogamalgámok és a fájdalomcsillapítók kölcsönhatásai;
- veszélyes anyagokkal kapcsolatos rendelkezések;
- oltóanyagok a fertőző betegségekből;
- orvos-laboratóriumi adatok, egyszerűbb vizsgálatok elvégzése;
- fitofarmakonok ismerete, teák otthoni elkészítése;
- a gyógyszertárak által nyújtott szolgáltatások, pl. betegápolási tanácsadás;
- az 1995/96. évi gyógyszerpiac új eredményei;
- megemlékezés H. J. Hager-ről, halála 100. évfordulóján (fő műve a Hager Manuális nálunk is használatos).

Pharm. Ztg 142, (27), 54 (1997).

3. Nemzetközi gyógyszerész továbbképzés

Az IBM számítógépes cég és a Pharm. Zeitung támogatásával 1997. november 1–8. között a Kanári-szigeteken (Tenerife) nemzetközi továbbképzést rendeztek. A szakmai program előadásai:

- a gyógyszerellátás szervezése, árképzés;
- gyógyszer innováció 1997-ben;
- a biztosítók új szempontjai;
- tanácsadás betegnek, orvosnak, klinikának;
- gyógyszer-adatbankok gyakorlata;
- tanácsadás asztmás betegeknek;
- magán-betegbiztosítók kockázatvállalása;
- gyógyszerészek különböző biztosítási lehetőségei;
- a kommunikáció a mi szerepünk;
- neuro-lingvisztikus program;
- citosztatikus infúziók készítése;
- a spanyol egészségügy bemutatása;
- gyógyszerészet a Kanári szigeteken;
- a gyógyszeresedés és az étkezés összefüggései.

A tanfolyam ideje alatt a reggelt tornával kezdik. Autogén tréninget szerveznek. Több kirándulás, baráti összejövetel is szerepel a programban.

Pharm. Ztg 142, (26), 55 (1997).

4. „Pharmacon” Westerland továbbképzés

Már 23-ik alkalommal került megrendezésre ez az 1997. szeptemberi 5 napos továbbképzés. A tanfolyam témái:

- a jövő gyógyszerei;
- a prosztatahíperplázia gyógyszerei;
- a prosztatarák gyógyszerei;
- elsősegélynyújtási ismeretek;
- fájdalomcsillapítás;
- a farmakoökonomia haszna a gyógyszerári munkában;
- kronofarmakológiai ismeretek a tanácsadásban;
- a gyógyszer-felzabálás határai;
- ABDA számítógépes tanfolyam.

A tanfolyam keretében botanikai és geológiai jellegű kirándulás, hangverseny is szerepel a programban.

(Forrás: a tanfolyam meghívója)

Megjegyzések a négy tanfolyamhoz:

Látható, hogy a résztvevők lehetőségeihez mérten különböző tanfolyamok, előadások szervezésére kerül sor. Ezek természetesen a kollégák anyagi lehetőségeihez is igazodnak. Számunkra az egyik tanulság, hogy a privatizáció során kialakult helyzetben, elsősorban rövidebb (egynapos vagy egy estét igénybevevő) tanfolyamra van lehetőség. Másrészt a decentralizálás révén közelebb kell hozni a színhelyeket a kollégákhoz. Végül a témakörök legyenek egyrészt szélesebbkörű, átfogó előadások, másrészt időszerű, gyakorlati vonatkozású témák. A vidéken rendezett, személyes kapcsolatokat teremtő összejövetelek több szempontból is hasznosak.

EURÓPAI TÖREKVÉSEK

Az „Association Européenne des Specialists Pharmaceutiques Grand Public” (AESGP) című nemzetközi gyógyszeripari szervezet 1997. júniusában Budapesten tanácskozott. Itt felszólalt *Martin Bangemann*, volt német gazdasági miniszter, az Európai Unió egyik vezetője. Több, bennünket érintő kérdésben ismertette saját és az Unió álláspontját.

1998-ban megkezdődnek a csatlakozási tárgyalások Magyarországgal. *Bangemann* szerint hazánk esélyei jók. Fontosnak tartja a korszerű tájékoztatási rendszert. Szólt a kölcsönös piaci viszonyokról. Rámutatott, hogy közelíteni kell a tagországok gyógyszerellátási helyzetét. Lazítani kívánják a vénykötelezettséget. Egységesítést kívánnak létrehozni a gyógyszerek engedélyezése, a használati utasítás és a hirdetés terén is. A nem vényköteles gyógyszerek esetében célszerűnek tartja a küldőszolgálat (Teleshopping) rendszerét. Szerinte ez egész Európában folyamatosan el fog terjedni. Szó volt az öngyógyításról, ahol nagyobb önállóságra törekzenek. Az OTC készítmények előállításának célja, hogy készítményeik könnyebben hozzáférhetőek legyenek. Az egészségügy számára – gazdasági szempontból – előnyös az öngyógyítás. Gyakran egyszerű panasszal is orvoshoz fordulnak. Ezt az időt az orvos más, súlyosabb esetekre tudná fordítani. A haszon/kockázat helyzet elemzése szerint nincs hátrányos helyzet az öngyógyításban, az orvosi kezeléshez képest. Ugyanakkor jelentős a megtakarítás. A lakosság felelősségérzetének és a gyógyszerekkel kapcsolatos ismereteinek növekedése igazolja az öngyógyítás létjogosultságát.

A vita során több, eltérő vélemény hangzott el, nem mindenki helyeselte többek között a postai gyógyszerküldő szolgálatok széleskörű bevezetését. Ezt döntsék el maguk a tagországok. A gyógyszerek nemzetközi szintű értékelésével kapcsolatban is voltak eltérő meglátások. *Bangemann* szerint ezt egy londoni intézet, amely már ilyen témákkal foglalkozott, jól el tudja látni.

Dtsch. Apoth. Ztg 137, 2231–2234 (1997).

Megjegyzés: Számolnunk kell azzal, hogy hazánk az EU-hoz való csatlakozása után, a különböző külföldi törekvések nálunk is megvalósulnak. Fontos azonban, hogy továbbra is őrizzük egyrészt az egészségügy szempontjait, másrészt megmaradjon a gyógyszerész tanácsadó szerepe, hiszen ő a gyógyszerbiztonság őre. Különböző hivatásunk a drug-store-ok irányába süllyed.

GYÓGYSZERTÁRAK ÉS A RÁKKUTATÁS

Svájcban a rákkutatási szervezet egy éve kérte a gyógyszertárakat, hogy támogassák tevékenységüket. Több, mint 360 gyógyszertár vett részt az akcióban. A gyógyszertárakban megfordult személyek, betegek között is propogandát fejtettek ki az

ügy érdekében. Ehhez a Zeneca cég gyűjtődobozt bocsátott a gyógyszertárak rendelkezésére. Emellett írásos információkat is osztottak. A gyűjtés eredménye 46 327.– Svájci frank volt.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (11) 289 (1997)

Megjegyzés: Ilyen akciók a gyógyszerészet társadalmi megbecsülését is erősítik.

KITEKINTÉS RÖVIDEN**A receptúra gazdaságossága**

Németországban különböző szempontok szerint vizsgálták a közforgalmú gyógyszertárak magisztrális gyógyszerkészítését. Ez a tevékenység tulajdonképpen árnyéka a korábbiaknak. Viszont a nagybani előállítás – bizonyos készítményeknél – gazdaságosabb lehet. Egy most publikált tanulmány erre mutat rá több példával. Így kiemeli az Ibuprofen gélkrémet, amely a gyógyszertárakban keresett készítmény.

Prisma 4, (2), 9 (1997)

Megjegyzés: Az ismertett munka is igazolja, hogy a közpüzemi laboratóriumok jelentősen segíthetik a gyógyszertárak munkáját és az individuális gyógyszerkészítés fenntartható.

A gyógyszerkiadás az Internet-en keresztül nem biztonságos

A thüringiai tartomány illetékes minisztere felhívta a figyelmet arra, hogy a vásárlók részére kiszámíthatatlan kockázatot jelent az Internet közvetítésével történő gyógyszerbeszerzés, mivel többek között, így az indikáció, az alkalmazás nem biztonságos. Előfordulhat, hogy hamisított szereket kapnak. Fennáll a veszély, hogy az orvos sem látja a beteget. A látszólagos anyagi megtakarítást drágán fizethetik meg.

Pharm. Ztg 142, (19), 31 (1997)

Megjegyzés: Már többször hírt adtunk a postai és egyéb gépi úton történő gyógyszerrendelés és -szállítás veszélyeiről. Most egy felettes szerv is rámutatott ennek helytelen voltaira.

Német akció a szív- és keringési betegségek ellen

1997 áprilisa és júniusa között széleskörű felvilágosító akciót bonyolítottak le. Célja a lakosság felvilágosítása a szív- és keringési betegségek kockázataival kapcsolatban. Az ún. szív-alapítvány által indított mozgalmat a gyógyszertárak is támogatják, továbbá az orvosi testületek, biztosítók, egyes gyárak is segítséget nyújtanak. A szívinfarktus és agyvérzés teszi ki a halálesetek 48,5%-át. Fontos a vérnyomás ellenőrzése. Oka részben ismert. Az alapítvány kérdőívet bocsátott ki, melyek értékelésével a kockázati tényezők kiszűrését kívánják értékelni. Ebben a gyógyszertárak is résztvesznek. A közlemény tájékoztat a helyes vérnyomásmérésről.

Pharm. Ztg. 142, (19), 78 (1997).

Megjegyzés: Ez az akció is tanúsítja, hogy a gyógyszertárak szerepe milyen fontos az egészségvédelem terén.

Európai gyógyszerészhallgatók kongresszusa

Az Európai Gyógyszerészhallgatók Egyesülete (EPSA) 28 állam diákjait tömöríti. Évente rendezett kongresszusukat 1997-ben Baselben tartották, mely a 20. volt. A kongresszus jelszava:

„A gyógyszerészi hivatásnak találkoznia kell az iparral és a társadalommal”. Az előadók a gyógyszerészet különböző területeiről érkeztek, részben külföldiek voltak. Mind az előadások, mind a vitafórumok középpontjában a hivatás jövője állt. Széles körben foglalkoztak egyrészt a gyógyszertárak tevékenységével, másrészt egyéb területekkel, főleg a gyáriparral. A rendezvényt az ipar erősen támogatta. A személyes találkozások hasznosnak bizonyultak.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (13), 352 (1997).

Megjegyzés: A magyar résztvevők itthoni beszámolóí hasznosak lehetnek.

Drága egészség

A svájci egészségügyi ellátás Európában a legdrágább és világvizonylatban az USA mögött a második helyen áll. Svájc már korábban is élen járt: 1995-ben személyenként 2412 dollárt adott ki az egészségügy. A 27 OECD állam átlagánál 61%-kal volt magasabb a kiadás. Svájcnál alacsonyabb az egészségügy költsége többek közt Finnországban, Dániában, Svédországban és Nagy-Britanniában. Ezen országok egy része csökkenteni tudta a kiadásokat a bruttó nemzeti jövedelemhez képest. Kimutatták, hogy az egészségügy költségei és minősége között nincs arányos összefüggés. Ha az egészségügyi kiadások

kat az életszínvonalhoz viszonyítjuk, Svájc a negyedik helyen áll.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (13), 331 (1997).

Megjegyzés: Külföldi államok adatai most számunkra különösen tanulságosak.

Tanácsadás betegeknek

Mindenütt megfordulnak ún. nehéz emberek, akik a gyógyszerészek idegeit próbára teszik. Mások viszont szívesen fogadják a kapott tanácsokat. A svájci Szondi pszichológiai tan- és kutatóintézetben, egynapos szemináriumot rendeztek, melyen elméleti és gyakorlati kérdéseket vitattak meg. Az első alkalommal aránylag kicsi volt az érdeklődés a gyógyszerészek részéről, pedig a mindennapi gyakorlat számára hasznosnak bizonyult a szeminárium.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (13), 335 (1997).

Megjegyzés: A helyes betegkapcsolat kialakítása kellő felkészülést és nagy gyakorlatot igényel. A felsőoktatás és továbbképzés terén is nagy e téma jelentősége.

Az összeállítást készítette: dr. Nikolics Károly

CÍMBIBLIOGRÁFIA

AZ ORSZÁGOS GYÓGYSZERÉSZETI INTÉZET KIADVÁNYA

OGYI Közlemények 22, (77), (1997).

A törzskönyvezési prioritások aktuális listája. 1997. november 15-i állapot 1–6 p.

Kalium sulfuricum pro homeopathia. OGYI-HGAL-107-1997. 7–9 p.

Ferrum phosphoricum pro homeopathia. OGYI-HGAL-109-1997. 11–12 p.

Rhus toxicodendron pro homeopathia. OGYI-HGAL-111-1997. 13–15 p.

Veratrum pro homeopathia. OGYI-HGAL-112-1997. 17–20 p.

Kalium carbonicum pro homeopathia. OGYI-HGAL-114-1997. 21–22 p.

✘ Mezereum pro homeopathia. OGYI-HGAL-115-1997. 23–25 p.

Lilium tigrinum pro homeopathia. OGYI-HGAL-116-1997. 27–29. p.

Lycopodium clavatum pro homeopathia. OGYI-HGAL-117-1997. 31–33 p.

Ledum palustre pro homeopathia. OGYI-HGAL-118-1997. 35–37 p.

Kalium phosphoricum pro homeopathia. OGYI-HGAL-119-1997. 39–40.

Kalmia latifolia pro homeopathia. OGYI-HGAL-120-1997. 41–43 p.

Kalium muriaticum pro homeopathia. OGYI-HGAL-121-1997. 45–47 p.

✘✘ Mercurius corrosivus pro homeopathia. OGYI-HGAL-122-1997. 49–50 p.

Magnesia muriatica pro homeopathia. OGYI-HGAL-123-1997. 51–52 p.

Magnesium phosphorica pro homeopathia. OGYI-HGAL-124-1997. 53–54 p.

Kalium iodatum pro homeopathia. OGYI-HGAL-125-1996. 55–56 p.

Helyreigazítás az OGYI Közlemények 1996/2. (72.) 1996/3. (73.) és 1997/1. (75.) számaiban megjelent minőségi előírásokban. 57–59 p.

Gyógyszereink 47, (6), (1997).

Fővényi J.: Oralis antidiabeticum 1997. 153–160 p.

Meskó É.: A peripherias obliteratív arteriosclerosis gyógyszeres kezelése. 161–167 p.

Gardó S.: A hüvely és a környező szervek fertőzőes megbetegedései és gyógyszeres kezelésük. 168–176 p.

Simon T.: Antibiotikum a „házipatikák”-ban. 177–180 p.

Gyógyszereink Melléklet az 1997/6. számhoz

Gerő L.: Elnyújtott hatású izradipin hatékonysága és tolerálhatósága mono- illetve kombinált terápia során. 1–5 p.

Barna I.: Az életminőség változása tartós hatású izradipin (Lomir SRO) alkalmazása során. 5011 essentialis hypertoniában szenvedő beteg hazai, multicentrikus vizsgálatának értékelése. 6–11 p.

JOGSZABÁLYOK

Magyar Közlöny (113), (1997).

A népjóléti miniszter 46/1997. (XII. 17.) NM rendelete a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról. 8451 p.

A népjóléti miniszter 47/1996. (XII. 17.) NM rendelete a kötelező egészségbiztosítás keretében járó anyatejellátás feltételeiről. 8452 p.

A népjóléti miniszter 48/1997. (XII. 17.) NM rendelete a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető fogászati ellátásról. 8452–8454 p.

A népjóléti miniszter 49/1997. (XII. 17.) NM rendelete a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető meddőségkezelési eljárásokról. 8454–8455 p.

A népjóléti miniszter 50/1997. (XII. 17.) NM rendelete a betegszállításra jogosító kúraszerű kezelésekről. 8455–8456 p.

Magyar Közlöny (114), (1997).

A népjóléti miniszter 51/1997. (XII. 18.) NM rendelete a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról. 8639–8641 p.

Az Országgyűlés 125/1997. (XII. 18.) OGY határozata a Kábítószer-fogyasztás Visszaszorítása Érdekében Létrehozott Eseti Bizottság jelentéséről. 8646–8647 p.

Magyar Közlöny (116), (1997).

A Kormány 244/1997. (XII. 2.) Korm. rendelete a veszélyes hulladékokról szóló 102/1996. (VII. 12.) Korm. rendelet módosításáról. 8916–8917 p.

A népjóléti miniszter 52/1997. (XII. 20.) NM rendelete a népjóléti ágazatba tartozó egyes államigazgatási eljárásokért és igazgatásjellegű szolgáltatásokért fizetendő díjakról szóló 50/1996. (XII. 27.) NM rendelet módosításáról. 9067–9073 p.

A népjóléti miniszter 53/1997. (XII. 20.) NM rendelete a gyógyszerkészítmények vizsgálatáért és törzskönyvezéséért, valamint a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagok és készítmények nyilvántartásba vételéért fizetendő igazgatási szolgáltatási díjakról szóló 52/1996. (XII. 27.) NM rendelet módosításáról. 9073–9074 p.

A népjóléti miniszter 55/1997. (XII. 20.) NM rendelete az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által végzett egyes államigazgatási eljárásokért és igazgatásjellegű szolgáltatásokért fizetendő díjakról szóló 26/1995. (VII. 21.) NM rendelet módosításáról. 9074–9075 p.

Népjóléti Közlöny 47, (25), (1997).

A kormány 214. (XII. 1.) Korm. rendelete a súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeiről szóló 164/1995. (XII. 27.) Korm. rendelet módosításáról. 3790–3791 p.

A Kormány 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelete a kötelező egészségbiztosítási ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról. 3791–3805 p.

A népjóléti miniszter 42/1997. (XII. 8.) NM rendelete a közalkalmazottak által betölthető egyes munkakörök közalkalmazotti osztályba sorolásáról szóló 18/1992. (VII. 14.) NM rendelet módosításáról. 3806 p.

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

Magyar Közlöny 9503–9558 (1997)

A népjóléti miniszter 1/1998. (I. 28.) NM rendelete a gyógyászati segédeszközök rendeléséről, társadalombiztosítási támogatásának összegéről szóló 30/1995. (IX. 12.) NM rendelet módosításáról.

Magyar Közlöny 371–501 (4), (1998).

ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

Gyógyszerpiac 5, (8–9), (1997).

Szlávik J.: A megfázás kezelésének költségvonzatairól. 8–9 p.

Radó J.: A diuretikus terápiáról. 12–16 p.

Bakó Gy., Szegedi Gy.: Az immunbetegségek terápiájának költségvonzatai. 25–30 p.

Zámolyi K.: Béta-blokkolóval történő kezelés költségvonzatairól. 41–45 p.

Tamás Gy., Kerényi Zs.: A cukorbetegség kezelésének költségei: tények, számok és gondolatok. 49–56 p.

Horváth Zs.: A cukorbetegség gyógyszereinek felhasználása. 58–62 p.

Kórház 4, (12), (1997).

Madácsy L.: Diagnosztikus lehetőségek a praediabeteses állapot felismerésében. 11–13 p.

Földes I., Domokos I., Julesz J.: Az endokrin betegségek finanszírozásához. 16–21 p.

Nagyné Ambrus I.: Mennyit ér a szívbeteg? 30–32 p.

Füredi J., Veér A.: A folyamatos szakképzés (Residency training) egy lehetséges modellje (Rezidensképzés).

Orvosképzés 72, 150–156 (1997).

Lakos A.: TIBOLA – egy új, kullancs által terjesztett betegség.

Orv. Hetil. 138, 3229–3232 (1997).

Hahn, G. M.: Grässer: Arznei- und Wirtschaftspflanzen, Zierpflanzen und Unkräuter, II.

Öst. Apoth. Ztg 51, 1239–1249 (1997).

Mason, P.: Pharmacy in Hungary.

Pharm. J. 260, 60–61 (1998).

GYÓGYSZERTERÁPIA

Orv. Hetil. 139, (1), (1997).

Endre L., Mezei Gy., Kósa L.: Multicentrikus vizsgálat terfenadin tartalmú szuszpenzióval szénanáthás gyermekeken. 11–15 p.

Moser Gy., Együd F.: Első dózis hypotonia jelentősége, patomechanizmusa, veszélyei és elkerülésének módja ACE-gátló terápia során. 17–21 p.

Magy. Belöv. Arch. 50, (6), (1997).

Gerő L., Kerényi Zs., Tamás Gy.: Inszulinalógok diabetes mellitusban: elméleti háttér és klinikai alkalmazási lehetőségek. 598–604 p.

Fővényi J., Grosz A., Thaisz E.: Nappal szulfanilurea – este inzulin kombinált kezelés II. típusú diabetesben. 607–613 p.

Med. Univ. 30, (6), (1997).

Iványi J., Gyimesi A.: Gliquidon (Glurenorm), egy májon át kiválasztódó sulfonylurea-antidiabetikum. 335–340 p.

Molnár Sz., Dudás M., Iványi J.: Hypertoniás sürgősségi állapotok intravénás uradipil (Ebrantil) kezelése. 341–346 p.

Vizi J., Vitrai J., Somogyi A.: A Floxet (EGIS) és egy világszerte referenciaként elfogadott fluoxetin tartalmú kapszula összehasonlító klinikai vizsgálata depressziós betegekben. 347–352 p.

Brouil E., Somlai A.: Tartós profilaktikus Norfloxacin kezelés recidiváló húgyúti infekció esetén. 353–356 p.

Arnold Cs., Tamás F.: Felodopin (Plendil) hatásának multicentrikus vizsgálata nappali vérnyomás-monitorozással, családorvosi praxisokban. 357–367 p.

Tusnádi A.: A Ciprofloxacín (Ciprobay) szerepe a cukorbeteg fertőzéseinek kezelésében. 369–371 p.

Orv. Hetil. 139, (4), (1998).

Pár A.: A paracetamol (acetaminophen) toxicitásáról. 171–174 p.

Kádas I., Könczöl F., Illés T.: Terápiás dózisban alkalmazott paracetamol okozta heveny májkárosodás. 189–191 p.

Prinz Gy.: A cefoperazon helye a klinikai gyakorlatban.

Lege Artis Med. 7, 764–767 (1997).

Ciprofloxacinnal (Ciprobay) szerzett tapasztalatunk a vastagbél műtétek során alkalmazott antibiotikum profilaxisban.

Magy. Sebészet 50, 367–370 (1997).

Arzneimittel und Therapie: Mehrfachresistenz gegen Zytostatika – Bessere Ergebnisse mit chronobiologischer

Chemoterapie? – Galanthamin bei Alzheimer-Demenz – Caspasehemmer also neue Therapiemöglichkeit? – Folsäure in der Schwangerschaft und gegen Depressionen – Wenn den Magen schmerzt – Therapie der Hypertonie im Alter.

Dtsch. Apoth. Ztg 137, 4671–4680 (1997).

Arzneimittel und Therapie: Hat der Rinderwahnsinn den Menschen erfasst? – „Hit hard and early? – Lovastatin reduziert das Risiko der ersten Koronarereignisses – Was bringen die neue Therapien? – CSE-Hemmer senken Schlaganfallrisiko – Was bringen neue Therapien? – Omega-3-Fettsäuren als Additiv.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 127–136 (1997).

Clinical Pharmacy: Troglitazone sales suspended in UK – Stopping tumour blood supply: new agents may defeat drug resistance – Pharmaceutical care for US AIDS patients – Artificial viruses to be tested in corneal graft rejection research.

Pharm. J. 259, 915–917 (1997).

Clinical Pharmacy: First UK guidelines for management of chronic obstructive pulmonary disease – Does anti-dandruff shampoo help in asthma? – Thyroxine trial in biochemically euthyroid patients – Lamictal and Lamasil confusion – Platelet growth factor not yet ready for UK.

Pharm. J. 259, 952–953 (1997).

Clinical Pharmacy: New replacement therapy addresses behavioural aspects of smoking – Doctors and nurses see little place for pharmacists in inhaler training – Paracetamol as good as co-proxamol, analysis finds.

Pharm. J. 259, 952–987 (1997).

Clinical Pharmacy: Increased involvement of community pharmacists in ADR reporting – ACE inhibitor shows promise in slowing retinopathy, but caution urged – Warning testing or Year 2000 bug – Guide to avoiding financial failure published.

Pharm. J. 260, 47–49 (1997).

Az összeállítást készítette: *Ottlik Miklósné*

A HÓNAP MOLEKULÁJA

A Gyógyszerészet szerkesztősége 1996 szeptemberétől „A hónap molekulája” címmel új sorozatot indított, melynek keretében kutatási fázisban lévő ígéretes farmakonokat mutat be.

A sorozat alapját a Prous Science cég Molecule of the month” publikációi jelentik, melyek az említett vállalat World Wide Web Site-ján (<http://www.prous.es>) található. Az eredeti verziót egy „Kommentár” című fejezettel kibővítve adjuk közre. Az „A hónap molekulája” sorozatban szereplő vegyületek kiválasztásának alapjául az alábbi kritériumok szolgálnak:

- a kémiai szerkezet újdonsága;
- a hatásmechanizmus különlegessége;
- a kutatás-fejlesztési folyamatban való jelentős előrehaladás;
- olyan indikációkban mutatott hatás, ahol még nincs gyógyszeres kezelési lehetőség, vagy a jelenlegi terápiás beavatkozások nem kielégítőek.

1997. december

A becplermin

Az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerhatósága (FDA) 1997. december 17-én a diabeteses lábfekélyek kezelésére törzskönyvezte a *Regranex Gel-t* (0,01%), melynek hatóanyaga a *becplermin* nemzetközi szabadnevű, biotechnológiai úton előállított, rekombináns humán vérlemezke eredetű növekedési faktor (recombinant human platelet-derived growth factor = rhP DGF-BB homodimer). A hatóanyagot genetikailag módosított *Saccharomyces cerevisiae* segítségével állítják elő, melybe a humán vérlemezke eredetű növekedési faktor (PDGF) B láncát kódoló gént ültettek. A *becplermin* hatása megegyezik a természetes PDGF-el, vagyis stimulálja a fekély területére történő sejtmigrációt, és ezáltal serkenti az új szövetek kialakulását. A *becplermin* fejlesztője és gyártója a Chiron cég, míg a késztermék forgalmazója – egyelőre csak az USA-ban – az Ortho-McNeil vállalat. A *becplermin* az első biotechnológiai úton nyert hatóanyag a diabeteses lábfekély kezelésére.

Kommentár

A „diabeteses láb” mindazon elváltozások (fekélyek, felszíni vagy mélybe terjedő sebek, osteoarthropathiás folyamatok

stb.) összefoglaló neve, melyek cukorbetegség lábán neuropátiás károsodás és/vagy keringési zavar következtében, gyakran infekcióval társulva alakulnak ki. A háttérben álló okok és a klinikai megjelenés heterogén volta miatt diabeteses lábszindrómáról is szokás beszélni.

Mostanában e szindróma három csoportját különböztetik meg: neuropátiás, neuropátiás-infekciós, neuroischaemiás kórforma.

A *neuropátia* következtében megszűnik a verejtékképződés. Szimpatikus denerváció, következményes értágulat, a helyi keringés fokozódása alakul ki. Az érfal rigiddévá válik, a mediában calcificatio, fokozott sclerosis észlelhető. Csökken a vasoconstrictor válaszkészség és fokozódik a kapillárisok permeabilitása. Emiatt ödéma keletkezik. A fent vázolt károsodások magyarázzák a neuropátiás láb típusos megjelenését: az érintett terület meleg, száraz, gyakran ödémás, kipirult. Hypoaesthesia, valamint többnyire harisnyyszerű fonákézés, zsibbadás figyelhető meg (sensomotoros rostkárosodás). A neuropátiás láb az ödéma mellett további két szövödmény, a neuropátiás fekély és a Charcot-arthropathia (osteoarthropathia diabetica) kialakulásához vezet.

A fekély leggyakrabban mechanikai igénybevételnek kitett helyeken alakul ki, de okozhatják termikus és kémiai hatások is. Éppen a neuropátia miatt hosszú időn át fájdalommentes. A gyulladt, immár fájdalmas elváltozásban általában már a mély kötőszöveti rétegek is érintettek. Cellulitis (nemegyszer nekrotizáló), tályog, esetleg osteomyelitis kórisémizhető.

A Charcot arthropathia típusosan a tarso-metatarsalis (a lábtőhöz és a lábközépcsontokhoz tartozó) területeken, vagy a metatarsophalangealis (a lábtőhöz és az ujjpercekhez tartozó) ízületekben alakul ki. Kiváltó oka szinte mindig valamilyen minor trauma. A láb meleg, fájdalmas, duzzadt. Napok múlva microfractura, osteolysis, foltos csontszerkezet észlelhető. Végeredményképpen subluxatio (tökéletlen ficam), az ízületeket alkotó csontok dislocatiója, csontfragmentáció, lágyszöveti calcificatio alakul ki.

Az *infekciós formában* a gyulladás tünetei állnak előtérben. A végtag duzzadt, meleg, fájdalmas. Láz, gyorsult süllýedés, leukocitaszám emelkedés figyelhető meg.

A *neuroischaemia* háttérében a nagyerek atherosclerosis áll. Az ischaemiás láb hideg, sápadt, és a perifériás erek nem tapinthatók. Jellemző a nyugalmi fájdalom. A nyomásnak kitett helyeken a keringési zavar fekély, gangréna kialakulásához vezet.

A terápia interdiszciplináris feladat (sebész, ortopéd szakorvos, infektológus). Kezeleni kell a gyulladást (mechanikai terhe-

lés csökkentése, megszüntetése, az esetleges nekrotikus szövet-elemek eltávolítása, szükség esetén antibiotikumok adása, rendszeres sebrevízió). A neuropátiás ödémában szimpatomimetikum adható. A neuropátiát benfotiaminnal, B-vitamin komplex, thioctav adásával, és a szénhidrátanyagcsere stabilizálásával kezelik. A gangréna kezelésében lokális fertőtlenítés, esetleg steril fedőkötés és vazoaktív infúzió áll, de ez utóbbi alkalmazását egyes munkacsoportok elvetik. A tisztán neuropátiás, ill. neuropátiás-infekciós károsodásban a vazoaktív infúzió ellenjavallt, mert az gyulladáshoz vezet, és az infúzió terjedésének veszélyével jár. Ha lehet, meg kell szüntetni az érelzáródást. Ha erre nincs mód, az amputáció elkerülhetetlen. Az USA-ban a nem traumás eredetű amputációk 50–70%-ára cukorbetegre kerül sor. (Magyarországon 1993. július 1.–1995. június 30. között 6773 amputációt hajtottak végre, melyek közül 1937 (28,6%) háttérben állt diabetes mellitus (a sorrend: érbetegségek (37,6%), diabetes (28,6%), balesetek (18%), daganat és cysta (4,3%). Az „egyéb” elnevezésű kategóriába 11,2%, míg a veleszületett bántalmakra 0,3% jutott).

1997 szeptemberében Kanadában, majd októberben az Egyesült Királyságban engedélyezték az első, diabeteses lábfejkély esetén alkalmazható mesterséges bőrt. Ez proteinmátrixba ágyazott emberi bőrsejtekből áll, mely a dermis (a bőr kötőszöveti rétege) pótlására szolgál. Előállítója a Smith & Nephew cég.

Az Amgen cég granulocita kolóniastimuláló faktorával (G-CSF), a Neupogennel ért el sikereket a diabeteses lábfejkély terápiájában. Egy 40 fős klinikai vizsgálatban a kezelt betegek a placebo-csoport 17,5 napjával szemben csak 10 napig maradtak kórházban, és 14,5 napnyi iv. antibiotikum helyett csak 8,5 napos kezelést igényeltek.

A téma magyar vonatkozásaiént megemlíthető a Richter Curiosinjának (cink-hialuronát) 1996-os forgalombabocsátása, melynek indikációs területét részben a rosszul gyógyuló, fertő-

zött sebek jelentik. 1997-ben pedig a Biorex Rt. bimoclolom nevű, hőszokk-protein termelődést serkentő molekulájának fejlesztésébe szállt be az Abbott. A bimoclolom, az eddigi állatkísérletes adatok szerint, 4%-os krém formájában serkenti a cukorbetegség alatti sebgyógyulást, belsőlegesen pedig gátolja a ischaemia kialakulását, ill. enyhíti következményeit. Sikeres klinikai kipróbálások esetén ez lenne az első hőszokk-fehérje termelésfokozódás kiváltása révén ható gyógyszer. A diabeteses lábfejkélyek terápiája becslések szerint világviszonylatban 2,5 milliárd dolláros piacot jelent. Hazánkban mintegy 25–30 000 inzulindependens cukorbeteg (IDDM), és mintegy félmillió nem-inzulindependens cukorbeteg (NIDDM) él. Egyesült Államokbeli adatok szerint a kórismézést 25 évvel követően IDDM-ben az alsó végtag bármilyen szintű csonkolásának kumulatív kockázata 11,2%, míg NIDDM-ben 11%.

IRODALOM

1. Winkler G.: A diabeteses láb – interdiszciplináris feladatok a terápiában. Forum Medicorum; november 1997. pp. 25–27.
2. Kullmann, L.: Az alsó végtag amputáció két éves eredményei Magyarországon, országos adatbázis alapján. Orv.Hetil. 138, (37), 2327–2332 (1997).
3. Vigh, L.: Bimoclolom: a nontoxic, hydroxylamine derivate with stress protein-inducing activity and cytoprotective effects. Nature Medicine (3), 10; pp. 1150–1154, October (1997).
4. Smith & Nephew launches artificial skin for diabetic foot ulcers. Scrip (2275), 19 (1997)

Összeállította: dr. Dobson Szabolcs és Szabó Péter

MIRŐL ÍRT AZ „A GYÓGYSZERÉSZ” 50 ÉVE?

1948. február

„Mindnyájunk érdeke, hogy szakmánk problémáiról, sine ira et studio beszéljünk” – állapította meg Márkus Dezső vezércikkében. „Amikor kritizálunk, természetesen előbb szükség van az önkritikára is. A háborús veszteségeinket követően minden megnyilatkozásunk, cselekedetünk az újjáépítést szolgálta. Ezek a sajtó munkatársaira is érvényesek, az elhangzott szó elröppen, de az írás megmarad. Bennünket ma elsősorban az foglalkoztat: milyen lesz a gyógyszerészet jövője? Ez a kérdés többféle lehetőséget kínál. Bizonyos, hogy a gyógyszerészetre mind nagyobb szükség lesz. Ehhez azonban jól felkészült szakemberekre lesz szükség... Sajnos azonban vannak félrevelt kollégák közöttünk, akik még nem mernek a demokráciához közeledni. Ők is átnevelődnek majd. Bár ez nem kis feladat lesz. Helyünk csak ott lehet, ahol a világ dolgozóinak összessége áll. Vagyis biztosított az az örök béke és a jól elvégzett munka után jogosan járó ellenszolgáltatás. Mindnyájunk érdeke, hogy tisztán lássunk.”

Kemény György az Ár- és Anyaghivatal panasznapijáról tudósított. Ezen résztvettek a gyógyszeripar és a kereskedelem reprezentánsai. A jelenlévők interpellációs formában kérdezhettek a problémák okairól és megoldásairól. Siska László a hivatal képviselője válaszolt a kérdésekre: „Sajnos a zárolt gyógyszerek forgalmazása valutahiány miatt akadozik. Gyakran előfordul, hogy a szükségletnek csak egy tizedére jutó külföldi fizetőeszköz áll rendelkezésre. De az is tény: a vegyszereket is drágábban vesszük meg. A gyártásuk is drágább, mint a jelenlegi forgalmazási ár. A közegészségügy érdeke az árak mielőbbi rendezése.”

A magyar kormány 476/1948. Korm. számon rendeletet adott ki egyes személyjogú gyógyszerészeti jogositványok meg-

szüntetése, valamint a még nem működő patikák megnyitása tárgyában. Így a haszonélvező köteles volt 1948. április 30-ig megnyitni a gyógyszerterát, de ha külföldön tartózkodott a haszonélvező és nem tért haza 1948. március 16-ig, elveszítette gyógyszerterát.

Brolly Imre debreceni gyógyszerész hosszú levelét közölte a szaklap: „Mindig érdeklődéssel olvasom a szaklapban a szociális megmozdulásokat. Így a Kollektív Szerződés ügyét is. Helyes és rég óhajtott dolog ez, de nem tökéletes a megoldás. Betöltendő munkahelyeken szabad választása van a munkaadónak a személyre vonatkozólag, ami természetes. De takarékosági okból inkább fiatalabb munkaerőt fog majd alkalmazni. Így idővel, sajnos, az idősebb kartársak mindig nehezebben fognak tudni elhelyezkedni és esetleg munkanélkülivé is válhatnak. Ezt kell kikerülni a korpótlékos pénztárral. Ha a szakszervezet ki tudta vívni a kollektív szerződést, akkor ugyanolyan erővel a korpótlékos pénztárt is el lehet majd érni. (Sajnos ez sosem valószínű meg később. – Sz. L.). A gyógyszerészek egyik gondja a patikai jogadományozás. Üdvös dolog a szolgálati idő, a családi állapot figyelembevétele, valamint az átruházhatatlanság. (A reáljogú patikák megszüntetése ezt akarja elérni.) De az kérdéses, hogy a gyógyszerész rendelkezik-e a jognyeréshez megfelelő tőkével? Hiszen be is kell rendezni a patikát és a gyógyszerkészletet is meg kell vásárolni. Ez azonban csak úgy lehetséges, ha az állam állítja fel az új patikát és ő is rendezze be. A jognyertes gyógyszerész ezért egy bérösszeget fizet. Így lassan majd az állam tulajdonába kerülhetnének a patikák. Idővel pedig már nem jognyeréssel, hanem bérlőről bérlőre szállnának át a gyógyszerterák. Ez különösen előnyös lenne a kisforgalmú vidéki patikáknál. Az összegyűlt bérösszegeket pedig az állam újabb gyógyszerterák létesítésére és szakmai szociális intézmé-

nyek fenntartására fordíthatná. Ezért is sürgősen szükség volna egy stabil gyógyszerár-szabványra.

Székely Jenő a már többször említett Gyógyszerészeti Múzeum előkészítéséről így írt: „Mit tehet a szakma a múzeum megvalósulásáért? Körülnéz a vidéki kolléga a házatáján és felküldi Pestre mindazokat az ősi, nélkülözhető eszközöket, állványedényeket, képeket, szobrokat és könyveket, melyeket akár kölcsönképpen is felajánlhat a Múzeumnak. De nemcsak az elmúlt száz éves múltat szeretnék itt majd megörökíteni, hanem évszázadokat is. Ez a centenáriumi év ünnepélyes alkalom is egy állandó Múzeum és könyvtár létrehozására. Kérő szóval forduljunk a Közoktatási Miniszterhez: erkölcsi és anyagi támogatásával tegeye lehetővé, hogy a múzeumot szeptemberben átadhassuk.”

[A múzeum 1948. október 11-én nyílt meg a budapesti egyetemi Gyógyszerészeti Intézet két helyiségében. Sajnos a kiállítás 1963-ban megszűnt. De az értékes műtárgyakat átvette és megőrizte az utókornak az 1965-ben megnyílt *Semmelweis Orvostörténeti Múzeum*. Az értékes könyv- és folyóirat-gyűjtemény pedig a Múzeum *Ernyey József Gyógyszerésztörténeti Könyvtárában* (ma VIII. Mátyás tér 3.) található. – Sz. L.]

Székely Jenő közleményben jelentette be: „a teljes megvalósulás előtt áll a laboráns-képzés megoldása. A kiképzés tervezésénél pontosan meg kell határozni a gyógyszerértékelési szakmunkás működési területét. Az a cél, hogy magunk mellett szeretnénk tartani egy velünk együtt dolgozó munkás-réteget.”

Dr. Mozsonyi Sándor egyetemi tanár, a „Hogyan készíthetünk bármikor a gyógyszerértékelésben friss chlóros vizet?” című tanulmánya egyben javaslat is volt az V. Magyar Gyógyszerkönyvbe való felvételre.

Dr. Kedvessy György egyetemi magántanár, a „zsírok avasodásáról” és dr. Csipke Zoltán egyetemi docens, pedig a „Steril Ringer, Locke és a hypertoniás natrium-hydrocarbonicum oldatok helyes készítése” címen értekeztek.

Szmodits László

HELYESÍRÁS – HELYES ÍRÁS

A következőkben a rövidítésekről esik szó.

Életünk ritmusa felgyorsult, és mintha ebben a rohanásban arra se lenne időnk, hogy egyes szavakat, kifejezéseket végigmondjunk. Így lesz a piacon a paradicsomból „pari”, az uborkából „ubi”, a salátából „sali” és így tovább (stb.).

De komolyra fordítva a szót: szakcikkeinkben, híradásainkban is sok a rövidítés, ami természetes is, hiszen miért kellene ismételtelen leírni egy dolgozatban azt, hogy dehydroepiandrosteronsulfát, amikor egyszerűbb – nemcsak a szerző, hanem az olvasó számára is – a DHEAS rövidítés használata.

A rövidítéseket többféleképpen csoportosíthatjuk. Például:

- magyar szöveg,
- idegen szöveg

rövidítése. A magyar szöveg rövidítése többnyire nem igényel magyarázatot: MGYT, MTA, SOTE stb. Nem kell kiírni első használatukkor sem az egyértelműen (és „kötelezően” ismert) vegyjelek betűjeit sem, de ha ritkábban előforduló szövegről, vagy az adott cikkben a szerző által célszerűségi okokból kreált és alkalmazott rövidítésről van szó, akkor már – első előfordulásakor – szükséges a rövidítés feloldása: NIDDM (nem inzulin dependens diabetes mellitus).

Még a közismert rövidítéseket se alkalmazzuk jelentősebb

írások címében. Tehát például írjuk ki: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, s még inkább: Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, hiszen még mindig sokan a SZOTE rövidítést Szegedi Orvostudományi Egyetemenként említik.

Az idegen szöveg rövidítését különösen fontos értelmezni. Pl.: CPMP (európai gyógyszerértékelő hivatal – kisbetűkkel írva, mert ez nem hivatalos elnevezése a szervezetnek). Ilyen esetekben azonban célszerű a rövidítés eredeti szövegét is leírni, pl.: DHEA (dehydroepiandrosteron) a tesztoszteron és az ösztadiol prekursora.

Szerzőink nem mindig élnek a rövidítéseknek ilyen utóbbi használatával, pedig ez tűnik a legcélszerűbbnek, hiszen már olvasás közben érthetővé válnak a rövidítések. Elfogadható az is, ha a szerző dolgozata végén sorolja fel a rövidítések feloldását, de ha az olvasó anélkül kezd a cikk elolvasásához, hogy előbb a végét meg ne nézné, akkor számára érthetetlen maradhat a szöveg.

Tehát rövidítsünk, de csak módjával, mindig az adott szöveg mérlegelésével, és ami a lényeg: egy pillanatig se hagyjunk az olvasóban kétséget!

Láng Miklós

KÖNYVISMERTETÉS

Apothek von innen gesehen

Christian Friedrich; 144 oldal. GOVI Verlag, Frankfurt/Main - Eschborn, 1995. Ár nélkül. ISBN 3-7741-0488-3.

A könyv a XIX–XX. század nevesebb német gyógyszerészeinek önéletrajzeit közli. Bevezetőjében az önéletrajzról, mint irodalmi jellegű munkáról, valamint gyógyszerészeti vonatkozásairól szól. Rámutat arra, hogy ezek az adatok nemcsak a múlt, a fejlődés megismerését szolgálják, hanem tanulságokat vonnak le a jövő számára. Az önéletrajzban lehetnek szubjektív vonások, de jellemző és hasznos adatokat mutatnak be.

A 16 bemutatott személy képeit is közli. Munkásságukat részletesen megismerheti az olvasó. A nevesebb személyek nagyrészt kizárólag mint gyógyszerészek végeztek tudományos munkát, de akadnak köztük olyan személyek is, akik mint írók, költők, festők váltak ismertté. A legnevesebb személy a nemzetközi tekintélynek örvendő *Alexander Tschirch*, aki Svájcban a berni egyetem farmakognózia professzora volt.

Az ismertetett könyv gondolatébresztő számunkra is.

Ugyan vannak neves magyar gyógyszerészekről szóló monográfiák, kiadványok, de a GOVI Verlag kiadványához hasonló munkára is szükség lenne. (3119)

Dr. Nikolics Károly

Szegedi Egyetemi Almanach (1921–1996)

II.

Kiadja: Prof. dr. Dobozy Attila, a SZOTE rektora; 493 oldal, csaknem 660 fekete-fehér fénykép, 7 táblázat, 24x17 cm, kötve. SZOTE Nyomda és OFFICINA Nyomda, Szeged, 1997. Ára: 1990 Ft.

Az Előszó-ból idézve: „a szegedi orvostudományi egyetemnek két születésnapja van: az egyik 125 évvel ezelőtt, 1872-ben kolozsvári megalapítása és a másik 1921-ben, áttelepülése Szegedre.

Erdélyben az egyetemi gondolat több mint 400 éves múltra

tekint vissza. Itt a késő reneszánsz-kori humanizmus, valamint a reformáció teremtette meg a talajt, amelyből az egyetemi eszme kisarjadt”.

Az Almanach a szegedi tudományegyetem, illetve elődje, a kolozsvári tudományegyetem fennállásának 125 éves évfordulója alkalmából készült és az Orvostudományi Kar, illetve az 1951-ben önállósult Orvostudományi Egyetem mintegy 680 – egykori és jelenlegi – munkatársát mutatja be. Ez a Szegedi Egyetemi Almanach második része, ugyanis az 1996-ban kiadott első rész a JATE három karának munkatársait ismerteti. (Megjegyzem, hogy az előző, 1970-ben megjelent és dr. Zallár Andor által szerkesztett kötet – a két egyetem akkori adatait – 443 oldalon együtt tartalmazza).

A régebbi egyetemi beosztások alapján a kötetbe bekerültek a nyilvános rendes és rendkívüli tanárok, a címzetes (nyilvános) rendkívüli tanárok, az intézeti tanárok, továbbá a magántanárok, illetve az újabb besorolás szerint pedig az egyetemi tanárok, a docensek, a címzetes egyetemi tanárok, valamint a tudományos minősítéssel rendelkező adjunktusok, tanársegédek, tudományos tanácsadók és (fő)munkatársak. – Figyelembe vették azok kérését is, akik a kötetben nem kívántak szerepelni.

Az Almanach 678 SZOTE dolgozó adatait tartalmazza. Mivel az érintettek adatait kérdőívek alapján gyűjtötték és állították össze, így azok egységesnek tekinthetők. A kérdőívek 16 pontot tartalmaztak: név, születési adatok, munkahely(ek), egyetemi tanulmányok helye, tudományos fokozat(ok), fontosabb egyetemi tisztségek és tanulmányutak, társasági tagságok és funkciók, tudományos tisztségek, kitüntetések, főbb kutatási terület(ek), az egyetemről távozás vagy nyugdíjba vonulás időpontja, a fontosabb művek, illetve az irodalomban történt utalások és hivatkozások. A Szerkesztő Bizottság nem törekedett a teljes pályakép bemutatására, ezen belül viszont a lehető legtöbb információt adja.

A Gyógyszerésztudományi Karon volt és jelenlegi működő 39 oktatót 28 oldalon külön fejezet tartalmazza; név szerint: Báthori Mária, Bernáth Gábor, Blaszó Gábor, Dávid Lajos, Dirner Zoltán, Dombi György, Erős István, Falkay György, Fodor Lajos, Fülöp Ferenc, Gábor Miklós, Háznagy András, Hódi Klára, Hohmann Judit, Huber Imre, Hunyadvári Éva, Kata Mihály, Kedvessy György, Klivényi Ferenc, Kovács László, Kőszegi Dénes, Lázár János, Lázár László, Máthé Imre, Minker Emil, Miseta Mária, Novák István, Regdon Géza, Révész Piroska, Rózsa Zsuzsanna, Salgó Éva, Selmeczi Béla, Simon Lajos, Stájer Géza, Szabó János, Szendrei Kálmán, Tóth László, Varga Erzsébet és Vinkler Elemér.

Mivel sokan az Általános Orvostudományi Karon működtek, vagy ma is ott fejtik ki aktivitásukat, ők természetesen az ÁOK tagjai között szerepelnek, így: Csajtai Miklós, Hajós Mihály, Institoris László, Jancsó Aranka, Krenács Tibor, Láng Jenő, Leprán István, Morvay József, Szikszay Margit, Thuránszky Károly, Tukats Sándor, továbbá Barcsay István, Fröhlich András, Hollenbach Katharina, Mezey Géza és Takáts István.

Bizonyára sok, az elmúlt évtizedekben Szegeden végzett gyógyszerész emlékszik tisztelettel és szeretettel – a felsorolatkon túlmenően is – az Egyetem egykori neves oktatóira és elismert vezetőire, pl.: Altorjay István, Béládi Ilona, Benedek György, Berencsi György, Cserháti István, Csík Lajos, Dési Illés,

Dobozy Attila, Földes Vilmos, Fráter Loránd, Guba Ferenc, Gyurkovits Kálmán, Kanyó Béla, Karácsonyi Sándor, Kása Péter, Kiszely György, Kukán Ferenc, Kulka Frigyes, László Ferenc, Lázár György, Obál Ferenc, Ormos Jenő, Petri Gábor, Pórszász János, Pusztai Rozália, Sas Mihály, Szekeres László, Szemere György, Szent-Györgyi Albert, Szilárd János, Szontágh Ferenc, Telegdy Gyula, Tényi Mária, Tóth Károly, Troján Emil, Zalányi Sámuel, valamint Aszriev Miklós, Bárány Ferenc, Baranyai Rózsa, Fülöp János, Kálmán László, Pálffy Gyula, Székely Sándor, Szilágyi László és Zoltán Örs Tamás.

Táblázatosan adták közre a rektorok és rektorhelyettesek, az ÁOK, illetve GYTK dékánok és dékánhelyettesek, a Gyógyszerésztudományi Kar és a Főiskolai Kar, valamint az Egyetem díszdoktorai névsorát, továbbá az elméleti intézetek és klinikák, a központi tanszékek és szervezeti egységek felsorolását.

Szerkesztői szerint „az Almanach bár vázlatosan, mégis szemléletesen mutatja be azt a hatalmas alkotómunkát, amely egyetemünkön folyt és folyik. Továbbá érzékelteti azt is, hogyan fejlődött az orvostudomány az Egyetem élete során, s hogyan felelt meg az Egyetem e kihívásoknak. Munkánkat forrásnak szánjuk mind a jelen-, mind pedig az utókor számára”. (3128) M : —

Kapható: SZOTE Könyvtár, 6701 Szeged, Tisza Lajos krt. 109.

Dr. Kata Mihály

Dermatologische Magistralrezeptur der Schweiz

C. Deplazes – F. Möll – H. Panizzon; 2. bőv. kiadás, 296 oldal. C. Deplazes, Winterthur, 1997. Ár nélkül. ISBN 3-00-001486-1.

A szerzők a bevezetőben rámutatnak a törzskönyvezett gyári készítmények terjedésére. De a bőrgyógyászatban a magisztrális receptura még szolgálja az individuális gyógyszerrendelést.

Ezért állították össze a korszerű, használatos előíratok gyűjteményét. A szerkesztésben több intézeti gyógyszerész munkatársa is együttműködött. A kiadást gyógyszergyárak is támogatták.

A könyv felépítése célszerű: általános ismereteket ad technológiai, minőségbiztosítási és eltarthatósági kérdésekről. Majd táblázatokat közöl segédanyagokról, galenusi rendszerekről, bőrgyógyászati alkalmazásokról, gyógyszerek okozta mellékhatásokról. A gyógyszerformákat dermatológiai, a gyógyszereket pedig hatástani szempontból osztályozza.

Hasznosak a kompatibilitási táblázatok. Ugyancsak táblázatosan közli a szövegben leírtakra való utalást. Végül, bőséges irodalmi utalások találhatók.

A zsebkönyv formában kiadott munka rendkívül alapos, az anyag összeállítása korszerű, jól kezelhető. A szerzők elérték céljukat, miszerint a bőrgyógyászatban ma is biztosítani kell a magisztrális recepturát. Hasonló kiadvány hazai összeállítása számunkra is hasznos lenne. (3124)

Dr. Nikolics Károly

Az első magyar gyógyszergyár



a

RICHTER GEDEON RT.

orvos és gyógyszerész

munkatársakat keres

FÁK promóciós osztályára.

A munkakör betöltéséhez felsőszintű orosznyelv-tudás, valamint felhasználói szintű számítógépes ismeret szükséges.

Olyan pályázók jelentkezését várjuk, akik jó kapcsolatteremtő képességgel rendelkeznek, és vállalják a gyakori utazást a FÁK országaiba.

A kiválasztásnál előnyt jelent az orvoslátogatói gyakorlat.

Orvostudományi Főosztályára

humánorvost

klinikai kapcsolattartó munkakörbe.

Feladata: klinikai vizsgálatok tervezésében és szervezésében való részvétel belföldön és külföldön

A munkakör betöltéséhez tárgyalóképes angolnyelv-tudás, számítógépes felhasználói ismeret **szükséges.**

A kiválasztásnál előnyben részesülnek azok, akik neurológiai és pszichiátriai szakképesítéssel, valamint a klinikai gyógyszervizsgálatok terén gyakorlattal rendelkeznek.

Előzetesen érdeklődni lehet dr. Regős Katalin igazgatónál a 431-5772 vagy a 431-5773-as telefonszámon.

Kérjük, hogy a szakmai önéletrajzát és fényképét tartalmazó pályázatát a megjelenést követő 10 napon belül szíveskedjék feladni a következő címre:

Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt.

Sélley Károly Személyzeti és oktatási főosztályvezető
1475 Budapest 10., Pf. 27. (Gyömrői út 19–21.)

A Richterrel érdemes!...

a megismételhetetlen!

Zantac®

ranitidin

A 258 millió beteg, aki

Zantac-ot szedett,

ha megfogná egymás kezét,

a lánc tízszer körbeérné a Földet.

A **Zantac** legfontosabb javallatai:

Zantac tableta

Gyomor- és nyombélfekély kezelése

Zantac tableta

NSAID-ok okozta fekély megelőzése és kezelése

Zantac tableta

H. pylori eradikációs kombináció ill.
H. pylori eradikációt követő fenntartó kezelés

Zantac tableta és pezsgótableta

Reflux jellegű és fekélyszerű dyspepsia

Zantac tableta és pezsgótableta

Gastro-oesophagialis reflux betegség

Zantac Injekció

Stresszfekély következtében fellépő
gastrointestinális vérzés megelőzése

További információval
szívesen állunk rendelkezésére:

GlaxoWellcome

2045 Törökbálint, Hosszúrét u.
Tel.: (23) 515-100 Fax: (23) 515-101

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA



MEDIMPEX

Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt.

1151 Budapest, Károlyi Sándor út 121.

Telefon: 414-1400; Fax: 414-1480

A Magángyógyszerészek Országos Szövetsége 1998. évben ismételten meghirdeti az

1998. év **No.1.** PATIKÁJA

című pályázatot.

A Pályázat célja olyan gyógyszerertári modell kialakításának elősegítése, amely berendezésében és felszerelésében megfelel a jogszabályban rögzített előírásoknak, a gyógyszerkészítés és kiadás szabályainak, esztétikai és gazdaságossági követelményeknek, eleget tesz a gyógyszer-tárral szemben támasztott megváltozott igényeknek.

Pályázati feltételek:

I valamennyi teljes forgalmú gyógyszerertár pályázhat a cím elnyeréséért (az eddigi nyertesek kivételével),

I a Pályázat beadásának határideje: 1998. szeptember 15.,

I a Pályázat benyújtásának helye: Magángyógyszerészek Országos Szövetsége, Kecskemét, Batthyány u. 15. 6000

A Pályázat tartalmazza:

I az ellátott település térképvázlatát, feltüntetve a gyógyszerertárat, házi- és szakrendelőket, egészségügyi intézményeket,

I a gyógyszerertár alaprajzát és funkcionális egységeinek bemutatását,

I a lehetőleg színes dokumentumfotót a gyógyszerertár külső homlokzati és belső megjelenéséről,

I az átlagos napi betegforgalom bemutatását,

I elemzést a gyógyszer (vényköteles, vény nélküli) és gyógytermék (OTC) készítmény-forgalmazás arányairól,

I a házi gyógyszerészeti tevékenység szellemi és technikai lehetőségeiről.

Ajánlás

Bemutathatóak a gyógyszerertár létesítésének (privatizációjának, esetleges átalakításának) körülményei, a szaklétszáma, a gyógyszerertár vonzáskörzetébe tartozó népesség száma és összetétele, a házi- és szakorvosi háttér, a gyógyszerellátásban alkalmazott informatikai rendszer(ek) tapasztalatai, különös tekintettel a gyógyszerinformációs lehetőségek ismertetésére.

Javasolt az orvos-gyógyszerész-beteg kapcsolatrendszer működtetésének tapasztalatairól szóló tájékoztatás és a speciális feladatok bemutatása (AUV., gyógyászati segédeszköz, fiókgyógyszerertár stb.).

A Pályázatokat a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége Vezetősége által felkért kuratórium bírálja el.

Eredményhirdetés a Gyógyszerészek VIII. Országos Kongresszusán (Siófok, 1998. október 7–11.)

Kirakat pályázat

a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége és a Gyógyszerészet Szerkesztőségének közös pályázata

Az átalakulóban lévő gyógyszerellátás számára nélkülözhetetlen, hogy a társadalom is megfelelően méltányolja törekvéseinket. Ennek egyik módja lehet a gyógyszerertárakban vizuális bemutatókkal is felhívni munkánkra a figyelmet.

Napjainkban tapasztalhatjuk, hogy a gazdasági (üzleti) életnek milyen fontos része a propaganda, de a gyógyszerertári reklámnak nemcsak üzleti célokat kell szolgálnia, hanem hivatásunk sajátosságaiból adódóan a betegek tájékoztatását, egészségnevelését, a gyógyszerészet megismerését is. Mindezek alapján a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége és a Gyógyszerészet Szerkesztősége pályázatot hirdet

„Az év legjobb felvilágosító kirakata” cím elnyerésére.

A versenyben – tulajdonviszonyoktól függetlenül – valamennyi közforgalmú gyógyszerertár részt vehet a közterületek felé nyíló kirakatokban, illetőleg az officinában elhelyezett bemutatókkal, tablókkal. A pályázatok meg kell feleljenek a jogszabályi feltételeknek.

Az elbíráláskor az alábbi szempontokat vesszük figyelembe:

1. Mennyiben segíti a gyógyszerészeti tevékenység megismerését, megbecsülésének növelését • 2. Hozzájárul-e a gyógyszerészet – elsősorban hazai vonatkozású – eredményeinek, jelentős személyeinek és eseményeinek bemutatásához • 3. Összhangban van-e a feldolgozott téma és a bemutatás módja a gyógyszerertár közegészségügyi jellegével • 4. Mennyiben járul hozzá az egészségügyi felvilágosításhoz • 5. Segíti-e az egészségnevelés gondolatát.

A pályázatokat – a kirakatról készített fotókkal és szöveges ismertetéssel – 1998. szeptember 15-ig kérjük a Gyógyszerészet Szerkesztőségének (Budapest 1051 V., Zrínyi u. 3.) vagy a Magángyógyszerészek Országos Szövetségének (Kecskemét, 6000 Batthyány út 15.) címére küldeni szíveskedjenek.

A pályázat eredményhirdetésére 1998. októberben, Siófokon a Gyógyszerészek VIII. Országos Kongresszusán kerül sor.

Budapest, 1998. május

Dr. Mikola Bálint
MOSZ elnök

Hankó Zoltán
felelős szerkesztő

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA

JOURNAL OF THE HUNGARIAN PHARMACEUTICAL SOCIETY

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung:
H-1051 Budapest, Zrínyi utca 3. Telefon: 117-1488

Szerkesztőbizottság:

Főszerkesztő: dr. Lipták József
Felelős szerkesztő: Hankó Zoltán
Szerkesztők:

dr. Bozsik Erzsébet, dr. Brantner Antal, dr. Dobson Szabolcs,
Kéry István, dr. Kovács László, Ottlik Miklósné



dr. Nikolics Károly (a bizottság elnöke), dr. Bacsa György,
Dudits István, dr. Écsy Zoltán, dr. Gyarmathy Miklós,
dr. Hamvas József, dr. Kata Mihály, Kerekesné dr. Nemes
Mária, dr. Kéry Ágnes, dr. Marton Sylvia, dr. Mezey Géza,
dr. Mikola Bálint, dr. Satory Éva, Szendrényi Lajos,
dr. Trestyánszky Zoltán, dr. Zalai Károly

42. évfolyam

4.

1998. április

TARTALOM

CONTENTS

Dr. Nikolics Károly: Gondolatok a gyógyszerészi szemléletről 195 *K. Nikolics:* Thoughts about the pharmaceutical way of thinking

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

POSTGRADUATE INFORMATION

Dr. Kőszeginé dr. Szalai Hilda, dr. Török Ilona és dr. Paál Tamás: A gyógyszerek forgalomba hozatalának engedélyezése az Európai Unióban. I. A hatóanyagok minősége és az Európai Gyógyszerkönyv szerepe 197
Dr. Stájer Géza: Karcsúsító készítmények. Ez itt az anti-reklám helye 200

H. Kőszegi-Szalai, I. Török and T. Paál: Marketing authorization of medicines in the European Community, I. Quality of the active principles and the role of the European Pharmacopoeia
G. Stájer: Anorectic products. This in an anti-advertisement

ÖNGYÓGYÍTÁS, ÖNGYÓGSZERELÉS

SELF-TREATMENT, SELF-THERAPY

Dr. Vadász Imre: Hogyan segíthet a gyógyszerész a cigarettázás abbahagyásában? 203
Antifront[®] csepp – a természet tudománya a fronthatások ellen 207

I. Vadász: Possibilities for the pharmacist to help people to give up smoking

SZERVEZÉSI KÖZLEMÉNYEK

PHARMACEUTICAL ORGANIZATION

Dr. Pauka Tibor és dr. Tóth Ildikó: A gyógyszerfogyasztás alakulása, jellemzői és változásai lakossági felmérések alapján 208

T. Pauka and I. Tóth: Characteristics and changes of drug consumption on the basis of surveys among the population

AKTUÁLIS OLDALAK

CURRENT PAGES

Dr. Sándor István: Munkajogi tanácsadó. I. rész 215
KONSZENZUS KONFERENCIA A HAZAI BIZTONSÁGOS ÉS KORSZERŰ GYÓGSZERES KEZELÉSRŐL I. RÉSZ.
Dr. Pékli Márta: Gyógyszerárak és támogatások Európában 218
Dr. Hetényi László: A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásának jelenlegi helyzete 219
Dr. Botz Lajos: A kórházi, klinikai gyógyszerellátás – tények és tennivalók 220
Dr. Békássy Koppány: Rendezett-rendelést. A háziorvos gyógyszerrendelési lehetőségei – korlátai 222
Dr. Ajkay Zoltán és dr. Matejka Zsuzsanna: Biztosításpolitikai stratégiai lehetőségek gyógyszerügyben 224

I. Sándor: Adviser in law of labour. Part I.
M. Pékli: Drug prices and subsidies in the Europa
L. Hetényi: The present situation of drug subsidies given by the social insurance
L. Botz: Hospital and clinical drug supply – facts and tasks
K. Békássy: Coordinated prescription. Possibilities and limits for family doctors in drug-prescription
Z. Ajkay and Zs. Matejka: Insurance-political strategy in drug affairs

- Dr. Gógl Árpád:* A társadalombiztosítási gyógyszerlista támogatási rendszer kialakításának szakmai elvei 226
- Dr. Borvendég János:* A gyógyszerek forgalombahozatalának szakmai feltételei: a törzskönyvi értékelés és az egyedi import 226
- Dr. Szabó Sándor:* Gyógyszertámogatási rendszer gyógyszerészeti szempontok szerint 227
- Dr. Mathiász Dóra:* A költséghatékonyság és a gyógyszeres terápia. Az egészség-gazdaságtan – Health Economics 229
- Kovács Gábor, Szűts Tamás:* A társadalombiztosítási gyógyszerkiadások racionalizálásának egyik eszköze a referencia árrendszer kiterjesztése 232
- Dr. Matejka Zsuzsanna:* Az OTC program megvalósítása Magyarországon 233
- Á. Gógl:* Formation of drug structure for basic insurance (protocol) 226
- J. Borvendég:* Professional preconditions of putting into circulation drugs: evaluation, registration and individual import 226
- S. Szabó:* Drug subsidy system according to pharmaceutical aspects 227
- D. Mathiász:* Cost effectiveness and drug the therapy. Health Economics 229
- G. Kovács and T. Szűts:* One of the possibilities in the rationalization of drug cost and of social insurance is the extension of the reference price-system 232
- Zs. Matejka:* Possibilities of introducing the OTC program in Hungary 233

HÍREK

(Részletesen lásd a tartalomjegyzék végén)

234

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI

244

SZAKIRODALMI TALLÓZÓ

251

Kitekintés – Cím bibliográfia – A hónap molekulája – Miről írt az „A Gyógyszerész” 50 éve?

NEWS

NEWS OF DRUG REGISTRATION AND THAT OF PUTTING IN TO CIRCULATION

CLEANING IN THE PROFESSIONAL PHARMACEUTICAL LITERATURE

Survey of professional political reports in foreign periodicals
Title bibliography – Drug molecules of the month – The topics of Hungarian professional journals 50 years ago?

HÍREK: Etikai Kódex gyógyszerészek részére. A FIP állásfoglalása – Az MTA megválasztotta közgyűlési képviselőit – Prof. dr. Rácz Gábor New-York-i Akadémiai tagsága és dr. Lázencz László kinevezése – Dr. Petri Gizella professor az Augustin Béla emlékérem kinevezettje – Az Európai Gyógyszerkönyv 100. ülése – Az MGYT Oktatási és Közigazgatási Szervezetének ülése – A Dr. Mozsonyi Sándor Alapítvány díjkiosztása és tudományos ülése – Gyógyszerész diáknapiak – A Szekeres Alapítvány díjátadása – Szakmai továbbképzés Pilisvörösváron – Vevőtalálkozó a Phoenix Pharma főteli telephelyén – Tájékoztató a Magyar Higiénikusok Társaságának Fodor József és Fenyvessy Béla emléktülséről – Gyógyszerészet – gyógyszerészek Baranyában – Új tuberkulózis gyógymód a láthatáron – A Knoll Hungária Kereskedelmi Képviselet tudományos ülése – Dr. Dworschák Ernő – Dr. Szellő Balázs – Nemzetközi harmonizációs konferencia. Általános monográfia a gyógyszerformákról és farmakotechnológiai vizsgálómódszerekről – Szakmai utak a Pharma Tours-szal

„GYÓGYSZERÉSZET” a Magyar Gyógyszerészeti Társaság lapja

Kiadja a Magyar Gyógyszerészeti Társaság, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Telefon: 118-1573

Felelős kiadó: **Dr. Vincze Zoltán**

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung: H-1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Előfizethető: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. belföldi postautalványon vagy átutalással az MGYT átutalási számlájára: OTP V. kerületi fiók, Budapest, Deák Ferenc u. 7-9.

MGYT elszámolási számla: 11705008-20425230. Adóigazolási szám: 19000754-2-41

Előfizetési díj: egész évre 9000 Ft + 12% ÁFA. Egy példány ára: 750 Ft + 12% ÁFA.

Készült 2800 példányban.

Monthly journal. Subscription: Batthyany Kultur-Press Kft. H-1251 Budapest 11.

P. O. Box: 30. E-mail: batthyany@kultur-press.hu.

Műszaki szerkesztő: Molnár Zoltán

Sokszorosítás: Egri Nyomda

A kéziratok és mellékleteinek őrzését vagy visszaküldését nem vállaljuk.

Index: 25 362

Gondolatok a gyógyszerészi szemléletről

Dr. Nikolics Károly

A szerző „Gondolatok gondjainkról” c. közleménye folytatásaképpen megfogalmazza a „gyógyszerészi szemlélet” szerepét, jelentőségét. Megvilágítja, miként alakulhat ki és mi a szerepe a hivatás jövőjének formálásában.

Az elmúlt öt évtizedben különböző változásokat értünk meg. Kezdődött az 1950. évi államosítással. Az utóbbi időben elindult a gyógyszerterek magánosítása. Változások várhatók, ha az ország az Európai Unióhoz csatlakozik. A mai idős korosztály az államosítást követő nehéz időszakban – összefogás révén – tudott lépésről lépésre eredményeket elérni. Így alakult ki – szinte ki nem mondottan – olyan közös gondolkodás, amit gyógyszerészi szemléletnek nevezhetünk.

A „szemlélet” kifejezés jelentése: értékelés, felfogás, nézet, filozófia. Ez a fogalom egyének különböző csoportjainak véleményét foglalja össze. Egyben a jövő zálogának, irányítójának tekinthető, amelyet a közösségeknek kell érvényesíteniük.

Lássuk most a gyógyszerészi szemlélet összefüggéseit, mind a hivatás egésze, mind a nagyobb részt kitevő gyógyszeres hálózat szemszögéből. Ezeket „Gondolatok gondjainkról” c. közleményem folytatásaképpen foglaltam össze.¹

1. Az egyén szerepe

1.1. Adottságok

Ha a pályaválasztás előtt álló ifjú gyógyszerész családból való, akkor az egyéni adottságok mellé már hazulról kaphat hasznos indítást. Aki nem innen jön, egyrészt az iskolában kaphat egészségügyi, természettudományi alapokat, másrészt jól szervezett pályaválasztási tanácsadókon ismerkedhet meg hivatásunkkal.

Az egyéni adottságok mellett fontos szerepet játszanak külső tényezők: a család, felsőoktatás, munkahely. Kimagasló személyek példaképek lehetnek és megfelelő irányítást adnak a fiatalok számára. Az ismeretek folyamatos bővítése hozzájárul a látókör szélesítéséhez. Ezért fontos szerepe van a szaksajtónak is, mely „házhoz viszi” az új ismereteket.

Amikor az egyén adottságairól szólunk, ki kell térnünk arra, hogy csak gyógyszerészi végzettségük rendelkezhetnek-e gyógyszerészi szemlélettel? Sorainkban könnyebben alakul ki, de ez nem kizárólagos előny. Több olyan példát ismerünk, ahol más, rokon diplomások (pl. orvosok, vegyészek) a gyógyszerészet területét erősítették, illetve ma is itt tevékenykednek. Ezért helytelen lenne sovíniszta magatartást kialakítani.

1.2. Felsőoktatás

Jelentős az egyetem szerepe. Az oktatók tárgykörük újabb eredményei mellett – kellő pedagógiai érzékkel – hozzájárulhatnak a fiatalok szemléletének kialakításához. Ebben az oktató gyógyszerész szerepe is fontos. Őket az egyetemeken külső munkatársaknak tekintik. Hasznos továbbá külső szakemberek időnkénti bevonása a felsőoktatásba.

A továbbképzés szorosan kapcsolódik az egyetemi képzéshez. Az ezzel foglalkozó intézmények együttműködése hozhat jó eredményt. Újabb formák bevezetésére szükség van. Így a magánosítás után célszerű rövidebb, hétéves továbbképzéseket szervezni.

Itt említendő a szakképzés és a doktori fokozat elérése. A szakképzés sokat fejlődött. E téren több külföldi álmot is megelöztünk. A doktori fokozat elérése terén hasznos volt, hogy még vidéki centrumokban is készültek megfelelő értekezések. A jelenlegi rendszer: a PhD fokozat elnyerése nehezebb feltételeket támasztott. Ez vidékről, munka mellett nehezen biztosítható.

2. Közösségek

Mielőtt a közösségek szerepéről szólunk, meg kell említenünk a magánosítás helyzetét, szemléletünk ezzel is összefügg. Gyakran elhangzik, hogy hazánkban a privatizáció nem volt sikeres. Ez ránk is vonatkozik. Egyrészt nem volt reprivatizáció. Korábbi gyógyszerész családok nem visznek tovább hasznos tradíciókat. Másrészt azok a kollégák, akik önállóságra törekedtek, nehéz feladatot vállaltak. Az önkormányzatok kezébe került vagyon megvételéhez hitelt kellett felvenniük, ami gyakran előnytelen függő viszonyt teremtett számunkra.

Megemlítendő még, hogy az idők változása során széles körben olyan szemlélet alakult ki, ahol egyéni, önző és gazdasági szempontok sok értéket, etikus magatartást háttérbe szorítottak. Ilyen jelenséggel találkozunk pl. az árképzésben.

2.1. Közösségeink múltja

A gyógyszerészetnek a két háború között 3 közössége volt: a Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság, a gyógyszeres-tulajdonosok egyesülete (MGYE, majd Országos Gyógyszerész Egyesület – OGYE) és az alkal-

¹Gyógyszerészet 41, (12), 719 (1997)

mazottaké (Okleveles Gyógyszerészek Országos Egyesülete – (OGYOE). A kamarát annakidején – minden igyekezet ellenére – nem tudták megvalósítani. A II. világháború után lényegében csak a szakszervezet jelentett némi összefogó csoportosulást. Jelenleg a Magyar Gyógyszerészeti Társaság, a Magyar Gyógyszerész Kamara, a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége és a Gyógyszertár-tulajdonosok Egyesülete működik.

Korábban a tulajdonosok és alkalmazottak érdekei – természetesen – nem voltak teljesen azonosak. De voltak közös szempontok. Az alkalmazottak jelentős része önállóságra törekedett: új gyógyszerre pályázott vagy bérlőként dolgozott. Az államosítás közelebb hozta a kollégákat egymáshoz. Törekvéseik során zömmel egységes szemlélettel tudtak fellépni.

2.2. Közösségek jelene, jövője

Napjaink változó időszaka után – remélhetőleg – ismét közelebb kerülnek egymáshoz a kollégák. Bízunk benne, hogy kikristályosodik a gyógyszerési szemlélet. Ennek záloga lehet új vezető réteg kialakulása. Olyan vezetőkre van szükség mindenütt, az oktatásban, igazgatásban, akik főleg a következő sajtóságokkal rendelkeznek:

- széles látókör;
- vezetői szemlélet, szervezési készség, jó munkamegosztás;
- személyes tapasztalat a pálya teljes területén, a gyakorlatlaltal is;
- önzetlen tevékenység, etikus magatartás;
- az utánpótlás nevelésének biztosítása.

3. Teendők

A leírt gondolatok alapján a következő teendőket foglaljuk össze:

3.1. Maradjon meg a gyógyszerészi hivatás elismert helye az ország életében, az egészségügyön belül, tartsa meg tudományos jellegét.

3.2. Legyen szemléleti egység az egész gyógyszerellátás terén a gyógyszerkutatótól a betegellátásig. Ezért tartanak szoros kapcsolatot.

3.3. Legyen előtérben a betegcentrikus szemlélet. Szorítsa háttérbe az etikátlan, merkantil szempontokat. Így érhetjük el a társadalom megbecsülését.

3.4. A személyes kapcsolatok (pl. konferenciák), valamint a szaksajtó révén arra törekedjünk, hogy kollégáinkban erősödjék a széles látókör, a közösségi gondolkodás, a kollegiális szellem.

3.5. Mindezt szolgálják közösen: a felsőoktatás, a tudományos- és érdekképviseleti szervezetek. Széleskörű eredmények akkor érhetők el, ha a tervek végrehajtásában minél többen vesznek részt. Ezért is szükség van a főváros mellett aktív vidéki centrumok kialakítására.

* * *

Az olvasóban felmerülhet, hogy ilyen gondolatokat könnyű leírni, de nehéz megvalósítani. Azért írtam le ezeket, mert felelősek vagyunk hivatásunk jövőjéért, a fiatalokért. A gyógyszerészi szemlélet mozgó rugó, amely a közös munkát eredményessé teheti.

K. Nikolics: *Thoughts about the pharmaceutical way of thinking*

As a continuation of his former paper „Thoughts about up to date problems of pharmacy” author emphasizes the role and significance of „pharmaceutical way of thinking”. He enlightens how it can be developed and how it can form the future of our profession.

A szerző címe: Sopron, Kis János u. 1. –9400

Gyógyszerészek nyomában...

DR. EGGER LEO

(1866–1925)

1866-ban született Bécsben. Gyógyszerési oklevelét is Bécsben szerezte 1889-ben. 1891-ben avatták bölcsészdoktorrá. Édesapjának cukorgyára volt Bécsben, amelyet Budapestre telepített át. 1897-ben megvették a Nádor gyógyszertárat. Jó érzéssel és megfelelő szakmai felkészüléssel a gyógyszerészeti laboratóriumát továbbfejlesztette és gyógyszerkészítési tevékenységet gyártott. Így alakult ki az üzemszerű tevékenysége, melynek eredményeként 1911-ben beindult a Dr. Egger Leo és Egger I. Gyógyszer- és Vegyészeti Gyár. Számos készítménye közül legismertebbek az antibiotikumok (Dynarsan, Revival, Dizol) vagy a Hypophosphit comp. syrup voltak. Budapesten halt meg 1925. augusztus 17-én.

(Gyógyszerésztörténeti naptár – '98. április
Solvay Pharma Kft. kiadása)

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 197–199. 1998.

A gyógyszerek forgalomba hozatalának engedélyezése az Európai Unióban 1. A hatóanyagok minősége és az Európai Gyógyszerkönyv szerepe

Dr. Kőszeginé dr. Szalai Hilda, dr. Török Ilona és dr. Paál Tamás

A szerzők röviden ismertetik, hogy a gyógyszerek forgalomba hozatalának engedélyezésére vonatkozó európai szabályok milyen követelményeket támasztanak a hatóanyagok különböző csoportjaival szemben. Részletesebben szólnak az Európai Gyógyszerkönyvben vagy az EU tagállamainak nemzeti gyógyszerkönyveiben szereplő hatóanyagokra vonatkozó előírásokról.

Elemzik és összehasonlítják a CPMP irányelvekben szereplő négy módszert, amelyekkel igazolható, hogy egy adott előállító által gyártott hatóanyag minősége megfelelően ellenőrizhető a gyógyszerkönyvi monográfia segítségével.

A gyártási titok védelmét is biztosító bizonyítási módszerek közül a szerzők az „alkalmassági bizonylatolás” rendszerét előnyösebbnek találják az Európai DMF eljárásnál.

A jelen és a tervezett munkáinkban a gyógyszer-törzskönyvezés helyett a gyógyszerek „forgalomba hozatalának engedélyezése” megnevezést használjuk. Az Európai Unió szabályozásában ez a mai magyar „törzskönyvezés” fogalomnak felel meg, ami az európai joggyakorlatban viszont nem használatos. Mivel hazánkban létezik a „forgalomba hozatali engedély” megjelölés is, a két fogalom jelen és múltbeli tartalmának magyarázata megkerülhetetlen.

A törzskönyvezés (a gyógyszerek szakmai értékelése és engedélyezése) és a forgalomba hozatali engedélyezés (eredetileg a forgalmazás pénzügyi következményeit számbavevő értékelés után kiadott vagy megtagadott engedély) kettőssége a kilencvenes évek elejéig fennmaradt Magyarországon. Ez annak a gyógyszerpolitikának felelt meg, ami a gyógyszerek számát minimális szinten tartotta, a drága (sokszor a leghatásosabb), külföldi gyógyszereket nem engedte be az országba, a forgalmazott szerek árát viszont magas társadalombiztosítási támogatással mesterségesen leszorította. A kilencvenes évek elején bekövetkezett liberalizáció a hazai „forgalomba hozatali engedély” rendszert „kiüresítette”. Jelenleg is létezik, mert a joganyag tartalmazza, de az engedélyt a törzskönyvi bejegyzés után mechanikusan kiadják.

Az Európai Unióban fel sem merül, hogy a szakmailag megfelelő gyógyszer forgalmazását meg lehetne (kellene) tiltani, így az Európai Unió és országai egylépcsős értékelést végeznek, ami a magyar törzskönyvezéssel (és az azt megelőző értékeléssel) analóg. Ezt az engedélyezési folyamatot forgalomba hozatal-engedélyezésnek (*marketing authorization*) nevezik. Miután ez szerepel az új gyógyszer-törvényünk szövegében is, munkáinkban is ezt használjuk.

A humán és állatgyógyászati gyógyszerkészítmények forgalomba hozatala engedélyezésének európai harmonizálása különböző szintű jogi szabályozók segítségével történik. Az alkalmazott jogi eszközök közül a legfontosabbak:

– a szabályozás (reguláció), amely megjelenését követően minden tagállamban kötelező,

– az ajánlás (direktíva), amelynek a bevezetése szintén kötelező, de úgy, hogy a tagállamok saját jogszabályaik közé iktatják (ratifikálják), a kiadása és a bevezetése között tehát bizonyos idő (fél év-két év) eltelik, ami tagállamonként különböző lehet, s végül

– az irányelv vagy iránymutatás (angolul: guideline vagy guidance).

Megjegyzendő, hogy az ajánlások csupán összefoglalják a ratifikálásra szánt joganyagot, de a tagállamokra bízzák, hogy azt milyen szintű jogszabályban – törvényben, kormány- vagy miniszteri rendeletben – szerepeltetik. Ajánlást az Európai Unió Tanácsa (Council), valamint Bizottsága (Commission) bocsáthat ki. Irányelvet különböző szakmai bizottságok is kiadhatnak.

Az Európai Unió (EU) által gyógyszer-törzskönyvezés céljából létrehozott Európai Gyógyszerértékelő Szerv (rövidített angol nevén *European Medicines Evaluation Agency*, EMEA) tudományos bizottsága, a CPMP (*Committee for Proprietary Medicinal Products*) kidolgozta az ún. „minőségi” irányelveket, amelyek többek között a gyógyszerek hatóanyagaival szemben támasztott követelményekkel is foglalkoznak.

Jelen dolgozatunkban a gyógyszerek hatóanyagainak minőségére vonatkozó legfontosabb európai követelményeket foglaljuk össze a fent említett irányelvek alapján. Hasonló összefoglaló tanulmány közzétételét tervezzük a segéd- és csomagolóanyagok vonatkozásában is.

A gyógyszerhatóanyagok minőségi követelményei

A CPMP ún. „minőségi” irányelvei szerint a gyógyszer forgalomba hozatal engedélyezésének szempontjából különböző elbírálás alá esnek

– az új hatóanyagok,

– az Európai Gyógyszerkönyvben ill. az EU tagállamok gyógyszerkönyveiben nem szereplő és

– az azokban megtalálható, ún. gyógyszerkönyvi hatóanyagok.

Az első két csoport esetében a „*Hatóanyagok kémiaja*” című, a 75/318/EEC számú módosított európai ajánlás mellékletének (*Annex*) alkalmazási útmutatójában leírtaknak megfelelő, rendkívül részletes dokumentációt kell a gyógyszer-engedélyező hatósághoz benyújtani [2].

A harmadik csoportba tartozó, a hazai törzskönyvezési gyakorlatban leggyakrabban előforduló hatóanyagok esetében is szigorodtak a követelmények. Munkánk további részében az ún. gyógyszerkönyvi hatóanyagokra vonatkozó szabályozásokat ismertetjük.

Az Európai Bizottságnak a 91/567/EEC ajánlása és a CPMP „Hatóanyagokkal szemben támasztott követelmények” című irányelve szerint a hatóanyagok minőségi specifikációjához nem elegendő az Európai Gyógyszerkönyvre vagy valamely EU tagállam gyógyszerkönyvére történő hivatkozás. A *gyógyszerszertörzskönyvezés során a kérelmezőnek meg kell neveznie a hatóanyag gyártóját és bizonyítania kell, hogy a hivatkozott gyógyszerkönyvi cikkely valóban alkalmas a készítményben felhasznált hatóanyag minőségének ellenőrzésére. A bizonyítás négyféle módon történhet:*

a) A hatóanyag gyártásának minden részletét, a minőségellenőrzés módszereit és követelményeit, valamint utóbbiak indoklását is tartalmazó, de egyben a gyártási titok védelmére alkalmas szerkezetű európai DMF (Drug Master File) [3] benyújtásával;

b) Az Európai Gyógyszerkönyvi Bizottság Titkársága által kibocsátott ún. „alkalmassági bizonylat” (*Certificate of suitability*) benyújtásával;

c) A hatóanyag-előállítás és ellenőrzés minden részletére kiterjedő dokumentációnak a törzskönyvezési dokumentáció részeként a törzskönyvező hatóságokhoz történő benyújtásával;

d) Egyéb bizonyító dokumentumok becsatolásával (például annak igazolására, hogy az Európai Gyógyszerkönyvi Bizottság, vagy a tagállam nemzeti gyógyszerkönyvi bizottsága a gyógyszerkönyvi cikkely kidolgozása során figyelembe vette az adott cég által azóta is változatlan technológiával előállított hatóanyagot, és az abból készült gyógyszerkészítmények régóta forgalomban vannak az EU-ban és egyéb piacokon).

Az alkalmazható négyféle lehetőség közül, ha az említett dokumentumok a hatóanyag gyártójának rendelkezésére állnak, a „d” variáció tűnik legegyszerűbbnek. A „c” változat alkalmazása azokban az esetekben szokásos, amikor a készítmény és a hatóanyag gyártója ugyanaz a cég, s így a hatóanyag-előállítás bizalmas adatai nem jutnak idegen cég tudomására. A „a” és a „b” pontban megjelölt DMF és „alkalmassági bizonylatolás” rendszerek mindegyike alkalmas a gyártási titok megőrzésére, mivel a hatóanyag gyártásának körülményeire vonatkozó bizalmas információk egyik esetben sem kerülnek a gyógyszerkészítményt előállító cég birtokába.

Ugyanakkor a két eljárás között jelentős különbségek is vannak. Ezeket az alábbiakban ismertetjük.

1. Az európai DMF rendszer esetében a hatóanyag előállítójának a DMF mindkét részét, azaz a gyógyszerkészítmény előállítójának is átadott ún. „kérelmezői részt” (*Applicant's part*) és a másik, a gyártási eljárás bizalmas elemeit (gyártási *know how*) is tartalmazó ún. „visszatartható részt” (*Restricted part*) is közvetlenül az illetékes gyógyszer-engedélyező hatóság(ok)hoz kell benyújtania. A törzskönyvező hatóság összetveti és értékeli a DMF két részének tartalmát és megállapítja, hogy a kérelmezői részben leírt vizsgálatok és követelmények, melyek adott esetben egy gyógyszerkönyv cikkelyének tartalmával is megegyezhetnek, valóban alkalmasak-e az adott szubsztancia minőségellenőrzésére.

Megjegyezzük, hogy az európai DMF rendszert eredetileg nem elsősorban azért hozták létre, hogy segítségével a gyógyszerkönyvi cikkelyek alkalmazhatóságát igazolják. Sokkal inkább azokra az esetekre vezették be, amikor a hatóanyag vagy nem szerepel gyógyszerkönyvben, vagy olyan eljárással állítják elő, melynek során olyan szennyeződések marad(hat)nak benne, melyekre a gyógyszerkönyv nem vizsgálta. Ezen esetekben az európai DMF rendszer segíti a törzskönyvező hatóságot, hogy az általa bizonytalan eredetűnek ill. minőségűnek ítélt hatóanyagokról a törzskönyvezés során további információkat szerezhesen be.

2. Az alkalmassági bizonylatolás (*Certification of Suitability*) rendszerét kifejezetten az Európai Gyógyszerkönyvben található szerves hatóanyagokra dolgozták ki abból a célból, hogy megállapítsák és igazolják a gyógyszerkönyvi cikkely teljes körű vagy korlátozott alkalmazhatóságát vagy alkalmatlanságát egy adott gyártó által adott módon előállított hatóanyag minőségvizsgálatára.

A hatóanyag gyártója az előállításra, minőségellenőrzésre vonatkozó részletes, az Európai Gyógyszerkönyvi Bizottság által előírt adatokat tartalmazó dokumentációt az Európai Gyógyszerkönyv Titkárságához nyújtja be, majd a kijelölt független szakértők az Európai Gyógyszerkönyv Laboratóriumával közösen elvégzik az adott hatóanyag minőségellenőrzési dokumentációjának és gyártási eljárásának értékelését és összehasonlítását az Európai Gyógyszerkönyvben szereplő cikkely elkészítésének alapjául szolgált hatóanyagok gyártási eljárásaival illetve a cikkely vizsgálati módszereivel és követelményeivel. A szakértők ezután a következő típusú döntéseket hozhatják:

– A Ph.Eur. monográfia alkalmas a vizsgált szubsztancia tisztaságvizsgálatára. A kérelmező ez esetben termékre megkapja az alkalmassági bizonylatot.

– A Ph.Eur. monográfia nem alkalmas minden szempontból a vizsgált szubsztancia tisztasági vizsgálatára, ugyanakkor a benyújtó által javasolt, s a szakértők által elfogadott és a bizonylatban is szereplő kiegészítő vizsgálati módszerek és követelmények alkalmazásával garantálható a hatóanyag megfelelő minőségellenőrzése. Ilyen esetben a kérelmező megkapja a kiegészítő vizsgálat(ka)t és követelményeket is előíró alkalmassági bizonylatot. Esetenként az értékelést végző szakértők javasolhatják a gyógyszerkönyvi monográfia kiegészítését, további nevesített szennyeződésekkel illetve vizsgálati módszerekkel.

– Amennyiben a kérelmező által benyújtott információ nem elégséges, úgy a szakértők nem hoznak döntést, hanem egy alkalommal kiegészítő dokumentációt kérnek.

– A Ph.Eur. cikkelye nem alkalmas a kérdéses hatóanyag tisztaságvizsgálatára, vagy bizonyos szennyezés(ek) vizsgálati módszereit illetően nem jött létre meg egyezés a kérelmező és a szakértők között. Ebben az esetben az Európai Gyógyszerkönyv Titkársága elutasítja az alkalmassági bizonylat kiadására vonatkozó kérelmet és a döntésről, amennyiben ezt egészségvédelmi okok indokolják, a tagországok gyógyszer-engedélyező hatóságait is értesítik.

A két rendszert összehasonlítva megállapítható, hogy az alkalmassági bizonylatolás rendszere azzal az előnnyel rendelkezik, hogy az Európai Gyógyszerkönyvi Bizottság által kiadott bizonylatot minden európai gyógyszertervező hatóság elfogadja. Ez a tény egyrészt további lépést jelent az egységes gyógyszerértékelés irányába, másrészt csökkentheti a gyógyszertervezés és a hatóanyaggal kapcsolatos módosítások átfutásának időtartamát.

Ezzel szemben az európai DMF-okat minden hatóság külön-külön értékeli, ami bizonyos fokú megítélésbeli különbségekhez vezethet, aminek szakmai és gyógyszerbiztonsági szempontból lehetnek előnyei is, de mindenképpen megnöveli a forgalomba hozatal engedélyezésének idejét.

Az alkalmassági bizonylatolás rendszere ugyanakkor az Európai Gyógyszerkönyv minőségére is visszahat, nevezetesen a hatóanyag-előállítóktól kapott információk alapján az Európai Gyógyszerkönyv monográfiái gyorsabban korszerűsödnek, s így az Európai Gyógyszerkönyv ill. az Európai Gyógyszerkönyvi Bizottság egyre nagyobb szerephez juthat az európai gyógyszertervezés folyamatában.

Az alkalmassági bizonylat-rendszer továbbfejlesztésére az Európai Gyógyszerkönyvi Bizottság a hatóanyagok egységes gyártásellenőrzésének megszervezését terve-

zi. Ezen lépések egyértelműen a szerves szintetikus hatóanyagok egyfajta centralizált engedélyezése irányába mutatnak, noha ez az EU-ban jelenleg csak a nagy- és biotechnológiával előállított („*high-tech, biotech*”) hatóanyagokra kötelező.

IRODALOM

1. Requirements in relation to active substances. Quality guidelines, The rules governing medicinal products in the European Union Vol III. part 1. (9–12), European Commission 1996 – 2. Chemistry of active substances Quality guidelines. The rules governing medicinal products in the European Union Vol III. part 1. (3–7), European Commission 1996. – 3. European Drug Master File Procedure for active substances. Quality guidelines. The rules governing medicinal products in the European Union Vol III. part 1. (17–23), European Commission 1996 – 4. Pharmeuropa 8.3 1996 (402–412).

H. Kőszegi-Szalai, I. Török and T. Paál: *Marketing authorization of medicines in the European Community, 1. Quality of the active principles and the role of the European Pharmacopoeia.*

A short overview is presented on the different groups of active substances subjected to marketing authorization, according to the EC rules governing medicinal products as well as on their quality requirements. More detailed information is given on the active substances included in the official monographs of the European Pharmacopoeia or the pharmacopoeias of the EU Member States.

The four different ways, specified in CPMP guidelines to prove that an active substance produced by a given manufacturer can properly be controlled using the corresponding pharmacopoeial monograph, are compared and evaluated.

Having compared the methods providing an effective protection of the production know how, the authors found the system of certification of suitability established by the Commission of the EP more advantageous than that of the European Drug Master Files.

Országos Gyógyszerészeti Intézet, Budapest, Pf. 450, Zrínyi u. 3. – 1372

Laborba mindent egy helyről: 12 000 árucikk rövid szállítási idővel

OMNILABOR

HS-KER. KFT. Közp. 1173. Újlak u. 34.
Telefon: 256-3893 · Fax: 256-7060

SIMAX-AKCIÓ:

Simax 1,5 és 10 liter/óra teljesítményű vízdesztilláló készülék kapható a raktárkészlet erejéig

OMNILABOR

● SIMAX-AKCIÓ ●

OMNILABOR

Karcsúsító készítmények. Ez itt az anti-reklám helye

Dr. Stájer Géza

Az elmúlt évtizedekben az egészségügy figyelme a túlzott testsúlynövekedés felé fordult elsősorban azért, mert a gazdaságilag fejlett országokban a népesség jelentős hányada elhízottnak tekinthető. Így az Egyesült Királyságban a férfiak 37, a nők 49 százaléka túlsúlyos, de hasonló a helyzet Ausztriában (férfiaknál 35, nőknél 40% a túlsúly) és az USA-ban (férfiak 30%, nők 40%). Hagyjuk most a hátrányos gazdasági helyzetben lévő Bulgáriát és Lengyelországot, ahol a kép egyáltalán nem táplálékhiányra jellemző. Söpörjünk a saját házunk táján és vegyük tudomásul, hogy túlsúly tekintetében a helyzet Magyarországon sem ideális: a 20–29 éves nők közel 21 százaléka, a hatvan évnél idősebb nők 59%-a elhízott, de ugyanígy a férfiak minden korcsoportja 34%-ban túlsúlyos. Nem célnak most az élettani és egészségügyi következményeket taglalni. Nézzünk meg néhány forgalomban lévő „fogyasztó csodaszert” és járjuk körül, hogy mit is tartalmaznak ezek, meg azt is, megéri-e a szedésükkel járó kockázat, hogy az amerikai statisztikák szerinti évenként fél kilos testsúlynövekedést elkerülhessük.

Étvágycsökkentő (anorexiás) hatóanyagok

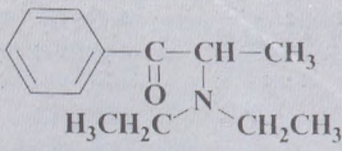
A többnyire illegális kereskedelmi forgalomban kapható, esetleg külföldről Magyarországra hozott fogyasztó preparátumok általában tartalmaznak valamilyen étvágycsökkentő szert, gyakran olyanokat, melyek a kábítószernek minősülő tiltott molekulák listáján szerepelnek. Ilyenek az amfepramon (dietyl-propion, 2-dietyl-amino-propiofenon), ami a legtöbb készítményben megtalálható. Előfordulhat még fenfluramin, fenproporex, norefedrin, D-

norpszeudoefedrin (katin), DL-norpszeudoefedrin és fentermin is ezekben (1. ábra).

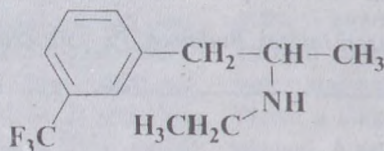
Adjuváns szerek

Az anorektikumok mellett gyakran szerepel vizelet-hajtó szer, ami látványos, csaknem azonnali súlycsökkenést idéz elő. Ilyen szer a furoszemid, hidroklorotiazid, spironolakton (Verospiron®) és triamteren. Emellett porkeverékekben találtak már antidiabetikus hatású vegyületet (pl. metformint), ami a vércukor csökkentésével együtt az étvágyat is egyidejűleg mérsékeli. Továbbá, a kombinációkban lehet antiemetikum (metoklopramid–Cercal®), ami a gyomor-bél passzázst segíti elő, valamilyen analeptikum (niketamid), esetleg nyugtatószer (diazepam, bromazepam, meprobamat), ez utóbbi az étvágycsökkentő szer központi idegrendszeri izgató hatásának ellensúlyozására szolgál. A széklettel is súlyt lehet veszíteni, ezért laxatív szerként pl. nátrium-pikoszulfátot (Neopax®, Picolax®) adnak az elegyhez. Találtak ezekben a készítményekben pajzsmirigyhormont, pl. triatrikolt (Triac, TA 3), vitaminokat: A-vitamint, nikotinamidot, B₁- és B₆-vitamint, C-vitamint, E-vitamint és folsavat. Egyéb fellelt vegyület a benzokain, koffein és xantinol-nikotinát. Ezeket az összetevőket formulálni kell, amihez általában szaccharózt használnak, ezen kívül tartósítószerként benzooesavat kevernek a készítményhez.

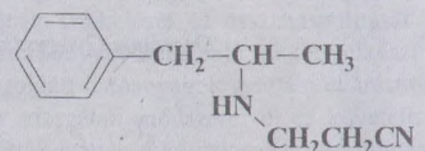
Növényi kivonatok gyakran szerepelnek étvágycsökkentő készítmények alkotórészeként, így az aloe-kivonat és a kaszkara-kivonat is. Teakeverékek komponense lehet az ánizs, kömény, édeskömény, édesgyökér, csalánlevél,



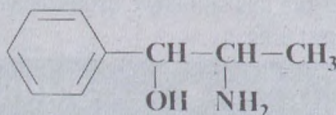
amfepramon
(dietyl-propion)
2-dietyl-amino-propiofenon
Adiposan, Anorex



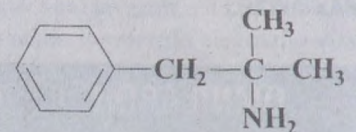
fenfluramin
N-etyl-α-metil-3-(trifluormetil)-
fenetilamin
Ponderal, Ponderax



fenproporex
(±)-3-(α-metil-fenetilamino)-
propionitril



DL-eritro-, D-treo-, DL-treo-1-fenil-2-amino-propan-1-ol
norefedrin, D-norpszeudoefedrin, DL-norpszeudoefedrin



fentermin
β-fenil-t-butil-amin

1. ábra. Étvágycsökkentő vegyületek

máté-levél, zsályalevél, hibiszkusz virág, melyek karmínatíva (szélhajtó), vizelethajtó hatásúak. A legdivatosabb szerek kékalga-kivonatokat tartalmaznak, melyeket nagy valószínűséggel a Spirulina-nemzetséghez tartozó algákból állítanak elő. Az algakivonatok víz hatására megduzzadnak és a bétartalmat szaporítva teltségérzést okozhatnak: csökken az étvágy.

Külső szignatúrák, megjelenés

Az igényesebb és drágább fogyasztószerek, pl. Belgiumból, zselatinkapszulába töltve kerülnek forgalomba. A bézs-színű, esetleg átlátszó, kemény kapszulák átmérője gyakran 7–9 mm, hosszuk 20–25 mm és inhomogén vagy homogén vörösbarna, barna, világosbarna (ragacsos), zöldes színű vagy fehér port tartalmaznak. Üvegtartályukon lehet valamilyen gyártási szám (pl. 90813, 63529), esetleg nyomtatott név (pl. idegen nyelven: Természetes vízajtó kapszula) és rövid használati utasítás. A készítési receptúra különböző, az összetétel általában titkos, tehát a tartályedényen nem kerül feltüntetésre. A por legtöbbször 7–9 összetevőt tartalmaz, és lehet benne növényi eredetű anyag is. Mondani sem kell, hogy *ezek a fogyasztószerek nincsenek törzskönyvezve, az összetétel és a gyártási adatok feltüntetésének hiánya stb. ab ovo törvényellenes és tartalomanyaguk egy részét vény nélkül ki sem lehetne adni.* Egyes hatóanyagok, mint az amfepramon és a fentermin kábítószernek minősülnek. A kapszulák esetenként nem üveg tartályedényben, hanem folpack zacskóban kerülnek forgalomba. Az üvegen vagy zacskón feltüntetett kódbetűk a hatóanyagot is jelölhetik, pl. a DSBY rövidítésben a D lehet a dietil-propion (amfepramon) kódja, míg az S a Spirulina algafajt jelölheti. Ugyanígy a D DX jelenthet amfepramont és dexfenfluramint.

Preparátumok

Néhány ismert összetétel az alábbi. Amfepramon, fenfluramin, triamteren, hidroklorotiazid és spironolakton található többek között egy kilenc komponensű fogyasztószemben. A másik készítmény hét hatóanyagot tartalmaz: amfepramon, fenfluramin, fentermin, spironolakton, aloe, metformin, bromazepam. A szerényebb D DX 3015633 preparátum csak négy vegyületet rejt magában: amfepramont, fenfluramint, dietilpropiont és dexfenfluramint. Egy másik stewardess-porban csupán két anyagot tudtak azonosítani, az amfepramont és a bromazepamot. Az állítólagos Dr. Vandebek belga orvos nevével fémjelzett DSCS 315585 kódszámú fogyasztó készítményben amfepramon és kékalga-kivonat, valamint kaszkara-kivonat található; a DSCS betűk feltehetőleg a dietil-propiont, a Spirulinát és a Cascara sagradát jelentik. A 25 és 32 mg amfepramont tartalmazó kapszulák hatóanyag-tartalma egészen jelentős nagyságúnak számít.

Micsoda változatosság!

Ha valamilyen szer nem használ, a páciens talál magának másikat. A kereslethez természetesen igazodik a kínálat, van a nemzetközi piacon szín, forma és összetétel minden mennyiségben. A Dél-Amerikából származó kemény zselatinkapszula, egzotikus brazil por diazepam-ból, fenproporex-ből és benzokainból áll. Az első két anyag jelenlétére még lehet magyarázatot találni. No de minek a benzokain? Hogy érzéstelenítsen, tehát az alkalmazó érezzen is valamit? A fantasztikus nevű dr. Yvan Coesens rendelvénye amfepramonból, fenfluraminból, triamterenből, hidroklorotiazidból és metforminból áll. Fehér-világoskék kapszulákban, amelyekben az ajánlás szerint csak vitaminok és enzimek vannak, fenfluramint és pajzsmirigyhormont vesz be a gyanútlan Twiggy-jelölt. Molett vagy? Kaphatod oldat-formában is: színtelen, szagtalan folyadék, tartályüvegén ugyan az összetétel nincs feltüntetve, de az oldat D-norpszeudoefedrint, niketamidot és nikotinsavamidot tartalmaz, az elsőből összesen 370 mg-ot 10 ml oldatban. Egy állítólagos fogorvos csalhatatlan szuszpenzióval lepte meg diétázni vágyó pácienseit, ebben hashajtót (nátrium-pikosulfát) és vizelethajtót forgalmaznak 10 ml-es cseppentős üvegben. A másik oldatban még ánizsolaj is van, hogy a szer illata vonzóbb legyen, itt norpszeudoeferin a hatóanyag. És persze a drázsék! Barnák, narancssárgák, vörösek, világoskékek és rózsaszínűek, némelyik még kumarint is tartalmaz. Egy fehér filmtabletta (átmérője 11,9 mm, vastagsága 6,1 mm, súlya 682 mg) xantinol-nikotinát hatóanyagot rejt magában. Hogy a fogyáshoz minek a cerebrális értágító és perifériás vérellátást növelő anyag, nem tudni. Teakeverék is kapható, amely köményből, édesköményből, ánizsból, édesgyökérből és csalánlevélből áll, de biztos ami biztos, még 10% hashajtó szennalevelet is adtak hozzá.

Kínai csoda [1]

Nehogy elfeledkezzünk a kínai csodanövényekről! Hiszen az utóbbi években az érdeklődés a tradicionális kínai orvoslás és a Kínából származó gyógynövények felé fordult, amelyeknek különleges gyógyító erőt tulajdonítanak. Egész sor ilyen gyógynövény van forgalomban eredeti nevén, így aztán könnyű összetéveszteni őket. Mint az ún. „Brüsszeli fogyasztó tabletták” összetevőit. Ez a fogyasztószert deklarálta a Magnolia officinalis kérgét és a Stephania tetrandia gyökerét tartalmazza. Elméletben persze, mert az utóbbi drogot valahol összetévesztették az Aristolochia fangchi gyökerével. Ez utóbbi is gyógynövény ugyan, csak éppen antireumatikus és diuretikus hatású, és köztudott, hogy nefrotoxikus tulajdonsága miatt csak nagy elővigyázattal lehet alkalmazni.

De hát hogyan történhetett ez? Hiszen a latin nevek olyannyira különböznek és még a családnevek: Menispermaceae és Aristolochiaceae is egészen mások. Azám, de közbeszólt a véletlen. Ugyanis, az Aristolochia fangchi kínai kereskedelmi neve Guang fang chi, a

Stephania tetrandae viszont Han fang chi. Azonban a Guang és a Han szócskákat gyakran elhagyják a név elejéről, így azután a megkülönböztetés már nem lehetséges, különösen, mert mindkét drog diuretikus hatású. Mindenesetre az összetévesztés tragikus következményekkel járt. Belgiumban a készítmény mintegy hetven fogyókúrázó nőnél olyan mértékű vesekárosodást okozott, hogy közülük húsz csak dialízissel élte túl az életveszélyt, de több betegen is már csak a veseátültetés segített.

**Ami nem hat, az drága!
Ami hatékony, az gyógyszer**

A fogyasztószerek az egészségre egyáltalán nem ártalmatlan preparátumok. Bizonytalan eredetű és összetételű, agyonreklámozott, méregdrága porok és teakeverékek kú-

raszerű szedése egészségkárosító lehet, így ezek alkalmazása nem ajánlott. Németországban 1995. augusztusban több haláleset is történt, ami fogyasztószerek szedésére volt visszavezethető [2]. Éppen ezért a testsúlycsökkentés gyógyszeres terápiájában az étvágycsökkentő vegyületek csak orvos által kontrollált terápiás alkalmazása vezethet célhoz.

IRODALOM

1. Chinesische Heilpflanzen als Wundermittel? Deutsch. Apoth. Ztg. 138, 84 (1998). – 2. Treitner, A., Schmottzi, P.: Schlankheitspräparate. Deutsch. Apoth. Ztg 27, 2364 (1997).

G. Stájer: *Anorectic products. This is an anti-advertisement.*

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Gyógyszerkémiai Intézet, Szeged, Eötvös u. 6. – 6720

DERMOLIN

lubrikáns
(sikosító)
zselé

Javaslatok

dyspareunia	fiatal lányok	condommal	vizsgáló
hámsérülések	esetében	védekezőknél	eszközök
szárazsággézet	tampon	a cohabitatio	(pl. hőmérő)
pruritus vulvae	felhelyezésének	elősegítése	testüregbe
	elősegítése		helyezése

CREMUM Kozmetikai Kft. • Budapest

Tartalom:
20 mg natrium
hyaluronat
20 g hydrogel
alap-
anyagban

TOVITA

**természetes eredetű, mellékhatás mentes,
D-vitamin tartalmú
kalcium- és nyomelemforrás**

Tovita tableta • Comp. tableta • Nektár • Fogkrém

Nagyobb tételnél áruabatt!

Forgalmazza: Realizáció Mérnöki iroda

1221 Budapest, Hittérítő u. 14., Tel. 226-4386

ÖNGYÓGYÍTÁS, ÖNGYÓGYSZERELÉS

Gyógyszerészet 42. 203–206. 1998.

Az elmúlt években a gyógyszerészetben lezajlott változások között kiemelkedő szakmai jelentősége van a vény nélkül beszerezhető gyógyszerkincs megnövekedésének. Ezzel párhuzamosan a gyógyszerészi szerepkör iránti társadalmi, egészségpolitikai, jogszabályi és szakmai igény is átértékelődött, mely szerint a betegek öngyógyításában a gyógyszerésznek kulcsszerepe van. Ahhoz, hogy ezen feladatainkat el tudjuk látni, szükséges

- a nemzetközi javaslatok figyelembevételével az öngyógyítás keretében kezelhető tünetek és megbetegedések kijelölése, az öngyógyítással összefüggő fogalmak tisztázása, a felelősségi kompetenciák meghatározása;
- a tünetek és betegségek elemzése, amelyre jellemző, hogy az orvosi diagnosztikai lehetőségekkel szemben kizárólag a beteg kikérdezésén és a vizuálisan jól látható elváltozások felismerésén alapulhat;
- a tünetek és betegségek élettani-kórtani-terápiás-életmódbeli, ok-okozati összefüggéseinek, továbbá
- az öngyógyítás gyógyszeres és egyéb lehetőségeinek ismerete.

A fentiekből adódóan szaklapunk új rovatot indít, melyben a megváltozott feladatkörhöz szükséges szakmai ismereteket próbáljuk összegezni.

Hogyan segíthet a gyógyszerész a cigarettázás abbahagyásában?

Dr. Vadász Imre

A szerző dohányzás és különböző betegségek (szív- érrendszeri betegségek, tüdőrák, légzési betegségek) kapcsolatának ismertetése után a cigarettázás abbahagyásának kedvező hatását tárgyalja. A tapasztalatok és különböző vizsgálatok szerint a dohányosok többsége szeretné abbahagyni a cigarettázást. A leszokás nehézségét a kettős [pszichés-farmakológiai (nikotin)] függőség okozza. A szerző részletesen ismerteti a nikotinpótlás hatását és lehetőségeit, módszereit, valamint a Magyarországon működő, dohányzásról leszokást segítő programot, annak eredményességét.

A dohányzás egészségkárosító hatásai közismertek. Számos, jól dokumentált kísérletes vizsgálat mutatta ki a cigarettafüst kóreltani hatásait, többek között a hörgőnyálkahártyán lévő csillószőrök bénulását majd pusztulását, a hörgőhámsejtek rákos elfajulását, a tüdőállományok a légzőfelület csökkenésével járó pusztulását, a zsírsavak anyagcseréjének kóros megváltozását stb. [1].

A dohányzás oki illetve elősegítő szerepét különböző betegségek kialakulásában illetve a halálzásban széles körű epidemiológiai vizsgálatokban tanulmányozták. Közülük a legnevezetesebb Doll és Hill tanulmánya [2], akik 40 000 angol orvos halálzásának 40 éves követése során azt találták, hogy az első 20 évben a dohányosok halálzás a nemdohányosokénak kétszerese, a második 20 évben a háromszorosa volt. A dohányosok többlethalálzás a következő betegségekből adódott: a szájjüreg, a nyelöcső, a gége, a légcső, a tüdő, a hasnyálmirigy és a húgyhólyag rákja, a keringési rendszer betegségei (szívkoszorúér-betegség, szívinfarktusz, agyvérzés, perifériás érszűkület), idült obstruktív tüdőbetegség (hörghurut, tüdőtagulás), gyomorfekély. A többlethalálzás kevésbé kifejezett volt azokon, akik a vizsgált időszakban abbahagyták a cigarettázást (**I. táblázat**). A dohányosok átlagosan 7,5 évvel éltek rövidebb ideig, mint a nemdohányosok.

A cigarettázás abbahagyásának hatása

A dohányzás és a különböző betegségek összefüggé-

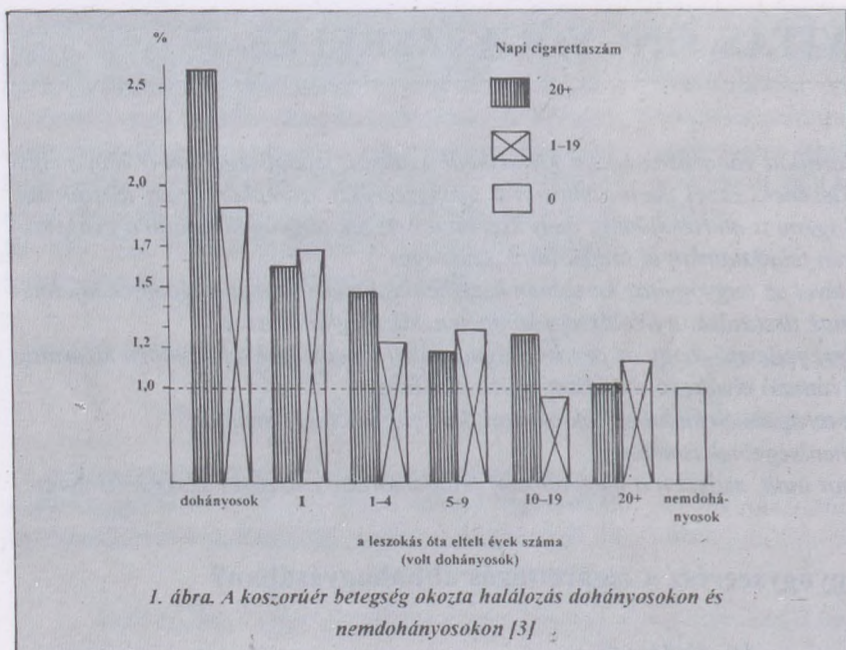
seit kutató vizsgálatok elszomorító eredményei mellett reményt keltők azok az adatok, amelyek a dohányzás abbahagyásának kedvező hatását mutatják. A koszorúér betegség okozta halálzás már a dohányzás abbahagyását követő évtől kezdve jelentősen csökken (**1. ábra**) [3]. A cigarettázás abbahagyásának kedvező hatása a tüdőrák halálzásban is kimutatható, de később jelentkezik, mint a szív-érrendszeri betegségek esetében (**2. ábra**) [4].

I. táblázat
Halálzás különböző betegségeken és a dohányzás kapcsolata [2]
(éves halálzás százalékában – férfiak)

Betegség	Sohasem dohányzók	Volt dohányosok	Dohányosok
Tüdőrák	14	58	209
Obstruktív tüdőbetegség	10	57	127
Koszorúér betegség	572	678	892

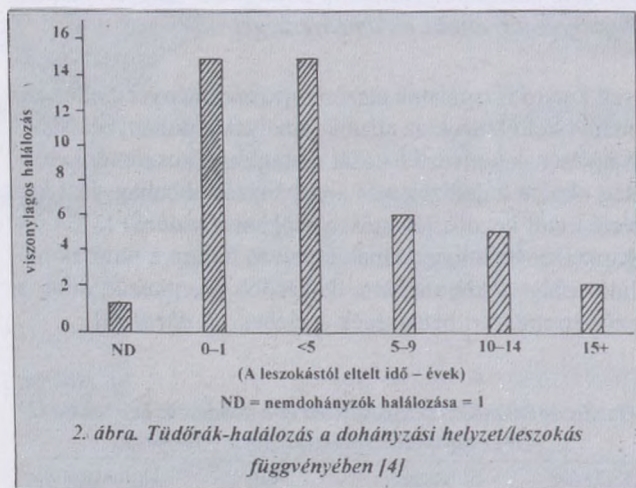
Le akarnak-e szokni a dohányosok?

Mind külföldi, mind hazai adatok szerint a dohányosok jelentékeny része foglalkozik a leszokás gondolatával, szándékával. Ezt mi sem bizonyítja jobban, mint az a triviális megfigyelés, hogy a dohányosok többsége (saját legutóbbi vizsgálatunkban 56,3%) egyszer vagy többször már megpróbálta végleg letenni a cigarettát [5]. A KSH 1994-ben végzett egészségi-állapot felmérése szerint a 15



éven felüliek 11%-a (csaknem 1 millió ember) leszokott dohányos volt.

Az aktuálisan dohányzók jelentős része sem elégedett saját helyzetével és fontolgatja a leszokást. Lukács J. és munkatársai vizsgálatában a dohányosok 23%-a nyilatkozott úgy, hogy mindenképpen abba akarja



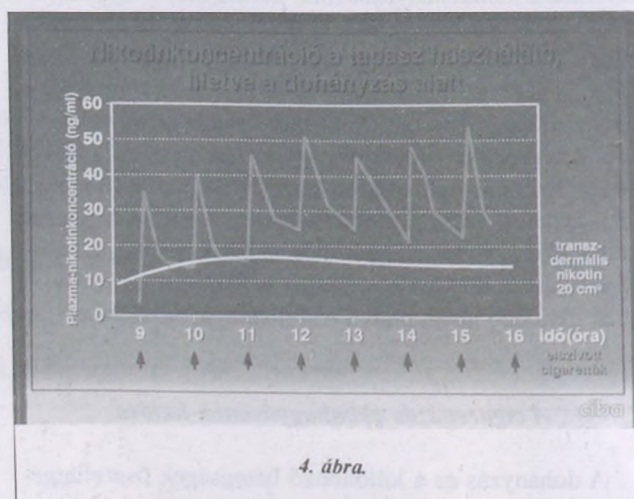
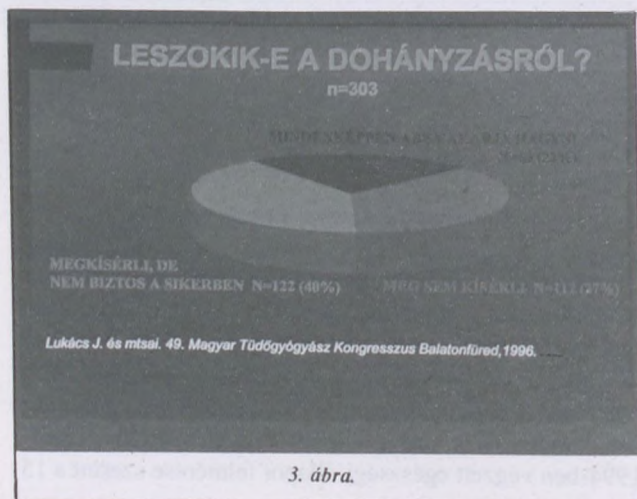
hagyni a dohányzást, 40%-uk azt mondta, hogy szeretné letenni a cigarettát, de nem bízik a sikerben (3. ábra) [6]. A dohányosoknak ez a 40%-a – ami hazánkban több mint 1 millió ember – bátrabban és a siker nagyobb reményében fogja megkísérelni a cigaretta végleges elhagyását, ha azt érzi, hogy próbálkozásában nincs magára hagyva, talál egy segítő kezét, amelyet képtelen megragadva könnyebben juthat túl a leszokási időszak nehézségein, buktatóin.

A leszokás lehetőségei, módszerei. A kettős függőség

A sikeres leszokás feltételei: megfelelő motiváció, erős elhatározás és akaraterő az elhatározás megvalósításához. De ha mindez megvan, még akkor sem biztos a siker. A nem ritka kudarc magyarázata az ún. „kettős függőség”-ben van.

A dohányos egyrészt pszichésen kötődik a cigarettához, a cigarettázás mint egy erős szokás szinte beépül az életébe. Vannak alkalmak, helyzetek, amikor automatikusan, gondolkodás nélkül rágyújt (kávészás, étkezés után...), máskor a cigarettát arra használja, hogy a legkülönbözőbb nehézségeken átsegítse (éhség, fáradtság, feszültség, stressz, unalom stb.) [7].

A függés másik tényezője a nikotin [8]. A nikotinfüggőség gyakorlatilag a kábítószer-függőséggel azonos mechanizmussal alakul ki. Ennek következtében, ha az idegrendszer nem jut nikotinhoz, tipikus „megvonási tünetek” jelentkeznek: feszültség, nyugtalanság, türelmetlenség, fejfájás, emésztési- és alvászavarok, a cigaretta utáni kínzó vágy stb. Ezek olyan kínzóak, kellemetlenek lehetnek, hogy a leszokni akaró dohányos végül mégis rágyújt, mert másképpen nem tudja megszüntetni, enyhíteni ezeket a tüneteket, – és máris oda az elhatározás. Ez az a csapdahelyzet, amittől a leszokni vágyó dohányos tart, – és mivel senki sem szeret kudarcot vallani, inkább meg sem próbálja a



leszokást. Ha azonban a nikotinmegvonási tüneteket valamilyen módon ki lehet küszöbölni, a leszokni akaró dohányos minden erejével, energiájával arra tud összpontosítani, hogy a dohányzással kapcsolatos pszichés függőségtől (a dohányzás „szokásaitól”) megszabaduljon.

Nikotinpótlás

A nikotinmegvonási tünetek kiküszöbölésének hatásos módszere a nikotinpótlás [9]. A szervezetbe olyan módon kell a leszokási időszak alatt nikotint juttatni, hogy az különváljon a cigarettázástól, tehát ne a cigarettázás mint tevékenység eredményezze a nikotinmegvonási tünetek kiküszöbölését. A nikotinpótlás másik jellegzetessége, – ellentétben a cigarettázással, amikor a nikotin-vérszint rágyújtáskor hirtelen, ugrásszerűen megemelkedik, a cigaretta elszívása után pedig a nikotínéhség-küszöbértéke alá süllyed –, hogy állandó, egyenletes, alacsony nikotin-vérszintet biztosít (4. ábra). Ennek eredményeképpen egy bizonyos idő alatt kialszik a nikotin utáni vágy, és már nikotinpótlás nélkül sem jelentkeznek a megvonási tünetek. Ennek a helyzetnek az eléréséhez a tapasztalatok szerint általában 3 hónapra van szükség – ennyi ideig kell a nikotinpótlást fokozatosan csökkenő adagban biztosítani.

Magyarországon kétféle nikotinpótló készítmény kapható: a nikotinos rágógumi (Nicorette 2 mg) és a nikotinos tapasz (Nicotinell TTS). Mindkettő gyógyszerként van törzskönyveztve, tehát kizárólag gyógyszerterápiában szerezhető be.

A rágógumiból a rágás hatására kiszabaduló nikotin a nyálban oldódik és a száj nyálkahártyáján keresztül szívódik fel. A rágógumi adagolása úgy történik, hogy a páciens akkor kezd el rágni egy gumit, amikor úgy érzi, hogy rá kellene gyújtania. (Célszerű, ha a rágógumit ott tartja, ahol a cigarettát szokta – így ha önkéntelenül cigarettáért nyúl, a rágógumi akad a kezébe.) A sikeres alkalmazás alapfeltétele a helyes rágási technika: minden 1–2 harapás után 3–4 perc szünetet kell tartani. Folyamatos, intenzív rágás következtében hirtelen sok nikotin szabadul ki, ami kellemetlen mellékhatásokat okoz (csípi a nyelvet, kaparja a torkot, égő érzést okoz a nyelvcsőben, gyomorban, hányingerrel, csuklással járhat). A rágógumiból az ajánlott rágási technikával 30–45 perc alatt szabadul ki a nikotin.

A nikotinos rágógumi furcsa ízét általában hamar megszokják, megszeretik. (Rövidesen forgalomba kerül mentollal ízesített készítmény is.) A leszokás kezdetén a páciensek 6–8 darabot használnak el naponta. Ez a szám néhány hét után spontán csökkenni szokott, 6 hét után tudatosan törekedni kell a csökkentésre.

A nikotinos tapasz tulajdonképpen egy miniatűr nikotintartály. A bőrre felhelyezve folyamatos és egyenletes nikotinfelszívódást eredményez a bőrön keresztül és egyenletes, alacsony nikotin-vérszintet eredményez. Háromféle erősségben kapható: a 30-as tapaszból 21 mg, a 20-asból 14 mg, a 10-esből 7 mg nikotin szívódik fel 24 óra alatt a bőrön keresztül. (A szám a tapasz felületét jelöli cm²-ben). Alkalmazása egyszerű: sima, zsírtalan, szőr-

mentes bőrre kell felhelyezni, bárhol a testen. Legjellemzőbb alkalmazási helye a felkar. Ha a felhelyezéskor 10 mp-ig tenyérrel leszorítják, olyan erősen tapad a bőrre, hogy a víz nem hozza le – lehet vele akár fürödni, úszni is. Az első tapasztalt általában reggel, ébredéskor célszerű felhelyezni és 24 óránként kell cserélni frissre, mindig ugyanabban az időben.

Az a dohányos, aki naponta 20 cigarettánál többet szív, a leszokás első hetében 30-as, a második négy hétben 20-as, majd az utolsó négy hétben 10-es tapaszt használjon; napi 20 vagy kevesebb cigaretta esetén az első 8 hétben 20-as tapasz ajánlott.

A nikotinpótlás megkezdésétől mind a tapasz, mind a rágógumi esetében teljes cigaretta-absztinencia kívánatos – legalábbis erre kell törekedni. Ha ezt nem sikerül a második-harmadik hét végére elérni, érdemes a leszokási kísérletet felfüggeszteni, későbbre halasztani (de nem végleg feladni!).

Melyik készítményt ajánljuk a páciensnek?

Mind a két nikotinpótló készítménynek megvan a maga sajátos alkalmazási területe – ezen belül előnye-hátránya.

A rágógumi alkalmazását behatárolja, hogy kivehető fogpótlás vagy tömött fogak esetén nem használható (ráragad a protézisre és leemel, „kiszedi” a tömést). Az idősebbek gyakran idegenkednek a rágógumitól, bizonyos foglalkozásokban visszatetsző lehet a „rágózás”. Elsősorban fiatal dohányosok számára lehet vonzó ez a nikotinpótlási módszer. Célszerű az alkalmazása a napi 20 szálnál kevesebbet szívók esetében, ilyenkor napi 4–5 rágógumi elegendő lehet. A másik bevált alkalmazási kör éppen a nagyon sokat szívóké, akiknek esetleg a 30-as tapasz sem csillapítja eléggé a nikotinmegvonási tüneteit. Ez esetben napi 1–2–3 rágógumival a tapasz mellett meg tudnak szabadulni a nikotínéhségtől.

A rágógumi előnye, hogy a rágyújtás hiányzó mozdulatát imitálja („becsapja” a kezét és a száját), – erre egyébként a közönséges rágógumi is alkalmas. A tapasz előnye, hogy naponta egyszer felhelyezve a nikotin-vérszint sohasem csökken a nikotinmegvonási tüneteket okozó kritikus vérszint alá. Ez lehetővé teszi, hogy az addikció kialakjék, a páciensnek szinte „eszébe sem jut” a cigaretta.

A nikotinpótló készítmények *ellenjavallatai*: terheség, szoptatás, friss gyomorfekély, 3 hónapon belüli szívinfarktusz, klinikailag releváns szívritmuszavar, instabil angina pectoris; a rágógumi esetében a már említett fogászati problémák, tapasz esetében szisztémás bőrbetegség. Fiatalkorúknak (18 éves kor alatt) nem ajánlott.

Említettük már a nikotinos rágógumi mellékhatásait, melyek helyes rágási technikával kiküszöbölhetők. A tapasz leggyakoribb mellékhatása a felragasztás helyén jelentkező bőrpír, viszketés. Ez rendszerint nem „allergia”, hanem a ragasztóanyag okozta irritáció. A legtöbb esetben ez nem teszi szükségessé az alkalmazás félbeszakítását. Rendszerint kezelés nélkül rendeződik, esetleg gyulladáscsökkentő kenőcs alkalmazása jön szóba. Kivételes eset-

ben tapasztaltuk kiterjedt urticaria megjelenését, ilyenkor a tapasz alkalmazását abba kell hagyni. A tapasz használata mellett egyes páciensek alvászavarról panaszkodnak: nehezen alszanak el, többször felébrednek, mozgalmasságuk van. Ezt a tapasztalást az éjszaka folyamán is felszívódó nikotin okozza. Ilyen esetekben azt tanácsoljuk, hogy a tapaszt lefekvéskor vegyék le. (Ha nincs ilyen panasz, célszerű a tapaszt éjszakára is fennhagyni, mert így megelőzhető a reggeli ébredéskor jelentkező nikotinéhség.)

A gyógyszerész szerepe a cigaretta elhagyásában

A gyógyszerész tájékoztatással és tanácsadással segíthet a dohányosoknak a cigaretta elhagyásában.

Elsősorban a gyógyszerértárban elhelyezett plakáttal, szórólappal hívhatja fel a figyelmet arra, hogy a leszokáshoz segítséget kaphat a dohányos. Ahhoz, hogy személyre szólóan javasolja a cigaretta elhagyását, tartós, szorosabb kapcsolatban kell lenni a pácienssel és akkor is csak óvatosan tanácsos a témát felvetni. Az a cél, hogy a dohányos ne pressziót, hanem a segítségnyújtás szándékát érezze.

Ha a dohányos tanácsot, felvilágosítást kér a cigaretta elhagyásának megkönnyítésére, a következőkről érdemes tájékoztatni:

– Miért nehéz a cigaretta elhagyása? Mert a dohányzás kettős függőséget eredményez: részben a szokás, részben a nikotinhoz történő hozzászokás miatt.

– A szokás megtöréséhez erős elhatározás és akarat kell, az elhatározás megvalósítását megkönnyíti a nikotinpótlás (nem lesznek megvonási tünetek).

– Milyen nikotinpótló készítmények kaphatók, azokat hogyan és mennyi ideig kell alkalmazni a sikeres leszokáshoz?

– Hangsúlyozni kell, hogy a leszokás nem pillanatnyi esemény, hanem hosszabb folyamat, tehát időt és energiát kell szánni rá. A cigarettát azonban az egyik napról a másikra kell elhagyni.

Nemzetközi és hazai tapasztalatok egyaránt azt bizonyítják, hogy a leszokás sikerességét jelentősen javítja, ha a leszokó dohányos nincs magára hagyva, hanem szakember segítségét veszi igénybe. A rendszeres kapcsolat a leszokó dohányossal lehetővé teszi a felmerült nehézségek, problémák megbeszélését, tanácsadást azok megoldására. Az ilyen kapcsolatnak jelentős motiváció-erősítő szerepe van, különösen olyan helyzetekben, amikor a páciens már-már feladja elhatározását. A legjobb eredményeket erre specializált, leszokást segítő rendeléseken érték el. Ilyen rendelések 1994 óta nálunk is vannak, működő, „hivatalos” egészségügyi intézményekben. Számuk jelenleg (1997. november) 100 fölött van és az ország minden részében megtalálhatók. Eredményeik megegyeznek a ha-

sonló külföldi programok eredményességével: a 3 hónapos, intenzív páciens-orvos kapcsolatot megvalósító „aktív” szakasz végén nem dohányzik a programot megkezdett páciensek fele, a 12 hónapos „követési” időszak végén pedig egyharmada, tehát végeredményben minden harmadik próbálkozónak sikerül tartósan megszabadulni a cigarettától, függetlenül attól, hogy melyik nikotinpótló készítményt használta [10, 5].

A gyógyszerész végeredményben azzal nyújthatja a leghatásosabb segítséget a nála érdeklődő, leszokni akaró dohányosnak, ha a számára legközelebbi, legkönnyebben elérhető leszokást segítő rendelésre irányítja. (A rendelésekről tájékoztatás a NEVI 332-7380-as telefonszámán kapható, illetve interneten érhető el:

<http://www.c3.hu/~dvema>)

IRODALOM

1. Pucskó J., Kocsár J.: A dohányfüst kóreltani hatásai. *LAM* 5, 874–881 (1995).
2. Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., Sutherland, J.: Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *Brit. Med. J.* 309, 901–910 (1994).
3. Hammand, E. C., Garfinkel, L.: Coronary heart disease, stroke and aortic aneurysm. Factors in the etiology. *Arch Environm. Health* 19, 167 (1969).
4. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. CDC, Rockville, Maryland, USA, 1990.
5. Vadász I., Váczy M.: Dohányzástól leszokást segítő program nikotinpótlással. *Egészségnevelés* 38, 68–70 (1997).
6. Lukács J., Horváth K., Szecei G., Mihalik P.: Rizikó csoportok emyőfénykép-szűréshez kapcsolt komplex vizsgálatának értékelése. *Med. Thor.* 49, (Suppl. 20.) (1996).
7. Marsch, A., Mattheson, J.: Smoking attitudes and behaviour. London, HMSO, 1983.
8. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. CDC, Rockville Maryland, USA, 1988.
9. Hughes, J. R. et al.: Effect of nicotine on the tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology* 83, 82–87 (1984).
10. Vadász, I.: Farmakoterápia a dohányzástól leszokásban. *Med. Thor.* 42, 449–455. (1989).

I. Vadász: *Possibilities for the pharmacist to help people to give up smoking*

After having explained the connection between smoking and different diseases (of the heart and blood-vessel system, pulmonary cancer and respiratory diseases) author discusses the advantageous effect of giving up smoking. According to the experiences and different examinations, the majority of smokers would like to cease smoking. A double dependence causes the difficulty of giving up smoking – a psychologic and a pharmacologic one (nicotine). Author gives a detailed description on the effect, possibilities and methods to substitute nicotine as well as on the program for helping to give up smoking and its results.

Antifront® csepp – a természet tudománya a fronthatások ellen

Magyarországon évente több száz időjárási front halad át, melyek kellemetlen következményeitől 1–1,5 millió honfitársunk szenved. Az időjárás-változás – mint inger – alkalmazkodási reakciót vált ki a szervezetben. Ebben az adaptációs-regulációs folyamatban központi szerepet tölt be a vegetatív idegrendszer. Sokunknak ismerősek a frontátvonulással járó szimpatikus-ergotrop, illetve paraszimpatikus-trofotrop hatásra bekövetkező major, vagy minor panaszok, tünetek: a cephalalgia, az insomnia vagy hypersomnia, az irritabilitás, a dysthymia, a psychomotoros aktivitás megváltozása, a fáradékonyság, a koncentráció-zavar, a vérnyomás-ingadozás, a korábban sérült (operált) testrész fájdalma, esetleg cardiovascularis zavarok. Mindezekre visszavezethetően a különböző balesetek száma is növekszik időváltozáskor. A frontérzékenység megviseli a szervezetet, sőt potenciálisan vészhelyzetet teremthet. Ezért fontos ezekben az esetekben a megelőzés.

Az Antifront® csepp a vegetatív idegrendszert nagymértékben megterhelő metheoropathia, illetve kinetosisok esetén a tünetek prevenciójára és kezelésére szolgáló fitoterapeutikum.

Az Antifront® csepp kizárólag gyógynövényki-
vonatokat tartalmaz. Összetevői a gyömbér, az édesgyökér, a kurkuma, a zöld tea és a citromfű hatóanyagai, melyeket régóta ismeri és használja az orvostudomány és amelyeknek újabban már a pontos hatásmechanizmusa is tisztázott. Ezek közül kiemelendő a dopaminerg és a serotoninerg rendszeren keresztül kifejtett antiemetikus és gyomormotilitás-

fokozó effektus, valamint a nyugtató, spazmolitikus és analgetikus aktivitás.

Frontérzékenyek körében végzett klinikai megfigyelés eredményei szerint az Antifront® eredményesen alkalmazható a legtöbb, fronthatáskor fellépő panasz, tünet – pl. szédülés, hányinger, stressz, fáradékonyság, aluszékonyság, depresszió, ingerlékenység, dekoncentráltóság, nem migrénes fejfájás – esetén. Csökkenti a gyógyszerigényt, esetleg kiváltja azokat. Mellékhatása nincs. Az alkoholszondás próbák alapján elmondható, hogy az Antifront® csepp alkalmazhatóságát az alkoholtartalom – a javasolt cseppszám esetén – nem korlátozza.

Az Antifront® csepp a természet erejét veti be a metheoropathia és a kinetosisok ellen. Megoldást jelenthet azok számára, akiknek a jókedvét már az első szellő elfújja.

IRODALOM

1. M. S. Hadiey et al.: J. Med. Chem. 28, 1843 (1985). –2. F. Kiuchi et al.: Chem. Pharm. Bull. 30, 754 (1982). –3. D. B. Mowrey, D. E. Clayson: Motion Sickness, Ginger and Psychophysics. Lancet, March 20, 655 (1982). – 4. Wichtl, M. (Hrsg.): Teedrogen, WVG, Stuttgart, 1989. 479 old. – 5. G. Vogel, M. Gaisbauer, W. Winkler: Phytotherapie in der Praxis. Deutsches Ärzteverlag, Köln 1990. – 6. S. D. Deodhar et al.: Indian J. Med. Res. 71, 632 (1981).

(x)

Béres Rt., Budapest, Szérvölgyi út 135. – 1037

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Könyvelés ● Adótanácsadás ● Auditálás ● Könyvvizsgálat ● Bevallások készítése | <ul style="list-style-type: none"> ● Bérszámfejtés ● Tb. ügyintézés ● APEH és Tb. előtti képviselet
Budapesten és Pest megyében |
|---|--|

Telefon:
06 (30) 717-482
Bartos Gyula

SZERVEZÉSI KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 208–214. 1998.

A gyógyszerfogyasztás alakulása, jellemzői és változásai lakossági felmérések alapján*

Dr. Pauka Tibor és dr. Tóth Ildikó

Az utolsó négy-öt évben a gyógyszerkínálat bővülése, a gyógyszerárak emelkedése és a társadalombiztosítási támogatás mértékének változásai, a gyógyszer-rendelés szabályozásának gyakori módosítása jelentős hatással volt a gyógyszerforgalomra. Feltételezhető, hogy a változások befolyásolják az orvosok receptúráját, átalakítják a gyógyszerészek szerepét és különböző megoldási reakciókat váltanak ki a betegekből, a „vásárlókból”. A tanulmány szerzői három vizsgálat néhány tapasztalatát kiragadva összegzik az azok eredményeiből levonható következtetéseket. A legfontosabbak: az orvosok receptúráját döntően befolyásolja betegek anyagi helyzete és a gyógyszerek ára, a gyógyszerészeketől mélyebb és alaposabb érdeklődést és tájékoztatást várnak a betegek, s úgy tűnik, ezeknek a kívánalmaknak nem tudnak mindenben megfelelni; a betegek pedig a gyógyszerkiadásuk egy részét (elsősorban az alacsony jövedelműek heveny betegségeik kapcsán) a megspórolható kiadások közé sorolják, és ezzel párhuzamosan kialakul egy orvost és gyógyszerterápiát, gyógyszerészt elkerülő út is (second hand forgalom) a gyógyszerhez jutásban.

Érdeemes volna közvéleménykutatást végezni, hogy mire gondol, mire asszociál közlemény címéből

- a beteg,
- az orvos,
- a társadalombiztosító,
- az egészségpolitikus,
- a gyógyszergyártó,
- a gyógyszerforgalmazó nagykereskedő és a gyógyszerügyi gyógyszerész?

Ha a válaszokat egy mondattal kísérelnénk meghatározni, „közös nevezőjüket” megtalálni, úgy véljük, hogy ez csoportérdekek mentén lenne jellemezhető.

Kiindulási alapként elfogadhatjuk, hogy a gyógyszer speciális, különleges áru, melynek útját a termeléstől, az elosztáson, értékesítésen át a felhasználásig, fogyasztásig szerte a világon különleges szabályozók biztosítják. Forgalmát tehát számos tényező befolyásolja, melyek közül a legfontosabbak vázlatosan jellemezve a következők:

1. A kereslet. Nem tudhatjuk, hogy ez mennyiben felel meg a tényleges, a morbiditási viszonyokból eredő és általuk indikált szükségletnek.
2. A kínálat. Volumenét, belső arányait módosíthatják a termelési, piaci viszonyok, a termeléstől az elosztásig az elérhető haszon, a reklám, és hatásai.
3. A vásárlóképeség, melyre – különösen nálunk – nagymértékben hat a gyógyszerellátás állami és társadalombiztosítási felelőssége, teherbíró képessége (tehát makrogazdasági szempontok!) és a lakosság, a betegek anyagi helyzete.

A folyamat végén azonban közvetlenül érintkezve a „vásárlókkal” ott van

4. az orvos, kinek szerepét a kínálatnak a szükséglet-hez való igazításában látjuk és

5. a gyógyszerész, aki a betegekkel a vázolt úton utolsóként, „szakértő kereskedőként” találkozva érzékeli és viseli mindazon feszültségek és ellentmondások terhét, melyek a gyógyszerfogyasztást meghatározzák.

A közleményben három vizsgálat alapján a betegek, a gyógyszerészek és az orvosok reakcióit, a gyógyszerfogyasztás jellemzőinek változásait vázoljuk fel, melyek az utolsó 4–5 év kínálatának bővülése és a gyógyszerek lakosságot is nagymértékben terhelő árváltozásai miatt következtek be [1., 2., 3]. Elsősorban a lakosság gyógyszerfogyasztási, vásárlási, felhasználási és tartalékolási szokásainak változásaira és az orvosok-gyógyszerészek szerepének módosulására kívánunk választ adni.

Az első vizsgálat véletlenszerűen kétlépcsősen választott országos mintán 750 háztartás gyógyszerfogyasztási szokásairól gyűjtött információkat. A kutatókat nemcsak a család összességére vonatkozó adatok érdekelték, hanem összehasonlítás céljából a háztartáson, illetve családon belül külön regisztrálták az idült beteg és nem beteg családtagok gyógyszerhez jutását és fogyasztását is. Így 1600 interjú született. A lakossági adatgyűjtést 150–150 orvos, illetve gyógyszerész megkérdezésével is kiegészítették.

A második kutatást 3 különböző korcsoportú lakossági mintán végezték: 1. az idősödők (45–64 évesek), 2. a 10–18. éves gyermekekkel rendelkező családanyák, és 3. ezen családok 10–18 éves gyermekeinek mintáján. (500–500–700 fő).

Az előzőekben felsorolt vizsgálatokat a Fraternité Rt. és a Szonda Ipsos közös szervezésben végezte, a szerzők az adatok elemzésében és értékelésében működtek közre.

A harmadik hivatkozott felmérés információs bázisa egyetlen gyógyszerterápia vásárlókörének megkérdezésén alapul.

*A Magángyógyszerészek Országos Szövetsége VII. Országos Kongresszusán elhangzott előadás alapján írt tanulmány.

I. táblázat

A krónikus betegek aránya korcsoport és iskolai végzettség szerint a 14 évesnél idősebbek körében (%)

Korcsoport	7 osztályt vagy kevesebbet	8 osztályt vagy kevesebbet	szakmunkásképzőt	középiskolát	főiskolát, egyetemet	Együtt
	VÉGZETT					
15–39 éves	19	8	6	7	12	8
40–59 éves	42	38	29	25	18	30
60–69 éves	60	55	43	48	48	53
70 év fölötti	68	60	50	56	53	63
Összes	54	29	17	17	21	25

I. Lakosság–betegek

I.1. Egészségi állapot–gyógyszerszedés

A gyógyszerükséglet becslése érdekében a vizsgálatokban elkülönítettük a krónikus betegek csoportját (azokat, akiknek saját maguk által is ismert betegségük van) az egészségesek (krónikus betegségtől mentesek) csoportjától. Tettük ezt azért, mert a krónikus betegségek általában definitív állapotok, s bár medikális eszközökkel – köztük elsősorban gyógyszerekkel – egyensúlyban tarthatók, s rosszabbodásuk prlongálható: tartós és rendszeres gyógyszerfogyasztást eredményeznek. Közismert tény, hogy a megbetegedési viszonyokat jellemzően alakítja a demográfiai-, és szocio-kulturális összetétel, valamint környezet, ezért az elemzésbe néhány ilyen tényezőt is bevontunk. Ezek közül a legmeghatározóbbak:

- a nem és az életkor,
- a lakóhely,
- az iskolai végzettség szintje,
- az egy főre jutó jövedelem,
- a családszerkezet.

A krónikus betegek arányait az iskolai végzettséggel való összefüggésben mutatjuk be, ez ugyanis általában számos további társadalmi tényező hatását is involválja (foglalkozás, foglalkoztatottság, jövedelem, lakásviszonyok, egészségügyi ellátottság stb.) (I. táblázat).

A vizsgálat igazolta a többi, jórészt ismert összefüggést is. Az átlagosnál több az idült beteg a községekben élők, az alacsony jövedelműek és más szempontok szerint is szociálisan hátrányos helyzetűek között (mezőgazdasági foglalkozásúak, szakképzetlenek, munkanélküliek stb.).

Külön kiemelés érdemel a vizsgálat azon tapasztalata, hogy míg néhány korábbi magyarországi vizsgálat a jövedelemszint szerinti értékelésében csak a legalsó jövedelmi kvintilisbe tartozók egészségi állapota volt szignifikánsan rosszabb a többi csoportba tartozókéhoz képest, addig az 1995-ben felvett adatok szerint jellemzően a nagy differencia az alsó három – felső két kvintilisbe tartozók között mutatkozott: igazolva a társadalom kettészakadását és a leszakadó rétegek növekedését.

E tény azert is tartjuk kihangsúlyozandónak, mert a vizsgálat egyik célja az volt, hogy megállapíthassuk: a gyógyszerbeszerzés milyen anyagi megterhelést jelent a családok számára. Ennek megítélésére – az első kutatásban – a családoknak az 1995. II. negyedévében bemondott gyógyszerkiadásait használtuk fel. Eszerint:

– azok a családok, amelyekben nincs krónikus beteg, az utolsó negyedévben 1378 Ft-ot;

– a krónikus betegek családjában pedig ugyanezen időszakban 3284 Ft-ot költöttek gyógyszerre.

(Mivel a tb. az idült betegségek kezelésében használt gyógyszereket nagyobb mértékben támogatja, a tényleges – piaci – árviszonyokban a különbség még nagyobb lenne! Hasonló torzításokat okozhat az is, hogy az adatgyűjtéskor kérdezett utolsó negyedév a gyógyszer árváltozások utáni első három hónapra vonatkozott, ezért feltételezhető, hogy a betegek egy része előre feltöltötte gyógyszerkészletét.)

Indirekt összefüggések igazolják, hogy azon családok gyógyszerfogyasztása is szorosan összefügg az egészségi állapottal, ahol *nincs krónikus beteg*, de az egyes családtagokra jellemző lehet a gyakori betegeskedés (pl. gyermekek), tehát az akut betegségek nagyobb számban fordulnak elő. Ezért

– azoknál a családoknál, ahol (nincs idült beteg és a háztartásfő életkora nem éri el a 60 évet, és) legalább egy kiskorú gyermeket nevelnek, a gyógyszerkiadás az átlagos 1378 Ft-nál majdnem 500 Ft-tal magasabb: 1837 Ft;

– ahol viszont nincs 18 éven aluli gyermek, az eltérés ugyanilyen nagyságrendű lefelé: 921 Ft.

Feltehető, hogy a gyermekek gyógyszerfogyasztása is szorosan összefügg az egészségi állapottal, de eltérően az idősebbektől, körükben ennek indokát nem a krónikus állapot, hanem az akut, interkurrens betegségek halmozódása adja. Náluk nem lehet szó a megszokásból, gyógyszerfüggőségéből adódó túlfogyasztásról, annál is inkább, mert más adatainkból kitűnik (lásd később), hogy esetükben túlnyomó többségben vényre kiváltott gyógyszerekről van szó.

Ezt a rövid fejezetet annak bemutatására és indoklására szántuk, hogy a vizsgálat adatai, eredményei megfelelnek az idült betegségek gyakoriságára utaló más adatok eredményeinek és a befolyásoló tényezőkből következtetett tendenciáknak; és tanúsítják, hogy a magyarországi gyógyszerfogyasztás mértéke, nagysága párhuzamosan alakul az idült állapotok előfordulásával. Ugyanez – közvetetten – igazolható a főleg gyermekpopuláció körében jellemző akut betegségek halmozódásával is.

A vizsgálatból kiragadott néhány adat arra hívja fel a figyelmet, hogy a Magyarországon tapasztalt gyógyszerfogyasztás a magyar népesség közismerten rosszabb egészségi állapotával is magyarázható.

1.2. A lakosság orvoshoz fordulása

A kérdés vizsgálatakor ebben a megközelítésben is szétválik, szétválasztható a krónikus betegek és az „egészségesek” (nem krónikus betegek) csoportja. Az egészségesek 61%-a jelezte, hogy az elmúlt esztendőben panasz, betegség miatt felkeresett orvost (36% 1–2 alkalommal, minden negyedik pedig ennél többször). A távolmaradók között életkor szerint a 40–49 évesek és a 60 éven felüliek, gazdasági aktivitás szerint a munkanélküliek és az alacsony képzettségű foglalkoztatottak, illetve a nyugdíjasok körében magasabb az arány az átlagnál. Mellettük a budapestiekhez képest a vidéken élők, a nőkhöz képest a férfiak is nagyobb számban nyilatkoztak úgy, hogy az elmúlt esztendőben egyszer sem voltak orvosnál.

Ez a jelenség nagyon jól illeszkedik jó néhány morbiditási vizsgálat adataihoz: az ún. rejtett morbiditás a legmagasabb a középkorú férfiak, a vidéki lakosság és néhány idült betegség esetében az idősek csoportjában.

A gyógyszerfogyasztás szempontjából jelentős tény: az „egészséges” lakosságcsoport több mint fele egy év alatt legalább egy-kétszer, ezen belül 25%-a pedig ennél többször fordul orvoshoz betegséggel összefüggő panaszai (jószerint akut betegségek) miatt. Ezek az orvoshoz fordulások többnyire vényírással járnak együtt.

A krónikus betegek orvoshoz kötődése sokkal erőteljesebb: 91%-uk jelezte, hogy az elmúlt félévben betegségük kapcsán voltak orvosuknál, közülük a többség legalább kéthetente-havonta találkozott velük.

Mindkét betegkör esetében a háziorvos a főszereplő, bár eltérések itt is kimutathatók: a nem krónikus betegek 84%-a nyilatkozott így, míg a krónikus betegek 77%-át kezeli csak háziorvos. (További 10%-uk kezelője kórházi-, 7%-uké pedig rendelő-gondozóintézeti szakorvos.) A nem krónikus betegek körében – különösen a magasabb társadalmi státuszúak esetében – gyakori a családhoz közelálló, ismerős orvossal való kapcsolattartás.

A megkérdezett háziorvosokat a vizsgálat adatai szerint átlagosan napi 46 beteg kereste fel, s a megforduló betegek 83%-ának felírtak gyógyszereket. Ez a nagytömegű gyógyszerfelírásra utaló információ is aláhúzza a háziorvosok kiemelkedő szerepét a gyógyszerfogyasztásban.

A kapott válaszokból összegezve megállapítható, hogy a hátrányos szociális helyzetűek

- krónikus betegségeiket általában karbantartják (nem jelentősek a jobb társadalmi státuszú rétegekbe tartozókkal szembeni különbségek). Ebben szerepet játszhat a krónikus betegségek gyógyszerjeinek nagyobb tb. támogatása és a közgyógyellátás! Ellenben

- akut, heveny betegségek miatt már jóval ritkábban fordulnak orvoshoz. Feltehető, hogy az akut betegségekkel kapcsolatos következményes gyógyszerkiadások a „megspórolható” kiadások körébe kerültek.

Nyilvánvalóan mások a motivációk a 40–49 éves foglalkoztatottak akut betegségeinek elhanyagolásában. Körükben inkább a munkahely elvesztésétől való félelem le-

het az indoka az orvosi kezeléstől való elmaradásnak. Ugyanakkor az is élesen kirajzolódott, hogy a gyermekek akut betegségeivel kapcsolatos orvoshoz fordulásban már jóval kevésbé érvényesül a vázolt szociális differenciáltság: a családok tehát gyermekeik gyógyítását/gyógyulását minden más anyagi megfontolás elé helyezik. Sajnálatos azonban, hogy az ún. preventív jellegű orvoshoz-fordulások tekintetében nincs különbség a felnőttek és a gyermekek között. Arra a kérdésre ugyanis, hogy saját maguk és gyermekeik állapotának ellenőrzése céljából fordulnak-e orvoshoz, egyforma gyakoriságú – csak 5–5%-os – „igen” választ kaptunk.

2. Az orvosok vényírása

Vizsgáltuk, hogy mi befolyásolja a háziorvosok receptúráját. Kiemelendőnek tartjuk a gyógyszerek kiválasztását. Ezt elsősorban saját tapasztalataikra alapozták, nevezetesen arra, hogy betegek kezelésében melyik gyógyszer vált be már korábban, és második helyre sorolták szakorvos kollégáik javaslatait. Más megközelítésben is a szakmai szempontok dominanciájának érvényesülését észleljük. Arra a kérdésre ugyanis, hogy milyen forrásból tájékozódnak a gyógyszerekről, a legnagyobb jelentőségűeknek (5-től csökkenő értéksorrendben, de magas átlagponttal értékelve) a szakmai továbbképzéseket (4,45 átlagpont), a szaklapokban megjelent cikkeket (4,25), az orvoslátogatókat (4,24), a szórólapokat, brossúrákat (4,12) és a gyógyszergyárak által szervezett gyógyszerismertető előadásokat (4,01) sorolták.

A szakmai jellegű információk jelentősége a mindennapi receptúra kialakításában felveti a kérdést: a szakmai hitelesítéssel operáló reklámnak van-e szerepe és milyen szerepe van a gyógyszerfogyasztás – árak, ártámogatás –, tehát a gyógyszerköltségek alakulásában? Mennyire befolyásolja a receptírást az ellátott betegek anyagi helyzete?

Utóbbi két kérdés megválaszolásához adalék: jelentős szempont a háziorvosoknál az, hogy melyik gyógyszer a legolcsóbb (3,79 pont), és aktuálisan melyik gyógyszer kapható.

Nem csoda, hogy a sok szempont között észlelhető az orvosok elbizonytalanodása. Arra a kérdésre ugyanis, hogy az új, korszerű – és többnyire drágább –, vagy a hagyományos, már bevált gyógyszereket preferálják, az orvosok majd kétharmada nem tudott válaszolni (egyik típusba sem sorolta be magát és a gyógyszerválasztását az aktuális helyzettől tette függővé).

A megkérdezett orvosok negyede az új, tizede a hagyományos gyógyszerek mellett voksolt. Érdekes, hogy az új gyógyszereket a budapesti és a községi 41–50 éves, körzetükben 6–10 éve dolgozó, nem alkalmazotti típusú szerződésben működő orvosok preferálják inkább, tehát a kellő tapasztalattal rendelkező, de már – feltételezhetően – megfelelő, megalapozott létbiztonsággal bírók, mondhatnánk úgy is: a pályájuk csúcán lévők.

A betegek szociális helyzete tehát jelentősen befolyá-

solja – a betegek által térítendő díjon keresztül – az orvosok receptúráját. Az erre vonatkozó kérdésekre adott válaszok megdöbbentők: a megkérdezett orvosok 95 százalékát a gyógyszer ára legalább közepesen vagy ennél nagyobb mértékben (59%) befolyásolja. Továbbá azt is figyelembe kell vennünk, hogy 87%-uk tudomást szerez arról, ha betegek anyagi okok miatt nem váltják ki a gyógyszert, s ezzel szinte teljesen összhangban, 80%-uk nagyon jól ismeri betegek anyagi, szociális helyzetét. Mindenekelőtt: ezek az adatok jól dokumentálják az orvosok (házi orvosok) szociális érzékenységet és szerep-vállalásukat az alacsony jövedelműek gyógyszerhez jutásának optimális segítségével. Ugyanakkor ezen a ponton felmerül az a kérdés is: *megengedhető-e az, hogy a receptírtó a betegek szociális helyzete és a gyógyszerért fizetendő összeg ennyire befolyásolja?*

S egyáltalán, a szakmai köztudatban hogyan értékeli a gyógyszer ára és hatékonysága közötti kapcsolatot? Jobb-e, hatékonyabb-e az új, drága gyógyszer az olcsóbb, esetleg kevésbé hatékony gyógyszernél? Illetve: a gyógyszerket felíró orvosok észlelnek-e, véleményeznek-e ilyen összefüggést?

Ezekre a kérdésekre itt és most nem tudunk felelni. Megállapítható volt azonban az, hogy az orvos-beteg találkozások során szinte kötelező anamnesztikus kérdéssé vált a gyógyszerek ára és a receptbevitel lehetősége, és sokszor a gyógyszerválasztás lefelé való licitálás során történik meg!

3. A gyógyszerészek szerepe, a gyógyszerész-beteg és a gyógyszerész-orvos viszony változásai. Elvárások

A gyógyszerre szoruló beteget az orvos ismeri jobban; a gyógyszert, annak hatását, mellékhatásait, más gyógyszerekkel való kölcsönhatásait, adagolását, aktuális árát viszont a gyógyszerész (klinikai gyógyszerész!). A korábban vázolt folyamatok önmagukban is igazolják a gyógyszerészek szerepének, felelősségének növekedését. A felelősség vállalását segíti az ismert, rendszeres vásárlói kör, ahol a személyes egészségi állapot és a gyógyszer szükséglet egyensúlyban lehet. Nehezíti viszont a vény nélkül vásárolható készítmények egyre bővülő kínálata, a gyógyszertermékek forgalmának növekedése, a homeopátiás szerek árusításának a bevezetése. Gyógyszerész legyen a talpán, aki az eddig soha sem tapasztalt információk özönében eligazodik!

Különösen akkor, ha arra is gondolunk, hogy az információk (sokszor reklámcélú tájékoztatók) szakmai megalapozottságáról is nehéz tájékozódni. A nil nocere elvének pedig a gyógyszerész munkájában is érvényesülni kell! További nehézséget okozhat jelenlegi helyzetünkben az üzleti siker és a szakmai felelősség összehangolása, hiszen a vásárló (a beteg!) esetleges rossz választása a gyógyszerésztől kapott tanácstól is függ. Az sem elhanyagolható szempont, hogy a gyógyszerész jelentősen az utolsó szakmai kontrollt a gyógyszerhez jutás stádiumaiban.

Ezért is hangsúlyos, hogy a gyógyszert vásárlók miben és milyen mértékben kérnek és kapnak tájékoztatást a

gyógyszerésztől. A kérdések és a válaszok megoszlása a **II. táblázatban** foglalható össze.

II. táblázat

A gyógyszerész információs tevékenységének alakulása a betegek igényei és tapasztalatai szerint

A gyógyszerész tájékoztatás tárgya	Azon betegek %-os aránya, akik a tájékoztatást elvárják	Azon betegek %-os aránya, akik tapasztalják	Eltérés (%) (elvárás – tapasztalás)
A gyógyszer			
adagolása	72	85	+ 13
abbahagyása	42	22	- 20
hatása (mire jó)	43	17	- 26
mellékhatása	46	18	- 28
kölcsönhatása	30	10	- 20
helyettesíthetősége	57	39	- 18
ára	67	50	- 17

A gyógyszeradagolást és az árat leszámítva a betegek csak kevesebb mint fele vár felvilágosítást a gyógyszerésztől a gyógyszerek részletesebb hatásairól, de még ezek a elvárások sem nyernek kielégítést! A gyógyszerészek arról világosítják fel elsősorban a beteget, hogy mi az ő teendője (milyen adagolásban szedje orvosságát), azonban a gyógyszerre vonatkozó hatástani kérdésekre alig vonják be.

A dobozokba mellékelt tájékoztatót majdnem minden beteg elolvassa. Ezek jelentőségét, hatását sokan vitatják, hiszen többnyire általánosságokat tartalmaznak, mégis sokszor indokolatlan félelmet keltenek. A gyógyszerész és a beteg személyes találkozásakor lenne mód adekvát tájékoztatásra!

Elgondolkodtató, hogy a krónikus betegek (rendszeres, rutinírozott gyógyszereszedők, -vásárlók) tájékoztatása jobban megfelel az elvárásainak, pedig – feltételezhetően – az alkalmi, csak akut betegségeikkel kapcsolatos gyógyszerbeszerzők, főleg a vény nélkül vásárolók kevesebb ismerettel és tapasztalattal rendelkeznek!

A kérdés azért is jelentős, mert az új gyógyszertervényben várhatóan minőségbiztosítási és teljesítendő betegjogi követelménnyé válik, hogy a gyógyszerész köteles a gyógyszer terápiás és esetleges mellékhatásairól, több gyógyszer együttes szedése esetén a kölcsönhatásokról felvilágosítást adni. Úgyszintén köteles a gyógyszerész az orvoshoz fordulást ajánlani, amennyiben a beteg egészségi állapota ezt indokolja [4]. Alapos tájékozódás nélkül ilyen mélységű tájékoztatást adni lehetetlen!

Ellentmondó válaszokat kaptunk a gyógyszerek helyettesíthetőségét illetően. Ugyanis

- a betegek több mint felét érdekli ez a lehetőség,
- az orvosok azt jelezték, hogy csak ritkán élnek a helyettesíthetőség kizárásával,
- a gyógyszerészek szerint viszont a betegek túlnyomó többsége ragaszkodik az orvos által felírt gyógyszerhez.

Meg kell említenünk azt is, hogy a gyógyszerészek jó része felveti az orvos – gyógyszerész kapcsolatok elszemélytelenedését, találkozásaik számának csökkenését. Ezt közvetve igazolja az orvosok így sommázható véleménye: „megbeszéljük, ha probléma van”.

4. A vásárlók, a betegek reakciói. Új utak a gyógyszerfogyasztásban

4.1. A vények, a vényre felírt és a vény nélkül beszerzett gyógyszerek sorsa

A gyógyszerbeszerzés, felhasználás folyamatát és az ennek egyes lépcsőire, elemeire adott válaszokat is külön kezeltük a krónikus betegcsoportokban. A jellemző válaszokat a könnyebb áttekinthetőség érdekében a **III. táblázatban** foglaljuk össze.

III. táblázat

A gyógyszerbeszerzés és felhasználás folyamata

Kérdés	„Igen” választ adók %-os aránya a	
	nem krónikus betegek	krónikus betegek
Minden orvoshoz forduláskor kap receptet	74	82
Előfordul, hogy nem váltja ki	16	11
Előfordul, hogy nem az előírt gyakoriságban szedi	35	24
Csak addig szedi, amíg szükségesnek érzi	37	*
Elteszi a megmaradt gyógyszert	43	49
Inkább kidobja a megmaradt gyógyszert**	27	24
Előfordul, hogy másnak odaadja a megmaradt gyógyszert	18	12

*köztük nem értelmezhető

**a miért kérdésre túlnyomó többségben mindkét csoportban azt jelezték, hogy lejárt a szavatosság ideje.

Természetes, hogy az idült betegek „gyógyszerfüggősége” nagyobb a nem krónikus betegekénél: többször kapnak receptet; kisebb arányban fordul elő, hogy nem mindig váltják ki azt és nem az előírt adagolásban szedik orvosáikat; valamivel többen teszik félre megmaradt gyógyszereiket; kevesebben dobják ki, vagy adják másnak (rokonnak, ismerősnek). Mindkét csoportban azonban kérdéskörönként megállapíthatunk néhány jellemző tendenciát:

Receptet írtak fel minden esetben az alacsony iskolai végzettségűek 82%-ának, az alacsony jövedelműek 86%-ának a nem krónikus betegek közül, és igen magas arányban jelezték ezt a gyermekes házaspárok megkérdezett tagjai is (90%).

A krónikus betegek közül nem tapasztaltunk kiemelhető eltéréseket, csupán az emésztőszervi betegségben szenvedők jelezték ezt feltűnően magas arányban (92%).

A vény kiváltásának elmaradása messze meghaladja az átlagos értéket a nem krónikus beteg férfiak között: 39%. Ha kiváltják a gyógyszert, 45%-uk nem az előírt adagolásban szedi. Ez jellemző még a legmagasabb iskolai végzettségűekre, a foglalkoztatottak felére, s náluk valamivel kisebb arányban azon családok tagjaira, ahol sok a beteg családtag (40%). A „szófogadó gyógyszerbeszedők” a legalacsonyabb végzettségűek; közülük 76% mindig betartja az orvos adagolási utasításait.

A nem idült betegek több mint harmada csak addig szedi a kiváltott gyógyszert, amíg saját maga tartja szük-

ségesnek. Biztosan körülírható csoportokat nem tudunk kiemelni, mert viszonylag sokan nem válaszoltak erre a kérdésre. Pedig a kérdés nagy jelentőségű. *Ugyanis, ha a gyógyszert nem szedik kellő ideig, a betegség és a gyógyszer jellegétől függően recidívák alakulhatnak ki, szövődmények keletkezhetnek, és antibiotikum rezisztencia következhet be. Erre több figyelmet kellene fordítani mind az orvosoknak a vények felírásakor, mind a gyógyszerészeknek a gyógyszer kiadásakor!*

A krónikus betegek gyógyszerfogyasztását teljesen más szempontok uralják. Ők állandó, rendszeres fogyasztók, betegségük karbantartására kialakultak szokásaik, állandósultak gyógyszereik, ezért az előző megközelítésben nem vizsgálhatóak. Emiatt csoportjukban annak igyekeztünk utánajárni, hogy *az elmúlt év folyamán változtattak-e addig szedett gyógyszereiken, s ha igen, miért.*

A krónikus betegségek 68%-ánál nem került sor gyógyszerátállításra. Ezek azonos gyógyszerekre beállított betegségek, állandósult kezeléssel. A betegek egynegyedénél viszont más gyógyszerre volt szükség. *A gyógyszerátállítás eseményét rétegzetten vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a legkevesebb gyógyszerelváltás a legalacsonyabb végzettségűek és a kis jövedelműek betegségeinél történt; betegcsoportonként azt tapasztaljuk, hogy az idegrendszeri és emésztőszervi betegségeknél maradtak meg leginkább a korábbi terápiás szokásoknál.*

A gyógyszerkinálat bővüléséhez mérten a gyógyszerelváltások aránya nem tűnik magasnak. Az egyes kategóriákba jutó elemszámokat is figyelembe véve a legnagyobb arányú váltás a szív- és érrendszeri, valamint a mozgásszervi betegségek kezelésében történt, tehát a lakosságot nagy súllyal érintő betegcsoportokban.

Ezért is izgalmas az a kérdéskör, hogy miért kértek, illetve kaptak más gyógyszert a betegek. Az átállásban kevésbé kezdeményezők a férfiak, az 50–55 évesek, a rokkant nyugdíjasok, a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők és a szív-érrendszeri betegségben szenvedők.

A gyógyszerátállás okai között leggyakrabban a súlyosbodó állapot és a korábbi gyógyszer nem kielégítő hatása szerepel, de jelentős a kedvezőtlen mellékhatásokra (kölcsonhatások?) és az új gyógyszer megjelenésére hivatkozók aránya is.

A betegségek majd negyedénél a váltás okaként említették az addig szedett gyógyszer magas árát. Egy korábbi vizsgálatban a gyógyszer-áremelés előtti időszakra vonatkozóan ezt az okot lényegesen kevesebb esetben említették!

Utaltunk már arra, hogy
– vényírásakor az orvosok mennyire figyelembe veszik betegeik szociális helyzetét,
– sok esetben erre még külön is rákérdeznek, és láttuk
– a recept-kiváltás elmaradásának elsődleges oka a rossz anyagi helyzet.

Levonható a következtetés: *a krónikus betegségek terápiaját a betegek anyagi helyzete lényegesen befolyásolja!*

Ezt a következtetést az is alátámasztja, hogy az árkérés a közgyógyellátottakra és a nagymértékű gyógyszerfogyasztókra hat a legkevésbé, vagyis – más megközelítésben – a legszegényebbekre és a legelesettebb, legsúlyo-

sabb betegekre, tehát azokra, akiket a jelenlegi támogató rendszer kiemelten kezel.

Ugyanakkor sem az orvosok igyekezete, sem a támogató rendszer nem tud segíteni minden rászoruló. Ezt jelzi többek között, hogy a 2. és 3. jövedelem kvintilisbe tartozókat messze átlag felett befolyásolja a gyógyszerek ára (33–38%).

Orvosszakmai önkritikára sarkallhat, hogy a *mellékhatások miatti gyógyszerváltást* a nagymértékű gyógyszerfogyasztók (sokféle gyógyszert sokszor szedők) és a mozgásszervi betegségek köréből mutatták ki a betegektől kapott adatok (polipragmázia, gyógyszerkölcsonhatások megnövekedett lehetősége).

A megmaradt, fel nem használt gyógyszerek további sorsát illetően megállapítható, hogy az átlagosnál jobban takarékoskodnak, inkább elteszik a megmaradt gyógyszert az alacsony iskolai végzettségűek, a nyugdíjasok, az alacsonyabb jövedelem-kvintilisbe tartozók, a gyermekes házaspárok és a beteg családok. Érdekes, hogy a férfiak és nők között korábban leírt, betegségekhez, gyógyszerhez kapcsolódó differenciák eltűnnek, és a betegek egyformán reagálnak. (Tehát, ha a beteg férfi elmegy orvoshoz, és ha ki is váltja a receptjét, s az nem mind fogy el, ugyanúgy takarékoskodik, mint egy nő.)

4.2. Házipatikák. Új utak a gyógyszerfogyasztásban.

A gyógyszerek sorsára, felhasználására további választ adhat a házipatikák összetétele. A házipatikák vizsgálata a háztartásokban található gyógyszerek tételes átnézésével történt. A gyógyszereket a következő szempontok szerint csoportosítottuk:

– *alapgyógyszerek (A)*, melyekre bármelyikünknek, bármikor szüksége lehet, amelyek alkalmazása előtt nem feltétlenül kell orvoshoz fordulni: OTC készítmények (pl. lázcsillapítók, fájdalomcsillapítók, görcsoldók, hashajtók, bélfertőtlenítők, hasfogók stb.);

– *receptre váltott gyógyszerek (B)*, melyeket a család tagjai számára nem krónikus, hanem átmeneti betegségük esetén orvosi vényre váltottak ki, de az illető családtag nem használta fel az egészet, és a megmaradt orvosságot félretették;

– *krónikus betegségekhez szedett gyógyszerek (C)*, amelyeket a családtagok krónikus betegségeire tartanak otthon;

– *a házipatika teljes készlete (D)*, az előző három csoport összegzése alapján.

Most csak az első két gyógyszercsoportot elemezzük, mert ezek adják a változó, de azonnal megoldást kívánó szükségletet kielégíteni célzó gyógyszerforgalmat. Természetesen különbséget találtunk a gyermekeket nem- és gyermekeket is nevelő háztartások között. Nevezetesen:

– az *A csoportba tartozó gyógyszereket* a gyermekes családok 97%-ában, a gyermektelenek 84%-ában találtunk (3,5, illetve 2,9-féle gyógyszercsoportot átlagosan);

– *a B csoport gyakorisága* ugyanilyen bontásban és sorrendben 56%, illetve 46%, a gyógyszerfajták száma 4,1 illetve 3,4 volt.

Alapgyógyszereket, más megközelítésben vény nélkül beszerezhető, OTC készítményeket tehát szinte kivétel nélkül minden háztartásban tartanak készenlétben. Valamivel többet (többfélét) – érhető módon – a gyermekeket nevelő családok. A készlet mennyisége és összetétele igazodik a becsülhető, többnyire váratlanul, epizódyszerűen jelentkező szükségletekhez.

Számunkra meglepő volt viszont a *vényre felírt, de a kezeléssel megmaradt és félretett gyógyszerek sokasága*. Feltűnt, hogy az így tároltak között nagyon sok az antibiotikum, különösen a penicillin származékok. A jelenség megerősíti azt a más kérdésre nyert válaszból levont következtetést, hogy sokan nem szedik kellő ideig gyógyszerüket. A megmaradt, félretett gyógyszerek ismételt felhasználása pedig orvosi indikáció nélküli és újabb elégtelen dozírozású kúrához – tehát pl. antibiotikum rezisztencia kialakulásához – vezet! Jelezheti ugyanakkor azt is, hogy sokszor nem eléggé megfontolt javallat alapján írnak fel antibiotikumot az orvosok.

Jelentős készleteket észleltünk még a váz- és izomrendszer gyógyszereiből, főleg a nem steroid gyulladásgátlókból, az antihisztaminokból, az anxiolitikumokból és főleg idősebbeknél az altatókból: tehát olyan gyógyszerekből, melyek szedésénél mellékhatásokkal és/vagy interakciókkal számolni kell!

Az akut betegségekhez kapott gyógyszereket különösen a családnyak közül sokan nem váltják ki, egynegyedük nyilatkozott úgy, hogy ez velük többször előfordul. Ugyanakkor *szintén 25%-uk felelte azt, hogy készletben lévő gyógyszereikből másnak átadnak, vagy szükség esetén ismerőstől kérnek gyógyszert. Tetténérhető tehát három út a gyógyszerfogyasztásban:*

- *beteg-orvos-recept-gyógyszerész-gyógyszer,*
- *beteg-gyógyszerész-gyógyszer (OTC),*
- *beteg-(orvos-recept)-ismerős-gyógyszer.*

Tehát nem elhanyagolható arányban és mértékben létezik egy orvost, de egy orvost és gyógyszerészt kihagyó út is!

Persze „az előfordul, hogy másnak adja” egyegyedese arányú igen válaszokból nem az következik, hogy a rokonok, ismerősök gyógyszerátadása ilyen arányban helyettesíti a gyógyszerterápiát, de feltehető: a ki nem váltott receptek zömének háttérében a szomszédságtól, környezettől kapott („beszerezhető”), „másodlagos hasznosítású” – second hand – gyógyszerforgalom húzódik meg! Ebben az esetben *tovább gyengül, sőt ellehetetlenül mind az orvos, mind a gyógyszerész szaknácádói és szakmai kontroláló szerepe!*

A TANULMÁNYBAN HIVATKOZOTTVIZSGÁLATOK, IRODALMI FORRÁSOK

1. Dr. Pauka T., dr. Tóth I.: A gyógyszerfogyasztás Magyarországon. Fraternité Rt., Szonda Ipsos, Bp. 1995. – 2. Dr. Pauka T., dr. Tóth I.: Idősödők, családnyak és kamaszok gyógyszerfogyasztási szokásai. Fraternité Rt., Szonda Ipsos, Bp. 1996. – 3. Dr. Simon Kis G., dr. Tóth I., dr. Pauka T.: A lakosság gyógyszerfogyasztási szokásai és az átalakuló egészségügy hatása. Simon Patika Bt., Bp. 1996. – 4. Konfliktusok hálójában. Magángyógyászok Országos Szövetsége Munkacsoportja. Jelentés. Siófok 1997.

T. Pauka and I. Tóth: *Characteristics and changes of drug consumption on the basis of surveys among the population*

In the last 4–5 years the expansion of drug market, the increasing drug prices and the changes in subsidies given by the social insurance as well as the frequent modification of the regulation of drug prescription influenced the drug circulation significantly. Supposedly, those changes will influence the prescription of physicians, they will transform the role of pharmacists, whereas the patients, „consumers”, will look for alternative solutions. Authors give a survey on the conclusions of some experiences of three examinations.

The most important conclusions are following:

- the prescription of physician is decisively influenced by the financial situation of their patients and the drug prices,
- the patients are expecting more empathy and competent information from the pharmacist. It turned out, that the pharmacists cannot yet meet those demands, sufficiently.
- the patients consider one part of their drug expenses (especially patients of low income and suffering in acute diseases), as expenses to be saved, so a second hand circulation is taking shape avoiding the physician, pharmacy and pharmacist.

Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Orvostovábbképző Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet, Budapest, Szabolcs u. 35. – 1135

Nemzetközi Klinikai Gyógyszerészeti Kongresszus

A klinikai gyógyszerészeti szolgálat értékelése

1999. április 11–14. · Orlando, Florida



az AMERIKAI
KLINIKAI
GYÓGYSZERÉSZETI
KOLLÉGIUM

és az

EURÓPAI
KLINIKAI
GYÓGYSZERÉSZETI
TÁRSASÁG



közös rendezvénye

A szekciók témái:

- A klinikai gyógyszerészeti szolgálat értékelése
- Haladás a farmakoterápiában
- Eredeti kutatások, klinikai gyógyszerészeti szolgálat és programok, valamint folyamatban levő kutatások bemutatása előadás és poszter formában.

Összefoglaló formátumért és részletes programért forduljon az alábbi címekhez:

American College of Clinical Pharmacy
3101 Broadway, Suite 380
Kansas City, Missouri 64111 USA
Phone: 1/(816) 531-2177; Fax: 1/(816) 531-4990
E-Mail: accp@accp.com
World Wide Web: <http://www.accp.com>

European Society of Clinical Pharmacy
Theda Mansholtstraat 5b
2331 JE Leiden, The Netherlands
Phone: 31/71-5722430; Fax: 31/71-5722431
E-Mail: secretariat@escp-nl
World Wide Web: <http://www.escp.nl>

Az összefoglalókat 1998. október 15-ig postára kell adni; az összefoglalók bejelentése 1998. május 1. előtt történjék.

AKTUÁLIS OLDALAK

Gyógyszerészet 42. 215–217. 1998.

Munkajogi tanácsadó I. rész

Dr. Sándor István

A jogszabályokat nemcsak ismerni, de alkalmazni is kell. Alkalmazni viszont csak akkor tudjuk, ha ismerjük is azokat. No nem az újságból. Az ugyanis félrevezető lehet, már csak azért is, mert egy újság még a legjobb szándéka ellenére is sokkal kötetlenebb, színesebb, mint egy szigorúan hivatalos közlöny. Az „olvasó” inkább figyel a színekre, mint a színekkel kifejezett tartalomra. A jelen sorozat megindításával az a célunk, hogy segítsünk eligazodni azokban a munkajoggal kapcsolatos kérdésekben, amelyek egy közforgalmú gyógyszertár működése során felmerülhetnek. [Gyógyszerészi tevékenységet természetesen nemcsak közforgalmú gyógyszertárban végeznek, hanem kórházakban, közigazgatásban, illetőleg nagykereskedelemben és ipari üzemben is. Amiért mégis a gyógyszer „kiskereskedelem” területére koncentrálunk, annak az az oka, hogy számukat tekintve a közforgalomban dolgozók adják a foglalkoztatottak zömét, és mint vállalkozás (vagy szervezet) is ez a forma a legdöntőbb, legmeghatározóbb.] Így az ott előforduló kérdésekre kívánunk koncentrálni elsősorban, pontosabban azokra, amelyeket a Munka Törvénykönyvéről szóló (eddig 23-szor módosított) 1992. évi XXII. törvény (a továbbiakban esetenként MT) szabályoz.

A gyógyszerész amikor szakmai tevékenységét végzi, elsősorban a gyógyszerkönyvre és az egyéb írott vagy íratlan szakmai előírásokra figyel, de a gyógyszertárban tevékenykedők egyben *munkáltatók és munkavállalók* is. E minőségükben pedig az előbb említett törvény alapvetően meghatároz mindent, éppen ezért annak ismerete, sőt mi több, tudása elengedhetetlen, függetlenül attól, hogy e jogviszonyban, a munkaviszonyban, ki melyik oldalon áll. Ezt szem előtt tartva indítjuk el e sorozatot, bízva abban, hogy sikerül lehetővé tenni a könnyebb eligazodást a sokszor ugyan valójában nem is jelentős, de mégis alapvetően meghatározó kérdések útvesztőjében. Jobb a biztos rosszat tudni, mint a bizonytalan jót várni.

A továbbiakban a Munka Törvénykönyvét az abban foglalt rendelkezések sorrendjét követve ismertetjük, helyenként azonban – didaktikai okokból, a könnyebb érthetőség kedvéért – kénytelenek leszünk eltérni attól, de ezt minden esetben jelezni fogjuk.

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

A munkaviszonnyal kapcsolatos jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítésének alapvető szabályai

Együttműködési jogok és kötelezettségek

A munkáltató, az üzemi tanács és a munkavállaló a jogok gyakorlása és a kötelezettségek teljesítése során köte-

les együttműködni. Itt az üzemi tanács fogalmkörét kell tisztázni. Bár a közforgalmú gyógyszertárakban általában a munkavállalók száma nem éri el az ötvenegyet (amikor már kötelező üzemi tanácsot választani), sőt jóval alatta marad ennek, nem ritka az olyan gyógyszertár, ahol a munkavállalók száma a 15 (tizenöt) főt meghaladja. Az ilyen helyen pedig már – három évi időtartamra – üzemi megbízottat kell választaniuk a munkavállalóknak, akire viszont az üzemi tanácsra, illetve annak tagjaira vonatkozó szabályokat kell megfelelően alkalmazni.

A munkavállalóra vonatkozó adatok közlése

A munkáltató a munkavállalóra vonatkozó tény, adatot, véleményt harmadik személlyel csak törvényben meghatározott esetben, vagy a munkavállaló hozzájárulásával közölhet.

A munkavállalóra vonatkozó adatok statisztikai célra felhasználhatók és statisztikai célú felhasználásra – személyazonosításra alkalmatlan módon – átadhatók.

Nem jogellenes, sőt jogszabályban előírt kötelezettség a munkavállalóval kapcsolatos TB járulékok, személyi jövedelemadó bevallás stb. adatszolgáltatás, de tilos például minden olyan bérrel, életkorral, szakképesítéssel összefüggő adatgyűjtés ill. adatszolgáltatás, ami a jogszabályban előírt adatszolgáltatási körön kívül úgy történik, hogy abból a munkavállaló személye konkrétan beazonosítható. Nem esik e tilalom alá a korábban csak MIL-lapnak nevezett „igazolás” kiadása, amelyet a munkáltató a munkaviszony megszűnésekor állít ki (!) és amelynek tartalmaznia kell:

- a munkavállaló személyi adatait (név, leánykori név, anyja neve, születési hely, év, hónap, nap);
- a munkavállaló TAJ számát;
- a munkáltatónál munkaviszonyban töltött idő tartamát;
- a munkavállaló munkabéréből jogerős határozat vagy jogszabály alapján levonandó tartozást, illetve annak jogosultját (vagy annak igazolását, hogy a munkavállaló munkabérért ilyen tartozás nem terheli);
- a munkavállaló által a munkaviszony megszűnésekor évében igénybe vett betegszabadság (csak a betegszabadság és nem más címen járó szabadság) időtartamát.

Az előző felsorolásból is látható, hogy a munkavállaló bérére vonatkozó adatokat nem lehet közölni! (Ez az ún. „titoktartási” kötelezettség egyébként a munkavállalót is terheli, amint azt a későbbiekben látni fogjuk.)

Ugyancsak ide tartozik a *működési bizonyítvány* kiadásának kérdése, ezt ugyanis a munkáltató a *munkavállaló kérelmére* munkaviszonyának megszűnésekor, illetve

az azt követő egy éven belül köteles kiadni, és amely tartalmazza

– a munkáltatónál a munkavállaló által betöltött munkakört, és

– a munkavállaló munkájának értékelését.

Az utóbbi körülményről csak a munkavállaló kifejezett kérésére adható tájékoztatás.

A munkáltató jogos gazdasági érdekeit veszélyeztető magatartás tilalma

A munkavállaló a munkaviszony fennállása alatt – kivéve, ha erre jogszabály feljogosítja – nem tanúsíthat olyan magatartást, amellyel munkáltatója jogos gazdasági érdekeit veszélyeztetné. Munkaviszonya megszűnését követően e kötelezettség a munkavállalót ilyen tartalmú, megfelelő ellenérték fejében kötött megállapodás alapján és legfeljebb három évig terhelheti.

Az itt megfogalmazott általános tilalmat részletezi később az MT, amikor kimondja, hogy a munkavállaló köteles a munkája során tudomására jutott üzemi (üzleti) titkot, valamint a munkáltatóra, illetve annak tevékenységére vonatkozó alapvető fontosságú információkat megőrizni. Ezen túlmenően sem közölhet illetéktelen személlyel olyan adatot, amely munkaköre betöltésével összefüggésben jutott tudomására, és amelynek közlése a munkáltatóra vagy más személyre nézve hátrányos következményekkel járna. Ugyancsak ide kapcsolódik az a rendelkezés is, mely szerint „a munkavállaló, ha a munkaviszonyának fennállása alatt további munkaviszonyt vagy munkavégzésre irányuló jogviszonyt létesít, köteles azt a munkáltatójának bejelenteni, és a munkáltató – eltérő megállapodás hiányában – a további jogviszony létesítését csak akkor tilthatja meg, illetve a munkavállalót annak megszüntetésére akkor kötelezheti, ha a további (munka) jogviszony a jogos gazdasági érdekeit veszélyeztetné”.

A törvény nem sorolja fel tételesen – mert az egyébként is lehetetlen lenne – mindazokat a magatartásokat, amelyek munkavállalói oldalról veszélyeztethetnék a munkáltató jogos gazdasági érdekeit, így minden példálódzó felsorolás is csak hiányos lehetne. Mindenesetre ide tartozónak kell tekinteni minden olyan magatartást, amely a gyógyszerész működését hátrányosan érintheti. Így a gyógyszerész pénzügyi helyzetével kapcsolatos adatok – másokkal történő közlése – beleértve a munkavállaló saját bérére vonatkozó adatokat is, a vállalkozás tervezett bővítésének, jövőbeni elképzeléseinek, üzletpolitikájának illetéktelen személlyel való megismertetése. De nem elképzelhetetlen az sem – bár ez már nem annyira a közforgalmú gyógyszerész szintjén megjelenő probléma –, hogy üzletrész, érdekeltséget szerez a „versenytárs”-nál a munkavállaló. Egyébként a munkáltató megtilthatja a munkavállalójának az olyan további jogviszony létesítését is, ami ugyan a főállású munkaidőn kívüli időre vonatkozna (így például az éjszakai munka elvállalását máshol), de ami kihatással lehetne arra, hogy a munkavállaló megfelelően tudja-e a munkáját napal a gyógyszerészertárban végezni.

A rendeltetésszerű joggyakorlás

A Munka Törvénykönyvében meghatározott jogokat és kötelezettségeket rendeltetésüknek megfelelően kell gyakorolni, illetőleg teljesíteni. A jog gyakorlása különösen akkor nem rendeltetésszerű, ha az mások jogos érdekeinek csorbítására, érdekérvényesítési lehetőségeinek korlátozására, zaklatására, véleménynyilvánításának elfojtására irányul, vagy erre vezet.

A rendeltetésellenes joggyakorlás hátrányos következményeit megfelelően orvosolni kell.

A rendeltetésszerű joggyakorlás követelményének előírása általános szabály, és minden olyan esetben alkalmazandó (illetve alkalmazható), amikor látszólag „nem is történt” konkrét jogsértés, de egyben a joggal való visszaélés tilalma is érvényesül. A jogalkotó (és ez nemcsak a magyar jogban van így, hanem a hön állított uniós jogokban is) az egyenlő felek elvét kívánja biztosítani, azaz azt, hogy a munkajogi jogviszonyokban a munkáltató ne lehessen az uralkodó fél.

Nem rendeltetésszerű tehát az a joggyakorlás például, amikor a munkáltató az egyébként határozatlan idejű munkaviszonyt azért módosítja (természetesen a munkavállalóval „egyetértésben”) határozott idejűre, hogy ezzel szabaduljon a rendes felmondás esetén járó fizetési kötelezettségektől. Erről egyébként részletesen lesz még szó.

Sok esetben azonban a nem rendeltetésszerű joggyakorlás kifejezetten jogellenes, még akkor is, ha abban a munkáltató és a munkavállaló a legnagyobb testvériség jegyében egyetért. Gondolok itt elsősorban arra a – nem gyógyszerész területén – igen sokszor előforduló esetre, amikor a munkaszerződésben a levonások és közterhek csökkentése miatt, nem a tényleges munkabért tüntetik fel, hanem annál (sokkal) alacsonyabb összeget, a különbözetet meg zsebből fizetik. Ez már kifejezetten jogellenes!

A jognyilatkozatok

A jognyilatkozatok mint gyűjtőfogalom azokat a felek által tett, akaratukat kifejező nyilatkozatokat jelentik, amelyekhez valamilyen jogi hatás fűződik, azaz jogviszonyt keletkeztetnek, szüntetnek meg, avagy módosítanak.

A munkaviszonnal kapcsolatos nyilatkozatokat – ha munkaviszonyra vonatkozó szabály eltérően nem rendelkezik – alaki kötöttség nélkül lehet megtenni, azaz akár szóban, akár írásban. A jog ismeri a ráutaló magatartást is, amikor a nyilatkozatot úgy tesszük meg, hogy „meg sem szólalunk”. Ez a munkajog területén leginkább az olyan esetekben fordulhat elő, amikor egy másik fél álta! megtett jognyilatkozatra nem reagálva, elfogadjuk azt.

Az alaki kötöttség megsértésével tett nyilatkozat érvénytelen. (Nem semmis, mert talán orvosolható az érvénytelenség, azaz érvényessé tehető.) Ilyen például a munkaszerződés, ami csak írásban lehetne köthető, de...

Ha a munkáltató intézkedése ellen a munkavállaló jogorvoslással élhet, úgy a munkáltató köteles azt írásban megtenni, és abban az intézkedését indokolni, valamint a

munkavállalót a jogorvoslat módjáról és határidejéről oktanni.

A szóbeli nyilatkozat azonnal közöltnek minősül, ideértve a telefonon tett nyilatkozatot is.

Az írásbeli nyilatkozat akkor tekinthető közöltnek, ha azt az érdekeltnak vagy az átvételre jogosult személynek adják át. (Az átvétel megtörténtét az érdekelttel célszerű igazoltatni a későbbi viták elkerülése végett.)

A közlés akkor is hatályos, ha az átvételt az érdekelte megtagadja vagy szándékosan megakadályozza; erről jegyzőkönyvet kell felvenni, lehetőleg teljes bizonyító erejű magánokirati formában, azaz két tanú jelenlétében és aláírásával. A felmondás az átvételének megtagadása esetén is hatályos például, és így az ellene előterjeszhető jogorvoslati lehetőség határideje is megtagadástól számít.

Határidők számítása

Napon – ha munkaviszonyra vonatkozó szabály eltérően nem rendelkezik – *naptári napot* kell érteni. A napokban megállapított határidőbe nem számít be az a nap, amelyen a határidő megkezdésére okot adó intézkedés (pl. kézbesítés) történt. Ha például egy felmondást április 17-én pénteken kézbesítették ki, adták át a munkavállaló részére, és a munkavállaló – mert azt sérelmesnek tartja – 15. napon belül kezdeményez egyeztetést, úgy ezt legkésőbb május 2. napján, szombaton kell megtennie. Azon-

ban, ha a valamely nyilatkozat (jelen esetben egyeztetés kezdeményezése) megtételére előírt határidő utolsó napja szombat, vasárnap vagy munkaszüneti nap, a határidő a következő munkanapon jár le. A példánkban tehát a munkavállaló 4-én hétfőn teheti meg a nyilatkozatát, azaz kezdeményezheti az egyeztetést.

A *hetekben* megállapított határidő azon a napon jár le, amely elnevezésénél fogva a kezdőnapnak felel meg. (Egy hétfőn kézbesített intézkedésnél az egy hetes határidő a következő hét hétfőjén jár le.)

A *hónapokban* vagy *években* megállapított határidő (időtartam) lejáratának napja az a nap, amely számánál fogva a kezdő napnak megfelel. Ha ez a nap a lejárat hónapjában hiányzik, a hónap utolsó napja (pl. a január 31-én „kezdődő” egy hónapos határidő február 28-án avagy 29-én jár le.)

Az MT-ben meghatározott határidő elmulasztása akkor menthető ki, ha azt a törvény kifejezetten megengedi. (Ilyen pl.: az előbb már említett egyeztetés kezdeményezésére előírt 15 napos határidő elmulasztása is.)

Megjegyzendő még, hogy ha valamely intézkedésre adott válasz írásbeli nyilatkozat, úgy az tekinthető nem lejárnak, ha azt ajánlott levélként, a határidő utolsó napján 24 óráig adták postára. (Fax válaszra is ugyanez a határidő vonatkozik.)

I. Sándor: *Adviser in law of labour I. part*

Országos Gyógyszerészeti Intézet, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

**A Magyar Gyógyszerészeti Társaság telefonszáma
1998. június 1-jétől: 318-1573-ra változik
Kérjük a változás bejegyzését.**

Köszönettel: MGYT Titkárság

KONSZENZUS KONFERENCIA A HAZAI BIZTONSÁGOS ÉS KORSZERŰ GYÓGYSZERES KEZELÉSRŐL

I. RÉSZ

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat Gyógyszer, Gyógyászati Segédeszköz és Gyógyfürdő Bizottsága az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral közösen 1998. február 20–21-én konferenciát rendezett a címben jelzett témáról a döntés-előkészítők, döntéshozók és végrehajtók, valamint a társadalmi szervezetek bevonásával. A konferencia különleges jelentőségét adja, hogy az eredeti elképzelések szerint jövő év január 1-jétől a TB támogatási rendszer megújítását tervezik, és ennek előkészítését szolgálta a konferencia. A konferencia előadásainak rövid közleményként való megjelentetése és az esetenként ütköző vélemények közzététele az előadók és az érintett társadalombiztosítási vezetők egyetértésével vált lehetővé. Összeállításunk második és egyben befejező részét a következő Gyógyszerészetben jelentjük meg.

Gyógyszerészet 42. 218–233. 1998.

Gyógyszerárak és támogatások Európában

Dr. Pékli Márta

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) felméréseket végzett a születéskor várható élettartam, mint az egészséges életet jelző egyik mérőszám tekintetében. Amíg az EU tagállamokban 1970-től 1993–94-ig a születéskor várható élettartam 72 évről folyamatosan nőtt 78 évre, addig a közép-kelet európai régióban 68 évről az említett idő alatt mindössze átlagosan 70 évre emelkedett és változása több törést is mutat. Ebből is látható, hogy jónéhány lépést kell még tenni a felzárkózásig, ill. az egészség fokozottabb megőrzéséig.

Az egészségügyi kiadásokra az EU tagállamokban a GDP általában 7–10%-át fordították (Magyarországon az utóbbi években ezen érték 6–8% között volt). A gyógyszerkiadások az EU tagállamokban 0,1–1,6%-ot tesznek ki (Magyarországon ez 1,7%, bár nálunk ebbe beleértendők a tápszerek és a kötszerek, amelyek az EU tagországokban nem tartoznak a gyógyszerkörbe).

Ezen statisztikai adatokat mechanikusan szemlélve nincs jelentős különbség, azonban kétségtelen tény, hogy országoként és lakosságszámra vetítve is változó az egészségügyre fordított keret, továbbá az sem mindegy, hogy milyenek a morbiditási mutatók az adott országban, illetve epidemiológiailag milyen területről van szó stb.

Magyarországon mintegy 150 Md Ft az éves gyógyszerforgalom. A gyógyszer-világpiac 296 Md USD értékű, melyből Európa 29,3%-ot képvisel. Ez a piac évről-évre nő, 1996-ban a növekedés átlagosan 6% volt. Az első 7 európai országot tekintve ugyanezt az adatot találjuk.

A gyógyszerárak vonatkozásában a legtöbb EU tagállam referencia-árrendszert alkalmaz: néhány európai országot, vagy az európai átlagát. Itt jegyezzük meg, hogy Magyarország 1996-ig a francia, a spanyol, a görög és a cseh árakat tekintette referenciaárnak, 1997-ben pedig többnyire a francia és a spanyol árakat, melyek a legalacsonyabb európai árkategóriába tartoznak.

A finanszírozási rendszert tekintve két nagyobb modellt találunk Európában. Az egyik a Bismarck-i, német modell, a másik a Beveridge, vagy angol modell. A kettő között az alapvető különbség az, hogy a Bismarck-i az egészségbiztosítás finanszírozására alapoz, míg a Beveridge modell kormánytámogatással működik. Természetesen ezek nem teljesen tiszta modellek, valamint idő-

ben is változnak. A lakossági hozzájárulás (co-payment) változó az egyes modellekben ill. országokban, és általában az átrendezőségek a lakossági hozzájárulás – igaz, általában nem drasztikus mértékű – emelkedésével járnak.

Az egyes országok különböző módszereket alkalmaznak arra, hogy költségeiket csökkentsék ill. hogy alacsonyabb gyógyszerárakat tudjanak elérni, továbbá megfelelően el tudják látni a lakosságot. Ilyen pl. a pozitív és negatív lista alkalmazása, ami azt jelenti, hogy csak a pozitív listán szereplő gyógyszerek írhatók receptre, ill. kaphatnak magas támogatást, a negatív listán szereplők pedig egyáltalán nem. Alkalmaznak ezenkívül:

- árkontrollt (minden ország, kivéve Dániát, Németországot és az Egyesült Királyságot),
- profitkontrollt (Egyesült Királyság),
- promóciós költségkontrollt (Franciaország, Spanyolország, Egyesült Királyság),
- referencia árrendszert (Dánia, Németország, Hollandia, Svédország, Olaszország),
- egyre gyakrabban farmakoökonomiai tanulmányokat (Svédország, Franciaország, Belgium, Olaszország).
- Kaphat limitált büdzsét az orvos a gyógyszerek felírására (Németország, Írország, Olaszország, Egyesült Királyság),
- alkalmazhatnak generikus helyettesítést (Dánia, Finnország, Hollandia) stb.

A volt szocialista országokban, a közép-kelet európai régióban kialakult demokráciákban a gyógyszer-árképzés és a gyógyszerár-támogatás különböző módon és általában nem egységesen szervezeten működik. Csupán Csehországban és Magyarországon van jogszabályi háttérrel megalapozott rendszer. Lengyelországban ez jelenleg kidolgozás alatt van, bár a gyógyszergyárak intenzív privatizációja a folyamatot késlelteti. Csehországban a nemzeti valuta leértékelése hat negatív irányban. Magyarországon az EU tagállamokat megközelítő szabályozott rendszer működik.

(A szerző e témáról a Gyógyszerészet előző számaiban kétrészes közleményben részletesebb adatokat ismertetett. – a szerk.)

M. Pékli: *Drug prices and subsidies in the Europa.*

A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásának jelenlegi helyzete

Dr. Hetényi László

A társadalmi-gazdasági fejlődés bizonyos fokán szükséges a lakosság gyógyszerköltségeinek támogatása. Ez a finanszírozási feladat megvalósulhat az állami költségvetésből, illetve társadalombiztosítási rendszeren keresztül.

Magyarországon a gyógyszerek árának támogatása jelenleg társadalombiztosítási rendszeren keresztül történik. Az ilyen ártámogatás alapvetően három típusba sorolható:

- értékhatáros,
- százalékos, valamint
- fix összegű támogatási szisztéma.

A jelenlegi hazai gyógyszer-ártámogatás rendszere 1898–90 óta a százalékos és a fix összegű szisztéma kombinációján alapul.

Rövid történeti előzmény

1. Az 1891. évi XIV. törvény az ipari munkások kötelező egészségbiztosításáról rendelkezik. A törvény többek között ingyenes 20 hetes orvosi és gyógyszeres kezelést tett lehetővé a biztosítottak részére.

2. Az 1972. évi II. törvény az egészségügyről, valamint a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény rendelkezései szerint a gyógyszerekért a biztosítottak térítési díjat fizettek. A „térítési díjas” rendszerben – a gyógyszerek árából csak bizonyos mértékben függően – a biztosítottak igen alacsony értékhatárok közötti összeget térítették a gyógyszer árából. A gyógyszergyárak és a gyógyszerkereskedők (gyógyszertári központok) ún. ár-ill. árréskiegészítést kaptak a költségvetéstől.

3. A 80-as évek végére nyilvánvalóvá vált, hogy az egészségügyi finanszírozás rendszerét alapjaiban kell megváltoztatni. Ennek egyik lépése volt a gyógyszer-támogatási rendszer átalakítása. 1989. január 9-én a 85/1988. (XII. 15.) MT rendelettel került bevezetésre a gyógyszerek árának százalékos tb. támogatási rendszere. Az akkori támogatási kategóriák: 100%, 90%, 80%.

A térítésmentesség fogalma ugyan megszűnt, de a népjóléti miniszteri rendeletekben tovább élt az ingyenes hozzáférhetőségi kategória.

4. A 89/1990. (V. 1.) MT rendelet – ami később többször módosításra került – a támogatási kategóriákat 50%, 80%, 95% és 100% csoportokra osztotta ill. bevezette a meghatározott összegű támogatást is.

5. A tovább növekvő társadalombiztosítási kiadások és a tb. egészségbiztosítási stratégiájának 1993-as új alapokra helyezése miatt szükségessé vált a gyógyszer-támogatási rendszer általános megváltoztatása. Az új rendszer a 11/1995. (II. 8.) Kormányrendelet és a 2/1995. (II. 8.) NM rendelet alapján került bevezetésre.

A gyógyszerár-támogatási rendszer és változásai

Az 1995. március 1-jén bevezetett „alapvető” gyógyszerlista 90%, 95%, 100%, a normatív támogatás pedig 0%, 40%, 70%, és fix összegű támogatásban részesült. Az

„alapvető” gyógyszerlista az idős és a krónikus betegek kezelésére alkalmazható gyógyszereket tartalmazza. A gyógyszerek jelentős része azonban társadalombiztosítási támogatásban nem részesült.

Az 1996. május 1-jei változást követően az „alapvető” gyógyszerlista 90% és 100%, míg a normatív támogatásban részesülő 0%, 50%, 70% és fix összeggel került támogatásra. Megszűnt tehát a 95%-os kulcs, és az érintett készítmények nagy része 90%-os támogatási kategóriába lett átsorolva. A 40%-os támogatási kulcsba tartozó gyógyszerek az 50%-os illetve a 0%-os kategóriába kerültek.

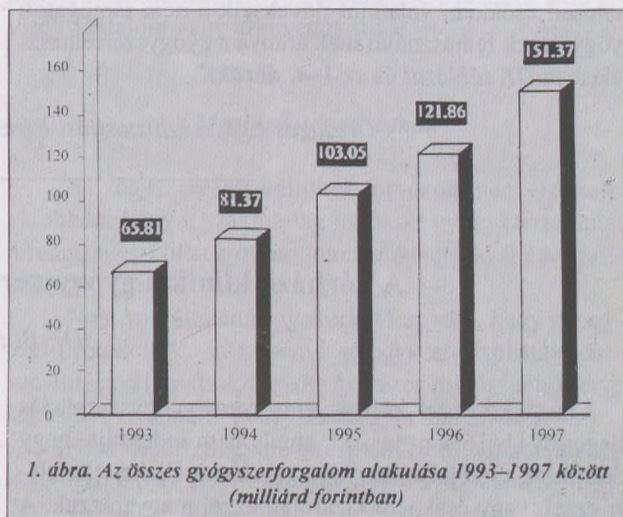
1998. január 1-je óta az „alapvető” gyógyszerlista továbbra is 90% és 100%, míg a normatív támogatású 0%, 50%, 70%-ban és fix összegű támogatásban részesül.

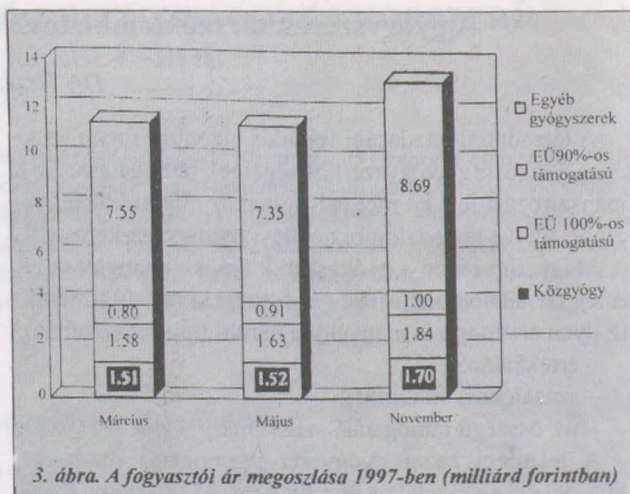
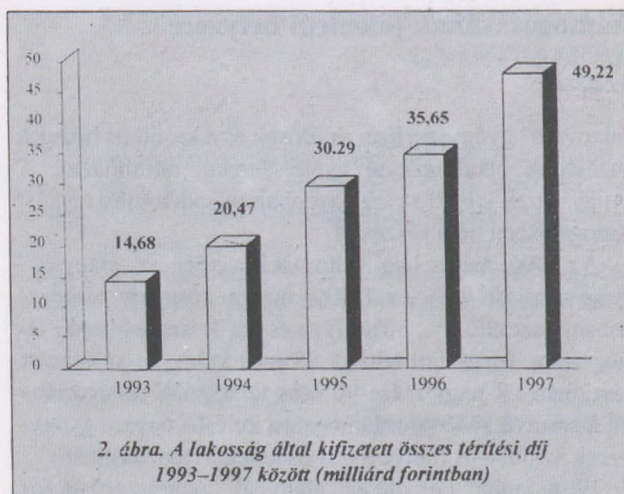
A korábbi évekhez képest a támogatási kategóriákban változás nem történt, de a fix összegű támogatás esetében a 217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet lehetővé teszi a betegségcsoportok szerinti támogatást. Lényeges módosítást jelent viszont, hogy ez év januárjától bevezetésre került a nem támogatott gyógyszer fogalma. A gyártó a miniszteri rendelet alapján negyedévente megjelenteti a törzskönyvezett és forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező készítményeit. Ezek a gyógyszerek az általa bejelentett áron forgalmazhatók, de társadalombiztosítási támogatásban nem részesülhetnek.

A társadalombiztosítási támogatás alapjául szolgáló ár elfogadásának szempontjai:

- a népjóléti miniszter által elfogadott árak kerülnek kihirdetésre,
- az árakra az NM, az OEP és a PM képviselőiből álló közös bizottság tesz javaslatot a forgalmazókkal folytatott ártárgyalás alapján,
- az árak kialakításánál az alábbi szakmai és finanszírozási szempontokat veszik figyelembe:
 - referencia ár: hazai és külföldi,
 - terápiás költség vizsgálat DDD alapján,
 - költség vizsgálat a biztosító és a biztosított szempontjából.

A gyógyszerek tb. támogatási kategóriákba sorolásá-





nak követelményrendszerét a népjóléti miniszter és az Egészségbiztosítási Önkormányzat 1996. decemberben a Népjóléti Közlönyben közzétette.

A gyógyszerköltségek elemzése

A gyógyszerforgalmazásban 1989–90-től jelentősen megnőtt a gyógyszerválaszték és ezzel javult a gyógyszerellátás színvonala. A forgalmazott készítmények száma 1990-ben még csak 1086 (ebből 323 import) volt, de 1993-ban már 2015 (ebből import 1037). Az elmúlt évek változásait az I. táblázatban összegeztük.

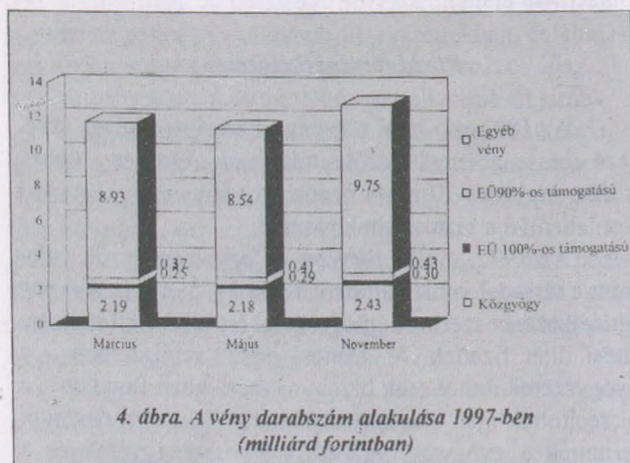
I. táblázat

A forgalomban lévő gyógyszerek száma 1994–1998

Év	1994.	1995.	1996.	1997.	1998.
Gyógyszerek száma	2350	3410	4349	4612	4715

Gyógyszerforgalmi adatok

A gyógyszerforgalom értékelése során vizsgáltuk a lakosság és a társadalombiztosítás gyógyszerköltségeinek változását 1993-tól. Általános megállapítás, hogy a lakossági kiadások az 1993. évi alapokhoz viszonyítva közel 300%-kal, a társadalombiztosítás költségei 200%-kal növekedtek 1997. évre. Ennek magyarázata, hogy a támogatott gyógyszerek árához nyújtott támogatási szint folyamatosan csökken, valamint növekszik a nem támogatott gyógyszerek felhasználásának aránya a gyógyszerfelhasználásban (II. táblázat és az 1–4. ábrák).



II. táblázat

A gyógyszer-támogatás és a térítési díj %-os alakulása 1993–1997 között

Év	1993.	1994.	1995.	1996.	1997.
OEP tám. szint (%)	77,2	72,6	66,9	65,0	66,1
Költségvetési tám. szint (%)	–	3	5,1	5,3	5,5
Lakossági térítés (%)	22,8	24,4	28	28,7	28,4

L. Hetényi: *The present situation of drug subsidies given by the social insurance.*

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, Váci út 73/b. – 1139

A kórházi, klinikai gyógyszerellátás – tények és tennivalók

Dr. Botz Lajos

A hazai kórházak költségvetésében a gyógyszerkiadás átlagosan 11–16%-ot tesz ki, amely nem indokolja, hogy a kórházak csődhelyzetét vagy gazdasági ellehetetlenülését ezzel, vagy csaknem kizárólag ezzel magyarázzuk. A

23 legiparosodottabb országban az egészségügy költségeinek kb. 8–24%-át a gyógyszerkiadások jelentik (az utóbbi években ez az érték az 1970 óta tartó csökkenést követően ismét nő!).

A WHO Európai Regionális Irodája által 1997-ben közzétett tanulmány szerint Nyugat-Európában a gyógyszerekre fordított kiadások a 80-as évek óta gyorsabban emelkednek, mint az összes többi egészségügyi kiadás. A költségek kézben tartására bevezetett intézkedések (úgy mint: receptkeret meghatározása, profitok-ellenőrzése, referencia árrendszer, költség megosztás a beteggel) egyike sem bizonyult a Hivatal vélekedése szerint „kimondottan sikeresnek”.

A kórházi gyógyszerköltségek elemzése sok tekintetben speciális megközelítést, ismeretet kíván. A problémafeltáró szándékú elemzések során gyakran (még) azt sem veszik figyelembe, hogy a kórházi gyógyszerfelhasználás „struktúrája” lényegesen eltér a járóbeteg-ellátás során alkalmazott gyógyszerektől. A kórházak gyógyszerkiadásainak ugyanis kb. 60–70%-át antibiotikumok, citosztatikumok, anesztéziához szükséges gyógyszerek és kontrasztanyagok teszik ki. Így érthető, hogy alig 100–150 gyógyszer képezi kiadásuk kb. 70%-át.

A kórházak gyógyszerfinanszírozási gondjait egy példa segítségével jobban megérthetjük. Gondoljuk végig, hogy mi történt volna az elmúlt években, ha a biztosító a kórházak számára a járóbeteg-ellátás gyógyszer „elszámolásához” hasonlóan a betegek gyógyítása során felhasznált gyógyszerköltségeket elszámolta, illetve finanszírozta volna (a technikai akadályoktól most tekintsünk el). Minden bizonnyal sokkal kevesebb kórház jutott volna „problematikus” gazdasági helyzetbe, hiszen nem kényszerült volna arra, hogy erőforrásait (is) átcsoportosítva biztosítsa betegei számára a gyógyszereket. Ugyanakkor a biztosító közvetlenül szembesült volna a kórházi betegek tényleges gyógyszerterheivel (hasonlóan a járóbeteg-ellátáshoz).

Röviden tekintsük át, hogy milyen változások is vezettek a jelenlegi, valóban sok problémával terhelt helyzethez?

– *A gyógyszerek számának bővülése, amely „példátlan” módon történt.* Szokatlanul nagy számban kerültek a gyógyításba a gyakran új hatóanyagot tartalmazó, újonnan törzskönyvezett gyógyszerkészítmények. Az alkalmazásukhoz szükséges ismeretek „feldolgozása”, vagyis a helytálló terápiába illesztésük problematikusá vált.

– *Szokatlan gyógyszerterjesztési és „ráhatási” gyakorlat, valamint információ-átadás honosodott meg.* A céges gyógyszerinformáció dömpingszerűen terjedt el, míg a szakmai oldal tapasztalatlanságai miatt az így nyújtott információk asszimilálása sokszor téves és drága terápiás gyakorlat kialakulásához vezetett. A személyes érdekeltségek elsődlegessége és ezek konzerválása, valamint, több más – ismert – ok hatásaként pedig diszharmónia keletkezett a gyógyszerválasztás során az intézeti (kórházi) és egyéni érdekek között.

– *A „piaci” gyógyszerárak rázúdítása a felhasználókra.* A hazánkban törzskönyvezett sok új gyógyszerkészítménnyel biztosítható gyógyszerterápia ára lényegesen meghaladta (meghaladja) a korábbiét. Az új gyógyszerekkel elérhető jobb eredmény (rövidebb gyógyulási idő,

jobb életminőség stb.) ára azonban többnyire nem (vagy még nem) az általánosan elfogadott módon jelent meg a megnövekedett gyógyszerárak ellentételeként.

A 25/1997. (VIII. 22.) NM rendelet értelmében a kórházi gyógyszerek jelentős számban kerültek át a termelői ár tekintetében „szabadárás” kategóriába. A negyedévenkénti „lista”-árváltoztatás lehetősége nagyobb szabadságot adhat a kontroll nélküli áremelésre. A mértéktartást garantáló, vagy csak arra figyelmeztető kontroll beépítése fontos feladat lenne. Azon intézmények száma ugyanis, amelyek olyan beszerzési -optimalizálással (saját árképzési stratégiával stb.) rendelkeznek, amely önállóan is kellő védelmet adhatna az árak mérséklésére, jelenleg még igen csekély.

Itt ismét utalni lehet a WHO Európai Regionális Hivatala által 1997-ben közzétett anyagra, amely szerint a kelet-európai országokban a gyógyszerárképzés és annak szabályozása „kaotikus és kezelhetetlen fejlődéshez vezetett”, és ez magas árakat is eredményez.

A kórházi fertőzések kezelésében gyakran súlyos problémát jelent a Staphylococcus infekció. A kezelés során alkalmazható gyógyszerek tekintetében a hazai és holland kórházak tényleges beszerzési árainak összehasonlítása során megállapítottuk, hogy a készítmények közel egyharmada kb. 40–50%-kal olcsóbb, egyharmaduk hozzávetőleg azonos árszinten van, míg egyharmaduk számottevően drágább hazánkban. Az ilyen összehasonlítások az árösszevetések komplexebb szempontjait integráló módszerek fontosságát húzzák alá.

Pozitív változások

A korunk színvonalán biztosítható gyógyszerterápia hazánkban is elérhetővé vált. Nagyobb terápiás lehetőségek állnak a rendelkezésünkre, sikeresebb gyógyszeres terápiára nyílt lehetőség, ugyanakkor ezek eredményét még nem tudjuk kifejezni, ugyanis nem alkalmaznak olyan metodikákat, amelyek az eredményességet számszerűsítve (erre van ugyanis egyedül fogadókészség vagy képesség) is fel tudnák mutatni. Az is kétségtelen, hogy az „eredmény”, vagy annak jó része, csak időben később válik egyértelművé; illetve az eredményesség jelentős része nem is számszerűsíthető (pl. csökkent-e a betegek által elviselt fájdalom vagy szenvedés stb.).

Meglévő negatívumok

– A gyógyszereszt irányítók (orvosok) nem érdekelték abban, hogy a szakmailag indokolt gyógyszerterápiát a lehetséges költség-optimumon biztosítsák, illetve tartásák.

– Nem vált általános gyakorlattá az sem, hogy gyógyszer-protokollok, intézményi gyógyszer-alaplisták összeállításával javítsák a gyógyszereszt minőségét, illetve segítsék a racionális gyógyszerterápia kialakítását.

– Nem ismert, hogy az intézmények és a biztosító közötti elszámolás alapját jelentő „HBCS”-n alapuló finan-

szírozás milyen arányban tartalmazza a gyógyszerköltségeket.

– A kórházak tökehiánya, felkészületlenségük a gyökerezés változásra nem tette lehetővé, hogy az emelkedő gyógyszerkiadásai miatt (is) fellépő gazdasági gondjait hatékony eszközökkel, infrastruktúra fejlesztéssel (protokollokkal és „unit-dose”-al) enyhíthessék. Annak feltételeivel sem rendelkeztek, hogy olyan gyógyszerellátást és elszámolást teremtsenek meg, amely zárt „úton” és dokumentáltan juttatja el a betegig a gyógyszereket, lehetővé téve ezzel a kórházi gyógyszerfelhasználás, pl. tételes elszámolását.

– A jelenlegi gyakorlat szerint a kórházak lehetőleg a számukra legkedvezőbb beszerzésű, azaz számukra legolcsóbb gyógyszereket ajánlják az elbocsátott betegeknek. A kórházak saját költségvetésük terhére nem vállalják, hogy a biztosító számára a járóbeteg-ellátásban kedvezőbb árú készítményt használják majd ajánlják, azokban az esetekben is, ha ezek intézeti árai esetleg sokkal kedvezőtlenebbek.

– Kórházaink havi tényleges gyógyszerfelhasználási jelentései nem vonják maguk után a gyógyszerköltségeik biztosító általi elismerését, ellenben a közforgalmú, vagy járóbeteg-ellátás finanszírozásával. Így állhat elő, hogy a kórházban kezelt beteg számára az intézeti költségekből már ki nem gazdálkodható gyógyszereket „recepten keresztül” finanszírozza a biztosító. A kórházba kerülő, már rendszeresen gyógyszert fogyasztó betegek számára az intézményeknek azokat a készítményeket is ingyenesen kell biztosítaniuk, amelyek nem a kórházi ellátással vannak közvetlen összefüggésben. Ezen készítmények költségeinek a biztosító számára is előnyös elkülönített elszámolása, megoldható lenne.

– A kórházak gyógyszerbeszerzési technikái sem alkalmazkodtak igazán a megváltozott piaci helyzethez. Úgy tűnik, nem jelentett segítséget a közbeszerzési törvény alkalmazása sem. A múlt év során öt közbeszerzési eljárást alkalmazó és öt „hagyományos” szállítási szerződések alapján eljáró kórház adatait hasonlítottuk össze. A kórházak hat havi gyógyszerbeszerzéseinek elemzése során a parenterális antibiotikumok és anesztetikumok tényleges beszerzési árait gyűjtöttük ki. Megállapítottuk, hogy a közbeszerzési eljárással realizált gyógyszerárak – tender jutalék nélkül is – magasabbak voltak (átlagosan 9%-kal).

Teendők, javaslatok:

Biztosan állítható, hogy nincs olyan javaslat („csodaszert”), amely egycsapásra megoldaná a problémákat anélkül, hogy a jelenlegi jó-rossz ellátási színvonal megőrzését is lehetővé tenné. Érthető, hiszen társadalmunk, gazdaságunk problémái az egészségügyben, és így a kórház-ügyben is megjelennek.

1. Intézményi gyógyszer alaplístát, illetve gyógyszerelési protokollokat kell kidolgozni.

2. A betegig dokumentált kórházi gyógyszerfelhasználás bevezetését kell elősegíteni, támogatni.

3. A HBCS-k „tényleges” gyógyszerartalmát fel kell mérni.

4. A termelői ár tekintetében szabadáras kórházi gyógyszerek „árkabantartására” megoldást kell találni.

5. Az intézményi teherviselést kizárólag a közvetlenül kórházi betegellátáshoz szükséges gyógyszerek finanszírozására kell(ene) korlátozni, természetesen megoldást adva arra is, hogy elszámolásra kerüljenek a már kórházba kerülés előtt is krónikusan szedett gyógyszerek. A változó ellátási gyakorlathoz igazodva újra kellene értékelni a kórházi és járóbeteg-ellátás elhatárolásának szempontjait is.

6. A kórházak gyógyszerbeszerzései tekintetében gazdaságilag előnyös megoldásokat kellene érvényesíteni. Józanul és tényadatokra támaszkodva értékelni kellene – végre – az elmúlt évek ilyen jellegű gyógyszerkiadásait.

7. A farmakoökonómiai szempontokat, kritériumokat nagyobb arányban kellene érvényesíteni a gyógyszerfinanszírozás döntési mechanizmusában.

8. A kórházban viszonylag rövid kezelési idő alatt beállított, majd a járóbeteg-ellátásban tartós szedésre ajánlott gyógyszerek tekintetében hatékonyabban kellene közelíteni az intézeti és biztosítói érdekeket.

A kórházi „gyógyszerügy” alaposabb ismerete nélkül is megállapítható, hogy olyan „beteggel” állunk szemben, „akiről” még az sem mondható ki biztosan, hogy a helyes „diagnózist” ismerjük. Így a következtetés levonása során azt is ki kell mondanunk, hogy bármilyen szakmai ismereteket mellőző, túlzó magabiztossággal ajánlott „(sokk)terápia” sikere kérdéses, vagy a „jövendőmondás” bizonytalanságát hordozza.

L. Botz: *Hospital and clinical drug supply – facts and tasks*

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Pécs, Homvéd u. 3. – 7624

Rendezett-rendelést. A házi orvos gyógyszerrendelési lehetőségei – korlátai

Dr. Békássy Koppány

A házi orvosi ellátásról szóló 6/1992. NM rendelet mellett az 1993-ban elfogadott „A családorvoslás hatásköri listája”, az ún. kompetencia lista határozza meg a házi orvos feladatait. A hatásköri lista a házi orvostani szakvizsgával rendelkező házi orvosok számára határozza

meg azt az ismeretanyagot, tevékenységi kört, melynek birtokában feladataikat a legmagasabb, az elvárt szinten tudják ellátni. Nyilvánvaló, hogy a házi orvosi ellátásban ma tevékenykedő orvos a listában meghatározottaknál szűkebb területen dolgozik, dolgozhat. Ennek oka rész-

ben a hiányzó eszközrendszerekben keresendő. A kompetencia lista meghatározza azon tevékenységi kört, melynek keretében a háziorvostan szakorvos tevékenykedhet. Vizsgáljuk meg, hogy a jelenlegi gyógyszerrendelési szabályok mennyiben szolgálják ezt a célt.

Belelapozva az 1958-ban kiadott „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” c. kiadványba – amit az Egészségügyi Minisztérium Gyógyszerészeti és Műszerügyi Főigazgatósága adott ki – megállapíthatjuk, hogy ha növekedett is a gyógyszerek száma (napjainkra persze az ára is), az egészségügy ezen szelete nem sokat változott. Könnyebb lehetett az eligazodás a 40 évvel ezelőtti készítmények között, hiszen a hivatkozott kiadvány a készítmények előállítói között Ch. (Chinoin), Chp. (Chemapol, Csehszlovákia), D (Debreceni Gyógyszergyár), E. Gy. T. (Egyesült Gyógyszer- és Tápszergyár), Human (Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet), K. Gy. (Kőbányai Gyógyszerárugyár), Z (Finomvegyszergyár, Zugló) neveket említi. A kiadványban megtalálható a külföldi gyógyszerkülönlegességek rendeléséről szóló Eü.M. utasítás is, mely 4 mellékletében összesen 42 készítményt sorol fel, köztük a Hydrocortison kenőcsöt és szemkenőcsöt, vagy például a Sandosten calcium injekciót. Az akkori, heveny megbetegedés esetén 2–3 napra, idült betegség esetén pedig általában 10 napra elegendő gyógyszer felírását lehetővé tevő rendelkezéshez képest valóban méltányolható a mai harminc napra történő rendelés engedélyezése. A leggazdaságosabb formában történő gyógyszerrendelés már akkor is követelmény volt, de a rendeletben külön felhívták a figyelmet arra, hogy a takarékoság nem mehet a gyógykezelés hatásosságának a rovására. Akkor is létezett a vényellenőrzés rendszere, igaz nem KEVER alapon, de ismételt vagy súlyos szabálytalanság elkövetése esetében fegyelmi eljárás megindítását rendelte.

A Népjóléti Közlöny 1997. december 15-én kiadott „Segédlet a gyógyszerek rendeléséhez és kiadásához” című különszámát forgatva nemcsak terápiás lehetőségeink hatalmas kiszélesedésével szembesülünk, hanem a rendelkezés szabályai is egyre nehezebben tekinthetők át. Igaz, hogy ma már sokkal többbe kerül 10 db Alcopyrin tablettá mint 40 évvel ezelőtt, de az akkori árhoz képest a mai 110 forint nem is tűnik olyan soknak.

A ma már történelminek tűnő visszapillantás után vizsgáljuk meg, hogy a hatályos 2/1995. (II. 8.) NM rendelet miként támogatja a hatásköri listában felsorolt, a háziorvosok kompetenciájába tartozó megbetegedések, problémák szakmai elvárásoknak megfelelő ellátását. Miként tud eleget tenni az ellátási folyamat irányításában előírt szerepének a háziorvos? A kérdések megválaszolására néhány, a kompetencia listában megfogalmazott betegcsoport gyógykezelésével kapcsolatos lehetőséget vizsgálunk meg.

A lista Pulmonológia fejezetében említett rhinitis allergica, asthma bronchiale, valamint idült bronchitis, obstructiv emphysema gyógykezelésében alkalmazott Atrovent, Bricanyl, Salbutamol készítmények rendeléséhez – kedvezményes felírásához – a háziorvosnak szakorvosi javaslatot kell kérnie, persze nem csak ezekhez a készítményekhez. Mivel a példaként hozott és a bázisterápi-

ához tartozó készítményeket egyébként 50%-os támogatással szabadon rendelheti, úgy gondolom, hogy nem szakmai indokok képezik a megkülönböztetést. Tovább árnyalja a kérdést, hogy ha házi gyermekorvosként tevékenykedik, minden további nélkül rendelheti 90%-os támogatással a készítményeket. Hiába tartozik a rhinitis allergica a háziorvos kompetenciájába, ha a Claritin, Zyrtec, Rhinocort Aqua felírásához is javaslatra van szüksége. Ha az utóbbi készítményekért a beteg hajlandó 181 forint helyett 1810 forintot fizetni, akkor persze ezt is rendelheti.

A kompetencia lista VIII. fejezetében kerül felsorolásra a Parkinson-szindróma, vagy az epilepszia gyógykezelése. Az ehhez szükséges Jumex, Madopar, Viregyt K készítmények esetén az előbbiekhöz teljesen hasonló szabályozást találunk. Mi indokolja vajon, hogy a Neurotrop 200 tablettát és a Seduxen injekciót kizárólag a neurológus rendelheti 90%-os támogatással, míg ezen készítmények közül a Neurotrop 300 mg és 600 mg retard tablettát a háziorvos 6 hónapon keresztül javaslatra akár térítésmentesen is rendelheti? Azt le sem kell talán írni, hogy ha a beteg hajlandó többet fizetni, akkor minden kötöttség nélkül rendelhetőek ezek a készítmények is. Vajon miért pont 6 hónap a javaslat érvényességi ideje, hiszen krónikus megbetegedésekről van szó? A szakorvosi vizsgálással rendelkező háziorvosra bízható, hogy mikor küldi betegét szak-konziliumra.

Számos példa sorolható tovább. A kompetencia lista IX. fejezete a háziorvos ellátandó feladatai közé sorolja a pszichiátriai megbetegedések kezelésének egy részét. Míg például a pszichiáter szakorvos a készítmény alkalmazási előírataiban szereplő indikáció igazolt fennállása esetén térítésmentesen rendelheti a Prozac vagy a Seropram tablettákat, addig ezt a háziorvos 2400–2700 forintért teheti. Talán elegendő lenne a készítmény alkalmazási előírataiban szereplő indikáció igazolt fennállásához kötni a rendelkezés jogát. Mivel magyarázható az, hogy a Ticlid tablettát neurológus vagy belgyógyász rendelheti kedvezményesen? A betegnek vagy van igazolt ASA allergiája, vagy nincs. Azon nem fog változtatni, hogy belgyógyász, neurológus vagy háziorvos írja fel a szükséges készítményt.

Példaként hozhatjuk a kiterjedt ulcus cruris állapotát, az ennek kezeléséhez szükséges externákat és kötszereket. Az ellátáshoz szükséges kötőanyagok bőséges tárháza áll rendelkezésre. A bőség időnként már-már zavarbaejtő, és valóban csak az ezzel a területtel elmélyülten foglalkozó szakember számára nyújt biztonságos eligazodást. Nem kevés azonban azoknak a betegeknek a száma, akiket egész életükben végigkísér ez az állapot, és abban sem a háziorvos, sem a klinikai professzor nem képes érdemi javulást elérni. Ha az ilyen megbetegedések kezelését támogatni célszerű – márpedig kell –, felesleges meghatározott időnként, mentőszállítást igénybe véve „a kötőszerek és externák további felírásához javaslatot kérek” indoklással a betegeket beutalni. A konzilium kérés célja ne egy adminisztratív intézkedés legyen, hanem jelentse a beteg állapotáról való közös gondolkodást, eredményezze a betegség hatékonyabb ellátását.

A rosszindulatú daganatos megbetegedések kezelését közösen végzi a kórház vagy a klinika a háziorvossal. Értelmetlen, hogy amíg az ellátáshoz szükséges készítmények közül az Algopyrintől a Contramalon, Dolarganon át az M-Eslon tablettáig önállóan indikálhatja és rendelheti 100%-os támogatással a készítményeket a háziorvos, addig a daganatos betegségek ossealis manifesztációja esetén a szakmailag illetékes szakorvos javaslata szükséges a Diclofenac, Donalgin, Hotemin, Indometacinum, Surgam stb. kedvezményes rendeléséhez.

A példák hosszan, szinte vég nélkül sorolhatók. Például említhetők az inkontinencia betétek felírásának szabályai vagy a közgyógyellátottak számára rendelhető készítmények. Egyszerűbb ma közgyógyigazolványt igényelni, mint javaslatok után futkosni. Így jónéhány készítmény máris rendelhető, akár javaslat nélkül is úgy, hogy a betegek ingyenesen juthatnak a készítményhez.

A gyógyszer ellátásban, vagy ahogy sokszor emlegetjük, utalványozásban jelentős szerepet játszó háziorvos, mint kifejezés nem lelhető fel a gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló rendeletekben és szabályokban, hacsak nem tekintjük őt illetékes szakorvosnak. Ha annak tekintjük, akkor miért kezeli azt a beteget egy „illetéktelen” orvos? Egyáltalán ki az illetékes szakorvos? Ha tartoznak a készítményekhez kódok, melyek alapján rendelésük bizonyos szakvizsgálóhoz köthető, akkor ezt célszerű lenne az illetékesekhez, az érintett gyógyszerrendelő orvosokhoz eljuttatni. Sem a korábban hivatkozott Segédlet, sem pedig a Gyógyszer Vademecum – az Országos Gyógyszerészeti Intézet hivatalos kiadványa – nem tartalmaz erre utalást, nem nyújt segítséget a rendezett rendeléshez.

Bizonyára mindannyiunkban él valamilyen elképzelés a kezelő orvos fogalmáról, de ez semmiképp sem jelentheti kizárólag a háziorvost.

Célszerű lenne meghatározni a háziorvos gyógyszerrendelési kompetenciáját, utalványozási lehetőségeit. Ennek szakmai alapját nyilvánvalóan a jelenlegi kompetencia listának kell képeznie.

Nem tárgya a jelenlegi előadásnak annak a mérlegelése, hogy miként egyeztethető össze a rendelkezésre álló gyógyszerkassza és a betegellátáshoz nélkülözhetetlen készítmények köre. Az idézett példák is csupán a jelenséget hivatottak bemutatni. Arra kívánják a figyelmet felhívni, hogy átgondolt szakmai programok alapján a betegségeket, betegcsoportokat kell meghatározni, és ehhez kell hozzárendelni a terápiás lehetőségeket. A jelenlegi megtakarítás – ha van ilyen – nyilván kiszámítható. Úgy gondolom, hogy ennek mértéke nem lehet túl nagy. Most nem csak az unos untalan emlegetett utazási költségekre gondolok, mert ide kell sorolni pl. a feleslegesen elvesztegetett időt is. Növelik a költségeket az indokolatlanul elvégzett megismételt vizsgálatok, a másutt másként működő finanszírozási szabályok, melyek sokszor „íraskényszer” váltanak ki az ellátóhelyeken.

Nem mulaszthatom el, hogy a példák lezárásaként ne említsem a Cotazym Forte tablettát, vagy ha úgy tetszik, a magam fiatal orvosi esetét. A ma vény nélkül kapható készítmény felírásához ha nem is 1958-ban, de már elég régen, több pecsét és javaslat kellett. Sokáig töprengtem ennek okáról és sehogysém értettem, hogy miért? Ma már sikerült megértenem! Javasolom, hogy a rendezett gyógyszerrendelés szabályainak átgondolásával a ma fiatal orvosainak ne okozunk ilyen, vagy hasonló fejtörést!

K. Békássy: *Coordinated prescription. Possibilities and limits for family doctors in drug-prescription.*

Szigethalom Egészségház, Szigethalom, Szabadkai u. 71. – 2315

Biztosításpolitikai stratégiai lehetőségek gyógyszerügyben

Dr. Ajkay Zoltán¹ és dr. Matejka Zsuzsanna²

A gyógyszerellátás *szerves része* az egészségügyi szolgáltatási rendszernek, de ugyanakkor *sajátos módon* különbözik a gyógyítás többi szektorának problémáitól, értékorientációjától, érdekviszonyaitól, kezelési lehetőségeitől, és eléggé eltérőek az *érintett szereplők*, partnerek is.

A gyógyszerügyben is jelentős előrehaladás történt az elmúlt években. A *privatizáció* csaknem a teljes kört: a gyártás mellett a nagy- és kiskereskedelmet is átalakította. A *jogi szabályozásban* számos, az EU-ban alkalmazott eszköz és módszer bevezetésre került, így a fix összegű támogatás, az alaplista, a generikus helyettesíthetőség stb. A *járóbeteg-ellátásban* kiépült a kötelező *adatszolgáltatási rendszer*, bár még a szolgáltatott adatok országos összesítése, elemzése megoldatlan. Elkészültek a népegész-

ségügyi súlyú nagy betegcsoportok *terápiás ajánlásai*. Természetesen ezen intézkedések, a felgyorsított változtatások ellentmondásai is felszínre kerültek, a jelenlegi helyzetből további megoldandó feladatok adódnak és újjak is indukálódhatnak.

A *jelenlegi helyzet alapvető problematikája*, hogy a *gyógyszer kiadások* az inflációt jelentős mértékben meghaladó módon emelkedtek mindenek előtt az importliberalizációval összefüggő választék bővülés miatt. Ez egyaránt terheli az egészségbiztosítót és a lakosságot, ami azért is *ellentmondásos*, mert a hatékonyságot egyedül bizonyítandó egészségi állapot javulás, népesség szinten *biztosan nem következett be*.

A *hatékonyság akadályai* igen sokrétűek, az alapvető tényezők közül kiemelhető:

– a gyógyszer-felhasználási struktúra *divergenciája* a tényleges *megbetegedési viszonyoktól*, és összefüggése a felesleges – gyakran visszaéléseken is alapuló – fogyasztási szokásokkal;

– a *szociális jellegű* közgyógyellátási és egyéb ingyenes kiadások növekvő terhei;

– a *megelőzés* céljait szolgáló gyógyszerek mellőzése, fedezet hiánya;

– a *gyógyszer-rendelhetőségi* kompetencia meghatározásánál a tényleges, *ellenőrzött tudásszint* figyelmen kívül hagyása.

Ebben a rendkívül nehéz, pattanásig feszült helyzetben a *stratégia* alapvető feladata *most kitörési pontok* keresése abból az ördögi körből, mely a kristálytisztá távlati célok felé haladás és az érdekvizonyok miatt a teljesen ellentétes irányú mozgások miatt turbulál a döntéshozás folyamataiban. A főbb javaslatok az alábbiak:

1. A lehetőségek között kínálnak *kodifikációs* megoldásokat. Műhelyek mélyén készülgetnek *egy átfogó gyógyszer-törvényre*, de eddig konkrétan csak az OGYI új szabályozásáról esik szó. Pedig ideje lenne törvénybe iktatni

- a gyógyszerek és a társadalom viszonyát;
- az állampolgárok gyógyszerellátáshoz való jogát;
- az állam feladatait a gyógyszerellátásban;
- az orvosok feladat- és hatáskörét a rendelésekben.

Ezen kérdések megválaszolásának hiányában azonban nem érdemes semmiféle törvényt megjelentetni, hiszen a többi kérdés Kormány- illetve miniszteri rendelet útján is jól szabályozható.

2. Javaslatokat kell és lehet kidolgozni a *gyártás, az import, a nagykereskedelem* továbbfejlesztésére. E munka során végre tisztázni kell a hazai iparvédelem érték- és érdekrendszerét. Ehhez át kell fogalmazni a „magyar gyógyszertermék” nomenklatúráját. Az új megközelítés:

– a magyar gyógyszergyártó kapacitással rendelkező gyártó birtokában van a *törzskönyvi és forgalombahozatali* engedélynek;

– a magyar gyártónak a termék *hazai promociójára* szerződésben biztosított joga van;

– az OGYI erre vonatkozó engedélyével gyártó a gyógyszer magyarországi előállítására megfelelő hazai kapacitást köt le és az általa a hazai piacon forgalmazott termékek több mint 50%-ának esetében a gyártást vagy a formulálást *saját üzemében végzi*.

Ebben a megközelítésben végre nem készítmény-alapon különítenék el a hazai és az import gyógyszereket, hanem a törzskönyvezés, a forgalomba hozatali engedély, a promóciós jog és a gyártás helye szerint.

3. A regisztráció, a forgalomba hozatal terén is tovább kell lépni. Az OTC termékek, a törzskönyvezési prioritások írásos, egyeztetett állásfoglalásokat igényelnek a *regisztráció megerősítése* érdekében.

A forgalmazási rend folyamatos karbantartása érdekében a *járóbeteg ellátásban* a közforgalmú (pl. kicsi, „ráfizetéses”) gyógyszertárak ellátási területét és az árréspolitikát kell gumalmasan alakítani. A *kórházi ellátásban* az

intézeti gyógyszertárak költségtakarékossága érdekében további betegcsoportokban kell kidolgoztatni helyi terápiás protokollokat, kórházi terápiás bizottságokat (antibiotikum, citosztatikum stb.) kell működtetni, meg kell vizsgálni, hogy van-e megfelelő terepe az ún. Unit Dose System-nek, vagy az egységes számítástechnikai rendszerbe vont két-három szintű raktározásnak.

4. Az *ártámogatás rendszerének* a stratégiai módosítása előzetesen megkívánja a *jogosultsági rendszer* felülvizsgálatát. Ennek ki kell terjednie:

– a betegek tb. támogatás igénybevételi jogosultságára;

– az orvosok tb. támogatással történő rendelési jogaira;

– a gyógyszertárak tb. támogatás elszámolási jogosítványára;

– új (pl. „ágykiváltó”) ellátási formák tb. támogatás elszámolási jogosultságára.

A fentieknek a járóbeteg-ellátás mellett a fekvőbeteg-ellátás néhány kérdésére is kell terjednie.

A támogatások további stratégiai kérdése a finanszírozás-technika, a *szakmai protokollok* ismeret- és szabályanyagának beépítése, valamint a *szociálpolitikai* prioritások (közgyógy., 70 éven felüliek) figyelembe vétele.

Érdemes ebből a csokorból a *közgyógyellátás kérdését* külön stratégiai elemként kezelni. Jelenleg több mint félmillió állampolgárunk rendelkezik közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal. Az így kiváltott gyógyszerek éves átlagos 1 igazolványra jutó biztosítási támogatása több mint 30 000 Ft, közel háromszorosa az egy magyar átlag biztosítottra jutó támogatási összegnek. (A támogatás a települési önkormányzatokat is terheli.) A jelenlegi rendszer igazságtalan, visszaéléseket szül.

Hosszabb távon véleményünk szerint a betegek tényleges megbetegedéseikhez igazodó, egyénileg meghatározott havi vagy negyedéves gyógyszerkeret bevezetése jelenthet megoldást oly módon, hogy a települési önkormányzatok a jelenleginél jóval nagyobb beleszólást kapjanak az elbírálásba. Rövidtávon is megoldást jelenthet legalább a dobozsám mennyiségének maximalizálása.

5. Végül a stratégia egyik kulcskérdése a döntés-előkészítő *ellenőrző rendszer továbbfejlesztése*. Ennek keretében súlyponti feladat:

– a lakossági gyógyszer-felhasználás racionalizálása;

– a megyei vényadatok országos összesítése;

– a receptura monitorizálásával a tudásszint ellenőrzése;

– adatfeldolgozó és értékelő szervezeti egységek kialakítása a biztosítási rendszer mindkét szintjén;

– visszajelzés a rendelő orvosok és szolgáltató gyógyszer-tárak valamint a piaci szereplők felé;

– érdekeltségi és szankcionális rendszer kialakítása.

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat konszenzus konferenciájának komoly szerepe lehet abban, hogy a megfelelő biztosítási stratégia érvényesüljön ebben a politikailag is nagy súlyú kérdésben.

Z. Ajkay and Zs. Matejka: *Insurance-political strategy in drug affairs.*

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest, Pihenő út 1. – 1529

²Országos Egészségbiztosítási Önkormányzat, Budapest, Váci út 73/b. – 1139

A társadalombiztosítási gyógyszerlista támogatási rendszer kialakításának szakmai elvei

Dr. Gógl Árpád

A korlátozott forrású, szolidaritás elvű egészségügyi ellátó rendszerben a gyógyszerre fordítható összeg csak rendezett és szabályozott módon használható fel.

Szabad hozzáféréssel kell biztosítani (OTC) a betegek számára az általános panaszok és tünetek szereit (lázcsillapító, fájdalomcsillapító, görcsoldó). Megfontolandó a rendszeresen szedett vagy dóziszfüggően súlyos mellékhatású készítmények (paracetamol) forgalmazási módja.

Az első orvoshoz fordulás esetén, amennyiben ez nem tervezhető és nem halasztható okú, a szükséges gyógyszer, kiüntetetten támogatandó, hiszen életveszély elhárításáról, tartós egészségromlás megakadályozásáról van szó. Így az e csoportban felhasználandó diagnosztikumok és terápiák kiüntetetten támogatandók (vérzés elhárítás, kóma kezelés, kardiovaszkuláris krízis – thromboembóliák megoldása, galóca mérgezés kezelése a májtranszplantációt is beleértve).

Az alapellátó kolléga gyógyszerpalettája megegyező a biztosító által befogadott gyógyszerlistával. Ennek kialakításában a szakmai kollégiumok kaphatnak kiüntetett

szerepet. Példaként említhető a savhoz kötődő betegségek kezelési programja, mely megjelent a legutóbbi gyógyszer-tan könyvben (Vizi E. Szilveszter és szerzőtársai: Humán farmakológia 1997.). Ugyanezen anyagra utalunk a konzultációs szint gyógyszerelési lehetőségeinek taglalásakor.

A fekvőbeteg intézetek gyógyszerválasztéka a teljes palettára kiterjed, költségfedezete az egyes kórképek finanszírozásába (HBCS) építendő be.

A jelenlegi finanszírozási korlátok miatt a támogatott körbe be nem fogadható gyógyszerek a kiegészítő biztosítási rendszerekben az ajánlati listára kerülhetnek.

Az európai finanszírozási rendszerekben a gyógyszer-költség 20% körüli, Magyarországon a lakossági hozzájárulást is figyelembevéve több, mint 50%. Ez nem azt jelenti, hogy a gyógyszer hazánkban túlfinszírozott, csupán azt, hogy az egyéb szféra alulfinszírozott.

A. Gógl: *Formation of drug structure for basic insurance (protocol)*

Szent György Kórház, Székesfehérvár, Seregélyesi út 3. – 8000

A gyógyszerek forgalombahozatalának szakmai feltételei: a törzskönyvi értékelés és az egyedi import

Dr. Borvendég János

Magyarországon mind a bejegyzett, mind a törzskönyvből törölt gyógyszerek száma nő, noha a hazai gyógyszerkincs még mindig meg sem közelíti az európai vagy amerikai átlagot. E meredeken növekvő választék ellenére a felmérések az egy főre eső hazai gyógyszerfogyasztás folyamatos, kismértékű csökkenését mutatják. Mindez aláhúzza a gyógyszerértékelés fontosságát.

A racionális gyógyszerterápia megvalósítása érdekében kétféle értékelést kell elvégezni: az orvos-gyógyszerész-szakmai és a költség-hatékonysági értékelést.

Orvos-gyógyszerész-szakmai értékelés

Noha időnként leegyszerűsítik a terápiás „előny/hátrány” (benefit/risk) viszonyra, valójában a minőség, a (relatív) ártalmatlanság és a hatásosság együttes értékelését jelenti. Szabályai nemzetközileg egységesek, kialakultak és egyértelműek.

Magyarországon az OGYI az európai követelményrendszer szerint jár el, s nem csak a – ma „divatos” – Európai Unióhoz való közeledés miatt, hiszen a nyugat-európai bázisú Gyógyszerfelügyeleti Egyezményben 1976 óta, a Gyógyszerértékelési Megállapodásban 1990 óta rendes tagok, az Európai Gyógyszerkönyvi Egyezményben 1990 óta megfigyelők vagyunk.

Minden új szer törzskönyvezése előtt részletesen értékeljük tehát annak minőségét, gyártásának szervezettségét, szabályosságát, az eltarthatóság megállapításának helyességét, általános és speciális toxicitását, kiterve az esetleges rákkeltő és embriokárosító hatásokra is, valamint a hatásosság bizonyítékait, a fő- és mellékhatások számszerűen kifejezett valószínűségét, más gyógyszerekkel való kölcsönhatásának veszélyeit. Mindezek összefoglalója megjelenik a magyar nyelven hatóságilag jóváhagyott alkalmazási utasításban és betegájékoztatóban.

Itt kell megjegyezni, hogy az elmúlt évek során az Európai Unión belül a gyógyszer törzskönyvezési és értékelési rendszer alapvetően megváltozott. A gyógyszer előállítók, amennyiben az Európai Unió tagországaiban kívánnak egy gyógyszert törzskönyvezni illetőleg forgalomba hozni, ennek három útját választhatják.

Az ún. centralizált értékelési- és törzskönyvezési rendszert, a kölcsönös elismerésen alapuló értékelési- és törzskönyvezési rendszert, illetőleg kisebb jelentőségű termékek esetében a nemzeti értékelési- és törzskönyvezési rendszert.

Az Országos Gyógyszerészeti Intézet kidolgozta és közzétette azokat a feltételeket, amelyek teljesítése esetén a centralizált törzskönyvezési rendszeren keresztül futtatott és elfogadott gyógyszer Intézetünkben is rövidített el-

járással kerül törzskönyvezésre. Ugyanígy fel kívánjuk használni értékelési munkánkban a kölcsönös elismerésen alapuló eljárás előnyeit. Amennyiben Magyarország az Európai Unió tagjává válik, a centrális értékelés, illetőleg a kölcsönös elismerésen alapuló értékelés eredménye (ha az adott termék esetén az eredmény pozitív), a termék törzskönyvezése hazánkban is kötelező lesz.

A szakmai értékelést ma is és a jövőben is valamennyi nemzetközi egyezmény és együttműködés (OECD, Európai Unió) szerint az új szer forgalomba hozatalának engedélyezése előtt kell elvégezni és az engedély kiadásának csak ez lehet a feltétele. Ebbe a gyógyszer árának vizsgálata nem keverhető bele, és azért sem lehet egy új gyógyszer bejegyzését elutasítani, mert hasonló gyógyszer van már forgalomban!

A szakmai értékelésnek megfelelő gyógyszer törzskönyvezését tehát államigazgatási határozattal elutasítani nem lehet. Mindennek alapján csak dilettáns képzelheti, hogy a gyógyszerhatóság „azt a szert törzskönyvezi, amit jónak lát”.

A gyógyszeres terápia alapvető – laikusok által gyakran figyelmen kívül hagyott – sajátossága, hogy *nem minden beteg és betegség reagál egyformán ugyanarra a gyógyszerre.* Ezért minél szűkebb egy „alaplista”, annál több „ritka” beteget találunk, akit ezekkel a szerekkel valóban jól kezelni nem lehet.

Még a mai – növekvő – hazai gyógyszerválaszték sem elegendő *minden* beteg eredményes kezelésére. Ezért van szükség az ún. *egyedi gyógyszerimportra.* Indokolt esetben a gyógyszerhatóság fekvőbeteg-intézmények vagy járóbetegek számára engedélyezheti Magyarországon nem, de külföldön törzskönyvezett gyógyszer alkalmazását. Ennek – miniszteri rendelet alapján – feltétele, hogy az idehaza rendelkezésre álló gyógyszerválasztékot már kimerítették, s a külföldi szer alkalmazásától további terápiás előny várható. Az elmúlt évben, 1997-ben – összesen – mintegy 14 000 igénylés érkezett az OGYI-ba. Annak ellenére, hogy orvosszakértői tanácsadó testület bevonásával ezeket az igényeket „megtűrjük”, többségük indokoltnak bizonyult. Az egyedi gyógyszerimportra –

szigorúan kontrollált körülmények között, de a betegek érdekében – tehát továbbra is szükség van. Meg kell jegyezni, hogy az egyedi importgének száma – tendenciájában – a gyógyszerválaszték növekedésével csökken, néhány éve még kétszer ennyi volt.

Költség-hatékonysági gyógyszerértékelés

Hangsúlyozni kell, hogy az orvosszakmai és költség-hatékonysági gyógyszerértékelés *egymástól teljesen független.* Erre többször maga az OGYI mutatott rá. Pl. ha egy új gyógyszer csupán a betegek néhány százaléka számára nélkülözhetetlen, akkor akár soron kívüli bejegyzésére is sor kerül, azonban semmi nem indokolja, hogy az ilyen – általában drága – szert a biztosító *minden* beteg számára támogassa!

Ajánlások

– A gyógyszerválaszték nem csökkenthető a „törzskönyvezés lassításával”, mert ez egyrészt nem jogszerű, másrészt – a racionális gyógyszerterápiára való ösztönzés esetén – a választék és a gyógyszerköltségek között direkt összefüggés nincs.

– Miután a költség-hatékonysági értékelés a törzskönyvezés feltételei között nem alkalmazható, az vagy a társadalombiztosítási támogatással rendelkezésel rendelhető alakításában jelenik meg, vagy sehol!

– Mindennek alapján a költség-hatékony terápiás útmutatók kidolgoztatását és a „listák” fenntartását, továbbá a „referencia-támogatásnak” (azonos hatóanyag, vagy netán azonos terápiás csoport alapján azonos összeg) csak indokolt, körülhatárolt és semmiképpen sem mechanikus alkalmazását javasoljuk!

J. Borvendég: *Professional preconditions of putting into circulation drugs: evaluation, registration and individual impor.*

Országos Gyógyszerészeti Intézet, Budapest, Zrínyi u. 3. – 1051

Gyógyszertámogatási rendszer gyógyszerészi szempontok szerint

Dr. Szabó Sándor

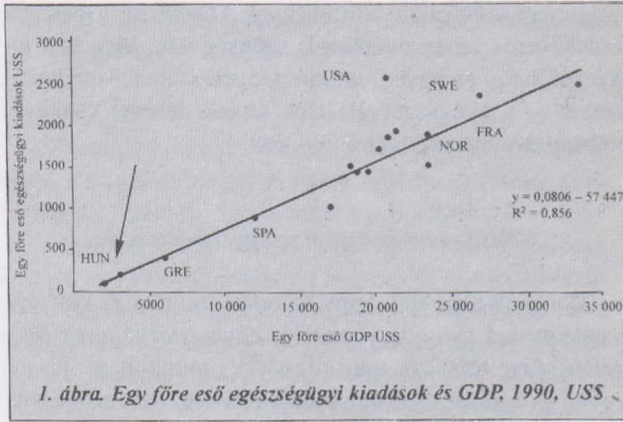
A jelenlegi gyógyszertámogatási rendszerből adódó jogos társadalmi és gazdasági feszültségek oka, hogy

- rendszeresen alulfinanszírozott,
- nem szolidáris,
- sem a beteg, sem a költségvetés részére nem kalkulálható,
- nélkülözi a szakmai és társadalmi konszenzust.

A közegészségügy a társadalmi közjavak egyike, ezért az egészségügyi ellátás piacosítása – különösen a magyar gazdasági viszonyok, drámai morbiditási és mortalitási

statisztikák ismeretében – elvetendő. Nem azért, mert az egészség értékesebb „kategória”, s a gazdaság legfőbb célja az élet szolgálata, de az egészségügy piacosításának elméletét a tények is megrendítették. A világ 20 fejlett országának „piacosított” egészségügye – *Kopátsi Sándor* szerint – nemcsak drága, de rosszabb hatékonyságú is (*1. ábra*).

A hazai egészségügyi rendszer elégtelen teljesítménye elsősorban a túlzott monetarista politika alapján kialakult rendszeres alulfinanszírozottságából adódik. Ez a jelenle-



gi járulék befizetési rendszer bevételeinek bizonytalanságából és helytelen becsléséből következik, ezért indokolt az Európa számos jóléti államában működő Nemzeti Egészségügyi Rendszer létrehozása, amelyben – az egészségügyi statisztikák és szolgáltatások sajátosságait figyelembevéve – az egészségügy finanszírozása elkülönített állami pénzalapból történik.

A nemzeti egészségügyi szolgálatok költséghatékony ellátási formát tesznek lehetővé, miáltal:

- biztosítják a hozzáférési esélyegyenlőséget,
- tervezhetővé teszik az egészségügyi ellátást, mind strukturális, mind kiadási oldalról,
- költségtakarékosak a bonyolult és széttagolt járulékgyűjtési és kereszt-elszámolási mechanizmusok kiiktatásával,
- költséghatékonyak, mert lehetővé teszik a gyógyítás és megelőzés kérdéseinek összehangolt, egységes szemléletű és irányítású kezelését.

Bár a GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások %-os aránya (6,5%), az európai középmezőnyhöz tarto-

zik, de a GDP alacsony értéke (4500 USD/fő) miatt az egy főre jutó egészségügyi kiadás reálértékben 4–5-ször alacsonyabb (260 USD) az európai átlagnál (1200–1500 USD/fő).

A gyógyszerárak évenkénti emelkedése minden esetben a fogyasztói árindex alatt maradt, mégis az OEP folyamatos kivonulása a gyógyszer-támogatásból a lakosság számára elviselhetetlen terheket ró. 1990 óta a gyógyszerárhoz való lakossági hozzájárulás mértéke 1100 (!) %-kal nőtt, 3 milliárd Ft-ról 35 milliárd Ft-ra!

A gyógyszerárak mérséklésére – európai modellek alapján – állami intézkedések lehetségesek: direkt árkontroll, ármeghatározás költségalapon, belső-külső összehasonlítás, árbefagyasztás, pozitív-negatív lista, referencia árak, promócióra fordított kiadások ellenőrzése stb. (I. táblázat). Magyarországon ezen eszközök bevezetésére még nem került sor.

A szolidaritás és kiszámíthatóság elvének az – európai gyakorlatban széleskörűen elterjedt – átalánydíj felelne meg. Ez az egységes díjtétel a felírt receptek számából (140 millió) és a lakossági hozzájárulás mértékéből (35 milliárd Ft) számítható (250 Ft/recept). Más országok pl. Németország 3–5–7 DM/recept, Ausztria 42 ATS/recept, Anglia 4 GBP/recept stb. összeget fizetnek. Mindenesetre legalább egy szakmai konszenzuson alapuló, valamennyi indikációt felölelő *alaplista* esetén az egységes átalánydíj biztosítaná a hozzáférhetőséget és a kiszámíthatóságot alapvető igényét.

Az alaplistán kívül támogatásra javasolt készítmények esetén a fix-áras terápiás referencia támogatási rendszer bevezetése indokolt. A terápiás referencia elv az azonos terápiás céllal használt azonos hatásmechanizmusú gyógyszerekre vonatkozik. Ezen rendszer bevezetése megoldja a jelenleg kezeletlen ún. me-too drug típusú ter-

I. táblázat

Néhány európai ország gyógyszerár- és támogatáspolitikájának jellemzői

Ország	Pozitív lista	Negatív lista	Fogy. ár %-os támogatásra	Generikus termékek promóciója	Generikus helyettesítés	Referencia árak (fix. tám. rendszer)	Árcsök. vagy befagyasztás	Gyógyszerkeret az orvosoknak
Belgium	igen	igen	0/25/50/60%	igen, de alacsony határfok	nem	igen	igen	nem
Dánia	igen	nem	0/25/50/100%	igen	igen, ha az orvos jelzi	igen	igen	nem
Franciaország	igen	nem	0/30/60/100%	igen, de alacsony határfok	nem	nem is tervezik	igen	nem
Németország	nem	igen	átalány	igen	igen	igen	igen	igen
Görögország	igen	nem	25%	igen	nem	nem	nem	nem
Írország	nem	igen	betegtől függő	nem támogatják	nem	nem	igen	igen
Olaszország	igen	nem	0/50% + átalány	igen, de alacsony határfok	nem	nem	igen	nem
Hollandia	nem	igen	átalány	igen	igen	igen	igen	nem
Portugália	igen	nem	0/20/50%	igen	nem	nem	nem	nem
Spanyolország	igen	igen	10/40% + átalány	igen	nem	nem is tervezik	igen	nem
Nagy-Britannia	nem	igen	átalány	igen	kórházakban	nem	igen	igen
Ausztria	igen	igen	átalány	nem támogatják	nem	nem	nem	nem
Finnország	igen	nem	a költség %-a	igen	nem	nem	nem	nem
Norvégia	igen	igen	átalány	igen	nem	igen	nem	nem
Svédország	igen	nem	átalány	igen	nem	igen	igen	nem
Svájc	igen	igen	a költség %-a	igen	nem	nem	nem	nem

mékek használatát, önszabályozóvá teszi a törzskönyvezési indoklást és alkalmat nyújt a kiegészítő biztosító társaságok belépésére, amely a feszültség további oldásának elengedhetetlen feltétele.

Ezen témakörhöz tartozik a közgyógyellátás – szerintem – botrányos ügye, nemcsak a jogosítvány megszerzésének megalázó bürokratizmus és mechanizmusa, hanem etikai és szakmai diszkrpanciái miatt is. A közgyógyellátási rendszer a hátrányos szociális helyzetű betegeket „másodrangú” állampolgárrá alázta azzal, hogy a 3800 törzskönyvezett készítményből csak 640-hez juthat hozzá, tetézve azzal, hogy a lista kiszámíthatatlan – kézi vezérlésű – változtatásaival a krónikus betegek terápiája nem biztosított.

Kompromisszumos megoldásként javasolható az alaplista egyezése a közgyógylistával, s míg előző esetben méltányos átalánydíj fizetendő, utóbbi esetben a költségvetés a teherviselő. A korrekt megoldást a teljes elérhető gyógyszer szortimentből való – megszabott költségkereten belüli – terápiás szükségletnek megfelelő felhasználás jelentené.

Az egészségügy korszerűsítéséről szóló kormányprogram leszögezi, hogy „anyagi lehetőségei miatt senki sem maradhat ki az ellátásból”, ugyanakkor a gyakorló gyógyszerész naponta szembesül azzal a szívszorító jelenséggel, mely szerint a betegek 15–20%-a nem képes kiváltani a gyógyszerét és medikáció nélkül marad, amely mind az egyén, mind a társadalom számára többszörös gazdasági következményekkel jár.

Magyarországon az egy főre eső gyógyszerfogyasztás 14 000 Ft (70 USD) – az európai átlag 180–250 USD –, amíg egy kórházi ágy napi költsége – csupán a hotel szolgáltatás szintjén, orvosi beavatkozás, gyógyszerellátás nélkül – 8000–12 000 Ft/nap.

Tehát nemcsak optika kérdése a gyógyszerterápiák rendszerének újragondolása, hiszen az élet a társadalom minden mást megelőző célja. A gazdaság csak szolgálója lehet ezen célnak.

S. Szabó: *Drug subsidy system according to pharmaceutical aspects.*

Magyar Gyógyszerész Kamara, Budapest, Dózsa György út 86/b. – 1068

A költséghatékonyság és a gyógyszeres terápia Az egészség-gazdaságtan – Health Economics

Dr. Mathiasz Dóra

A gazdasági elemzések iránti igény a különböző, különösen az új egészségügyi technológiák alkalmazása esetén az elmúlt néhány évben jelentősen megnőtt az egészségügy szinte minden területén.

A különböző egészségügyi beavatkozásokat vizsgáló gazdasági elemzések elveit már kidolgozták, de ezek még állandó változás/változtatás alatt állnak. Bár még nem adnak teljes választ bizonyos kérdésekre, de hasznos információkat tartalmaznak, melyek döntéseket támogatnak, és az alternatívák közötti választásban segítenek. A választás elkerülhetetlen és a gazdasági elemzés lehetőség arra, hogy a választás racionális, az anyagi források felhasználása pedig hatékony legyen.

Mindazonáltal mind az egészségügyi ipar szereplőinek, mind fogyasztóinak tudása ma még limitált ezen elemzéseket illetően, jóllehet, szinte mindenki, aki az egészségügyben dolgozik, valahogy kapcsolatba kerül ezen tanulmányok elemeivel, tehát hasznosíthatja a Health Economics (HE) technikáját.

1. Az egészség-gazdaságtan és az egészségügy

A HE ma már sok országban jól hangzó terminológia nemcsak az orvosi és a tudományos, hanem a nagyközönségnek szóló sajtóban is. Ez jól jelzi azt a drámai változást, mely az egészségügyben végbement. A „múlt-

ban” „passzív” finanszírozás volt, ahol az orvosok határozták meg és nyújtották a szolgáltatást, a „jelenben” pedig a gazdasági megfontolások legalább olyan fontosak, mint az egészségügyi eljárás „orvosi” kimenetele. A gazdasági elemzések fő kérdése: mennyit lehet elkölteni az egészségügyre és hogy lehetne ezt a leghatékonyabban tenni.

Definíció szerint a HE: alternatív kezelési módok összehasonlító elemzése mind költségük, mind hatásuk/kimenetelük szempontjából (*Drummond, Stoddart és Torrance, 1987*).

Az egészségügyi költségek Nyugat-Európában a GDP 7–9%-a között mozognak. A 70-es években a GDP 5%-a körül költöttek ezek az országok, az egészségügyi költségek relatív szinten maradtak a 80-as években, de hirtelen nőni kezdtek a 90-es években, arra sarkallva a finanszírozói oldalt, hogy komoly költség-ellenőrzési módszereket vezessenek be. Az USA hasonló adatai mindig magasabb szinten mozogtak mint a nyugat-európai országoké, és gyorsabban nőttek az adott időkben.

Az egészségügyi költségek növekedésének magyarázata különböző faktorokban rejlik. Az iparosodott országokban nő az idős réteg nagysága, s ők a fő fogyasztói az egészségügyi szolgáltatásoknak. Azonban nemcsak önmagában a számszerű növekedés a magyarázata a költségnövekedésnek, hanem az is, hogy egy jobban infor-

mált, magasabb életminőségi igényekkel fellépő fogyasztói réteg jött létre. Másfelől az új technológiák alkalmazása a meglévő régebbi eljárások helyett/mellett hirtelen növeli a költségeket.

A nyugat-európai országokban az egészségügyi rendszert indirekt módon finanszírozzák az adókból, illetve biztosítási pénzekből (tehát legtöbbször nem direkt „zsebből fizetés” történik), mely szintén egyik sarkallója „a legjobb maximumát” igénylő fogyasztói hozzáállásnak.

Az egészségügy produktivitása általában az egész gazdaság produktivitása mögött marad, mivel nagyon tanult és drága munkaerőt foglalkoztat.

2. A költségmegtakarítástól a költséghatékonyságig

A vényköteles gyógyszerek forgalmazásában a kormányok gazdasági korlátokat vezettek be, melynek célja a költségek fékentartása. (Ilyenek a pozitív-negatív gyógyszerlisták, a referencia ár-rendszer, a generikus gyógyszerek fokozott bevezetése, az OTC piac szélesítése stb.). Ezek a korlátozások sokszor nemcsak hogy nem érték el a hatásukat, hiszen az egészségügyi költségek fokozatosan növekedtek, de gyakran gazdasági torzulásokat is eredményeztek.

A finanszírozók ma már inkább a „value for money” elvét vizsgálják, és keresik a lehető legjobb kezelést a lehető legkedvezőbb költségek mellett. Ez a folyamat fundamentális változást reprezentál az egészségügyi szemléletben, ahol a kezdet a technológiai és szolgáltató (orvosi oldal) által vezérelt szemlélet, melyet igen költség-érzékeny szemléletmód követett, a jelent pedig a költséghatékonyság keresése jellemzi.

Az új kezelési módokat ma már hatékonyságuk és költség-hatékonyságuk alapján tesztelik és nemcsak biztonságosságukat, illetve hatásosságukat elemzik.

A nagy egészségügyi gyártók ma már a fejlesztés korai fázisban elkezdik a gazdasági/gazdaságossági elemzéseket.

Miközben a kormányok igyekeznek az egészségügyi költségeket féken tartani, szembe kell nézniük saját országuk elavult egészségügyi rendszerével. A legtöbb közös piaci országban túlkínálat van kórházi ágyból, egészségügyi személyzetből, miközben a fejlettebb technológiák és a költség megtakarítási törekvések a kórházi tartózkodás rövidítése, illetve az ambuláns ápolás irányába mutatnak.

A költség-hatékonysági szemlélet új struktúrákat hívott életre. Ilyen intézmény a kanadai „Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment” Ottawában, melyet 1989-ben alapítottak. Ez a nem a kormány által támogatott intézmény új egészségügyi technológiákat elemez és ajánlásokat dolgoz ki a felhasználók és finanszírozók részére.

A „Managed care” szervezetek az USA-ban azt vizsgálják, hogyan javítható a klinikai és gazdasági kimenetel például kezelési protokollok, gyógyszer felhasználási útmutatók segítségével.

Néhány európai országban is már elkezdődtek hasonló programok, például Svájcban és az Egyesült Királyságban.

3. A HE vizsgálatok, elemzések szerepe

Az egészségügy döntéshozói egyre inkább igénylik a „value for money” bizonyítását az új technológiák esetén, hogy eldönthető legyen a társadalombiztosítás támogatása, illetve a terápiás protokollokba beilleszthető legyen az új kezelési mód.

Az új eljárásoknak a következő kritériumokat kell ki-elégíteniük:

- Hatásosság: hatásos-e ill. működik-e az új gyógyszer/egészségügyi eljárás kontrollált környezetben (klinikai vizsgálatok)?
 - Biztonságosság: vannak-e mellékhatások, illetve ezek elfogadhatóak, kezelhetőek-e?
 - Hatékonyság: hat-e a mindennapi gyakorlatban?
 - Költség-hatékonyság: jó-e a pénzügyi források felhasználása szempontjából?
- A gazdasági elemzések tehát fontos információs forrássá váltak, melyek a döntéshozókat segítik az új eljárások közötti eligazodásban.

Az elemzések fajtái felsorolás szerint:

- Cost benefit analysis (CBA): a pénzügyi költség és pénzügyi kihatás elemzése egy termék kapcsán.
- Cost effectiveness analysis (CEA): A bevétel pénzügyi szembe állítása a nem pénzügyi kihatással (pl. megnyert életévek).
- Cost utility analysis (CUA): A bevételi oldal pénzügyi vizsgálata a minőséggel súlyozott kimeneteli oldallal szemben (QOLY).
- Cost minimisation analysis (CMA): Különböző, de hasonló kimenetelű kezelések költségének összehasonlítása.
- Cost of Illness (COI): Egy betegség vagy állapot teljes gazdasági kihatása.
- Quality of Life (QOL): A betegség/állapot, illetve a kezelés hatása a beteg személyes, illetve szociális/társadalmi jólétére.

Hogy a terápia összköltsége számítható legyen, az összes költséget figyelembe kell venni az adott idő-intervallumban, attól függetlenül, hogy különböző költség-keretekbe foglaltatnak („kasszákat átjárhatósága”). Hiszen csak így érhető el a globális költség kezelés és szemlélet!

A HE, mint tudomány a gazdaságtan teóriáit, eszközeit és módszereit alkalmazza az egészségügy sajátosságaira. A HE elemzések ma az egészségügyi döntéshozók kezében jó eszközök, melyek bevezetésétől várható az egészségügyi ellátás hatékonyságának és költség-hatékonyságának növelése. A döntéshozók, a finanszírozók, a szolgáltatók és a betegek egyaránt érintettek.

4. Miben segítheti a Health Economics – egészség gazdaságtan – a magyar egészségügy átalakítását?

A magyar egészségügy problémái, az eddig meg nem oldott ellentmondások vezettek arra, hogy az egészségügy átalakításának szükségessége ma már a törvényalkotás szintjén tárgyalt a kérdés.

Tekintsük át vázlatosan a hazai helyzetet.

1. Az egészségügyi ellátás iránti szükségletet befolyásoló hazai tendenciák jól ismertek. Ezeket röviden az alábbiakban lehet összefoglalni:

- növekszik az időskorú lakosság aránya, csökken a születésszám;

- kiugróan magas és növekszik a középkorú lakosság halálózása, csökken a munkaképes lakosság aránya. A várható átlagos élettartam a nyugaton tapasztalt növekedéssel szemben jelentősen csökken;

- növekszik a krónikus nem fertőző megbetegedések gyakorisága, magas és nő az elkerülhető, idő előtti halálozás aránya;

- nő a szociális szakadék, széles rétegek marginalizálódnak, de a középrétegekben is csökken az egészség védelmére és az egészségügyre fordítható egyéni kiadások lehetősége;

- gazdasági-társadalmi változások árnyoldalaként magas és tovább emelkedik az egészségkárosító életvitelt folytatók aránya;

- ismét romlik az egyszer már megszilárdulni hitt közegészségügyi és járványügyi helyzet.

2. Az egészségügyi ellátórendszer néhány fontosabb jellemzője:

- az ellátások aránytalanul nagy része történik kórházakban;

- sok az akut beteget ellátó kórházi ágy;

- a szakmai összetétel nem illeszkedik a megváltozott betegség-struktúrához (kevés pl. a daganatos betegek ellátását szolgáló ágy, a gyermekszámhoz viszonyítva túlméretezettek a gyermekosztályok, szülészetek stb.);

- kevés az idős, krónikus betegek ellátására alkalmas, az ápolási és a rehabilitációs intézmények kapacitása;

- a járóbeteg-ellátás hiányosságai miatt a rehabilitáció jelentős része is fekvőbeteg-intézményben történik;

- a túlméretezett fekvő- és járóbeteg-intézmények állapota, műszerezettség nem felel meg a korszerű gyógyítás követelményeinek;

- az amortizáció nem épült be a finanszírozásba, a tulajdonosok pedig nem rendelkeznek a szintentartáshoz szükséges forrásokkal;

- korrupcióval terhelt, átláthatatlan a döntési rendszer;

- a paraszolvencia mint „fizetés kiegészítés”, és mint szinte hivatalosan kalkulált rendszere az átalakulást gátolja („ne változzon a rendszer, mert talán még rosszabb lesz” elve);

- a gyógyításban használt eljárások szakmai hatásossága és költséghatékonysága esetleges;

- a gyógyszerfogyasztás még a lakosság rossz egészségi állapotával összevetve is magas.

Az utóbbi két pontot szeretném kiemelni a HE szerepének részletezése során.

3. Az új egészségügyi törvény indoklása kimondja, hogy az új szabályozásra – többek között – azért van szükség, mert:

- a korszerű és gyakran nagyon költséges diagnosztikus és terápiás eljárások hatásosságának és hatékonyságának folyamatos értékelése és ennek megfelelően felhasználásuk szabályozása szükségessé vált;

- egyre növekszik a szakadék az orvosilag lehetséges és a finanszírozható ellátás között.

A törvény foglalkozik az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosításával.

A HE szerepét és helyét abban jelölnék meg, hogy a finanszírozásba csak azon költséges új eljárások és gyógyszerek kerüljenek be, melyek költséghatékonysági elemzése bebizonyítja az új eljárás létjogosultságát. A jelenlegi magyarországi gyógyszer-támogatási szabályozás kevésbé alkalmazza a világ számos részén elterjedt egészség gazdaságtani (health technology assessment) vizsgálati módszereket, melyek segítségével komplex módon határozható meg az egyes gyógyszerek hosszú távú gyógyászati és gazdasági hatékonysága.

A Glaxo Wellcome elhatározta, hogy egy olyan, a kormánytól, a társadalombiztosítástól, a gyártóktól és az alkalmazóktól független szervezet létrehozását kezdeményezi, mely az említett modern számítási módszerekkel állapítaná meg az egyes gyógyszerészeti termékek valódi „értékét”, s mely szervezet ajánlásait a kormányzat, illetve a társadalombiztosítás a gyógyszer-támogatások meghatározásánál kellő súllyal figyelembe veszi.

Egy ilyen szervezet létrehozásának jelenleg számos, elsősorban ágazatpolitikai akadálya van, figyelembe véve a jelenlegi rosszul működő rendszer fenntartásában érdekelt csoportok aktivitását.

A szervezeti forma, melyben a HE elemzéseket elképzeljük, a következő nemzetközi példák alapján épülne fel:

- Az Európai Unió finanszírozásában létrehozott EUR-ASSESS program;

- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), melynek célja a világ HTA szervezetei közötti kapcsolat létrehozása és az együttműködés elősegítése. Ennek tucatnyi európai tagja van.

- International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC).

D. Mathiász: *Cost effectiveness and drug therapy. Health Economics*

A társadalombiztosítási gyógyszerkiadások racionalizálásának egyik eszköze a referencia árrendszer kiterjesztése

Kovács Gábor¹, Szűts Tamás²

Előzmények

– A gyógyszerártámogatási rendszer új modellje, különös tekintettel a referencia árrendszer kiterjesztésére. Műhelytanulmány az „Életminőség javítása” című akadémiai nemzeti stratégiai program keretében, 1997. október.

– Középtávú gyógyszerár-támogatási stratégia. Javaslattal, különös tekintettel a fix-áras terápiás referencia támogatási rendszer bevezetésére. (Gyógyszerkutató Intézet Kft., Propharma, 1995.)

Makrogazdasági összefüggések

– A fejlett országokban a tudomány és a technológia fejlődése miatt egyre élesebben vetődik fel a technológiailag lehetséges és az anyagilag megengedhető terápiás lehetőségek konfliktusa.

– A korszerű terápiához való állampolgári ragaszkodás okozta költségproliferáció a szolgáltatókat költségérékenységre kényszeríti.

– Az elmúlt évtizedek kórházi költségrobbanása után napjainkban vagyunk tanúi az innovatív gyógyszerek drasztikus áremelkedésének.

– Az egészségügyben is végbemegy a kínálat-korlátos gazdaság átalakulása kereslet-korlátossá.

– A nemzeti egészségügyi számla a GDP függvénye.

Az „Egészség – Gazdaság” összefüggése:

– Az egy főre eső GDP és az egészségügyi költség szoros korrelációt mutat.

– A költséghatékonyság a prevenció – járóbeteg ellátás – kórházi ellátás sorrendben csökken.

– A magyar járóbeteg ellátás gyógyszerköltsége kb. a GDP 1,7–1,8%-a. Ezen belül a lakossági kifizetés aránya folyamatosan nő.

Szolidaritási elv

– Az egészségbiztosítás szolidaritási alapelvéből következik, hogy definiálni kell az alapvető egészségügyi ellátások megengedhető körét, és azt (döntően) közpénzekből kell finanszírozni.

– Az alapvető egészségügyi ellátás körébe új, életmentő, innovatív és drága gyógyszerek is beletartoznak, de anyagi vetületük – a jelenlegi keretek között – egyre megoldhatatlanabb.

Az alapvető gyógyszerek megengedhető köre

1. Alaplisták (WHO, nemzeti).

2. Gyógyszer referencia körök:

2.1. Azonos hatóanyagú gyógyszerek,

2.2. Azonos hatásmechanizmusú, azonos terápiás célra használt gyógyszerek,

2.3. Hasonló terápiás hatású, különböző hatásmechanizmusú gyógyszerek.

A referencia rendszerbe vonás mellett szóló érvek

– A me-too drug gyógyszer családot első képviselői gyakran generikumok.

– Nagy árkülönbségek vannak a me-too drug csoportokban.

– Ma már számos farmakoökonómiai analízis is mutatja az egyenértékűséget.

– A bevezetésnek vannak sikeres külföldi példái (pl. holland, német).

A referenciakörök kritikája

– A gyógyszerköltség megtakarítás nem jelent megtakarítást az összes egészségügyi költség szintjén.

– Az orvos receptírási „szabadsága” csökken.

– A ténylegesen meglévő farmakokinetikai és mellékhatás különbségek hangsúlyosabbá válnak.

– A rendszer elavult gyógyszerek használatára ösztönöz.

Speciális szakmai problémák a referenciakörök tervezésében

– A farmakokinetikai különbségek értékelésekor különös tekintettel kell lenni a beteg compliance-re.

– A mellékhatások objektív értékelése problémákat okoz.

A rendszer bevezetésének gazdasági hatása

Modellszámítás történt az ACE-inhibitorokra (ATC C02E). A számítási időszak: 1996. év. A számításhoz használt árak: az 1996. május 1-jei árak.

A számítás módszere: A készítmények ára a DDD (Daily Defined Dose) áraként került összehasonlításra, az egyes készítmények és kizserelési formák felhasználása DOT (Days of Treatment) egységben került meghatározásra. Referencia készítmény: Ednyr (Richter) és Enalapril (Merck). Megtakarítás: 1,355 milliárd Ft (a teljes csoport forgalom 16,5%-a).

A referencia árrendszer bevezetésére javasolt területek: 1995-ben már feldolgozásra került:

– J01D Egyéb béta-laktám antibiotikumok

– J01C Béta laktamáz antibiotikumok, penicillinek

– C02E A renin-angiotensin rendszerre ható szerek

– M01A Nem szteroid gyulladásgátlók és reumaellenes készítmények

– A02B Peptikus fekély kezelésének gyógyszerei

– C01D Szívizom terápia

– C08C Szelektív kalcium csatorna blokkolók

– J01F Makrolidok és linkozamidok

– C07A Egykomponensű béta-receptor blokkolók

– R06A Szisztémás antihisztaminok

További lehetséges csoportok:

– J01M Kinolon antibakteriális szerek

– B04A Koleszterin és triglicerid-csökkentő szerek

– B01A Trombózis kezelésére használatos készítmények

– R03D Asztma elleni egyéb szisztémás készítmények

– H02A Szisztémás kortikoszteroidok önállóan

- J02A Szisztémás gomba elleni szerek
- D01B Gombás fertőzések elleni szisztémás készítmények

Költségérzékeny és transzparens gyógyszerismertetés

Világszerte törekvés az orvosoknak és gyógyszerészeknek szóló gyógyszer-tájékoztató rendszerek transzparenciájának és költségérzékenységének a fokozása. A számos hazai nyomtatott és elektronikus rendszer javítható:

- az azonos hatásmechanizmusú gyógyszerek paneles ábrázolásával,
- a teljes és a beteg által fizetendő DDD ár összehasonlításával a különböző készítményeknél.

G. Kovács and T. Szűts: *One of the possibilities in the rationalisation of drug cost and of social insurance is the extension of the reference price-system.*

Pro-Pharma Pharmaceutical Consulting Ltd., Budapest, Berlini út 47–49. – 1045

Az OTC program megvalósítása Magyarországon

Dr. Matejka Zsuzsanna

Mértékadó szakvélemények szerint, Magyarországon a kórházi ágyak 8–10%-át a korábbi helytelen gyógyszer-terápia következményeként veszik igénybe. Az egészségkárosodást illetve állapotromlást eredményező gyógyszerelés legfőbb okai a következők:

- aluladagolás,
- túladagolás,
- rossz adagolási rend,
- helytelen alkalmazási technika,
- összeférhetlenség az alapbetegséggel,
- kedvezőtlen kölcsönhatás az alkalmazott gyógyszerek között,
- allergia.

Napjainkban a recept nélkül kiadható gyógyszerek számának ugrásszerű növekedésével a hibás gyógyszerelésből adódó károsodások lehetősége megnövekedett.

A gyógyszerválaszték rohamos bővülésével tömegesen kerültek forgalomba azonos hatóanyagú, különböző gyártók által, más-más néven piacra hozott, eltérő árú gyógyszerek. A korábban vényköteles készítmények közül számos gyógyszer recept nélkül is beszerezhető kategóriába lett átsorolva, ezzel egyidejűleg megszűnt egyes csoportok Tb. támogatása. Jogi lehetőség nyílt ezen gyógyszerek betegek részére történő reklámozására, a gyártó által meghatározott szabad árak alkalmazására.

A gyógyszer törvény megalapozza az EU konform ún. OTC gyógyszer-kategória létrehozását. A gyógyszerügyi profilrendelet kapcsán is a középpontban szerepel az OTC gyógyszerek ügye. Ezek a folyamatok felerősítik a recept nélkül kiadható gyógyszerek jelentőségét a lakosság gyógyszerellátásában.

Átalakuló jogrendünkben növekvő szerepet kapnak az állampolgárok – saját egészségükkel kapcsolatos – jogai és kötelességei. Ennek keretében nyilvánvaló, hogy a *betegnek joga van a korrekt gyógyszer információhoz* és az őt el látónak pedig kötelessége a gyógyszerrel kapcsolatos tudnivalók átadása. Az egészségügyben dolgozó szakemberek feladatai a gyógyszerekkel kapcsolatosan a gyógyszer rendelő orvos és a kiadó gyógyszerész között oszlanak meg.

- Vényköteles gyógyszer esetében az orvos feladata
- a diagnózis felállítását követő gyógyszerválasztás,

- a beteg tájékoztatása a rendelt gyógyszer hatásáról, adagolásáról, esetleges mellékhatásáról.

A gyógyszerész feladata:

- az orvosi információk megerősítése,
- kiegészítő tájékoztatás,
- a több orvos által rendelt gyógyszerek kontrollja,
- a vényen rendelt és recept nélkül vásárolt gyógyszerek szakmai ellenőrzése,
- helyettesítés.

A recept nélküli gyógyszervásárlás esetén a gyógyszerész az egyetlen szakember, aki segítséget nyújthat a betegek számára a helyes gyógyszerválasztáshoz.

A gyógyszerész feladatai a recept nélküli gyógyszervásárlásnál:

- tájékoztatás a hatásról,
- információ a mellékhatásokról,
- adagolási tanácsadás,
- alkalmazási mód elmagyarázása,
- az alapbetegséggel való összeférhetőség kontrollja,
- a receptre vásárolt gyógyszerekkel való esetleges kölcsönhatás ellenőrzése,
- allergia figyelés,
- helyettesítés.

Sajnos, őszintén meg kell mondani, hogy jelenleg a gyógyszerárak maradéktalanul nem tudnak eleget tenni a velük szemben indukálódott, felsorolt szakmai követelményeknek.

A kérdés kapcsán felmerülő alapproblémák egymást erősítik, jelesül:

- a betegek, a lakosság alacsony egészségkultúráltsága,
- a gyógyszerészek, gyógyszerkiadó asszisztensek időhiánya, szakmai felkészültségi problémák,
- a beteg-gyógyszerész viszony mechanikussága,
- a biztosító finanszírozó képességének csökkenő szintje.

Zs. Matejka: *Possibilities of introducing the OTC program in Hungary.*

HÍREK

A SZAKMAI ÉS A TUDOMÁNYOS ÉLET HÍREI

ETIKAI KÓDEX GYÓGYSZERÉSZEK RÉSZÉRE A FIP ÁLLÁSFOGLALÁSA

Ezt az állásfoglalást a FIP Tanács 1997. szeptember 5-i ülésén fogadta el Vancouverben.

Bevezetés

A hivatást az egyes szakemberek azon hozzáállása határozza meg, hogy miként alkalmazkodnak a minimális törvényi követelményeken túlmutató etikai és szakmai szabványokhoz.

A gyógyszerészek egészségügyi szakemberek, akik segítik az embereket egészségük megőrzésében, a betegségek elkerülésében, beszerzik a szükséges gyógyszereket, és a lehető legjobb felhasználásukat segítik elő.

A gyógyszerész szerepe az utóbbi 20 évben jelentősen megváltozott. Bár az alapvető etikai elvek lényegében ugyanazok maradtak, az Etikai Kódexet újra fogalmazták, hogy ismét megerősítsék és nyilvánosan közzétegyék azokat a szempontokat, amelyek a gyógyszerészek szerepének és felelősségének alapját képezik. Az erkölcsi kötelezettségeken és értékeken alapuló elveket azért fogalmazták meg, hogy képessé tegyék a nemzeti gyógyszerészeti szervezeteket arra, hogy az Etikai Kódexen keresztül irányítsák a gyógyszerészeket, a többi egészségügyi szakembert és a társadalmat a betegekhez való viszonyukban.

A gyógyszerészek a méltányos és jogos eljárást elvárják a számukra hozzáférhető egészségügyi források elosztása terén.

A gyógyszerészi hivatás gyakorlásának elvei

1. A gyógyszerész elsődleges felelőssége az egyes ember szolgálatára. Kötelezettsége

- az objektivitás,
- az egyén jólétének a saját személyes vagy kereskedelmi érdekei elé helyezése (beleértve az anyagi érdekeket is),
- az egyes ember támogatása abban a jogában, hogy biztonságos és hatásos kezelést kapjon.

2. A gyógyszerész mindenkivel valójában elkötelezett. Kötelezettsége

- az élet és az emberi méltóság tisztelete,
- tevékenységében az emberek közötti diszkrimináció kizárása,
- hogy törekedjen mindenkit egyéni körülményei szerint kezelni és informálni.

3. A gyógyszerész tiszteletben tartja az egyes emberek jogát ahhoz, hogy szabadon válasszák meg a kezelés módját. Kötelezettsége, a gondozási és kezelési tervek kidolgozása során az érintettel való konzultáció.

4. A gyógyszerész méltányolja és oltalmazza az egyén bizalomhoz való jogát. Kötelezettsége az egyén beleegyezése vagy megfelelő indok hiányában az információk titokban tartása.

5. A gyógyszerész kollégáival és más szakemberekkel

való együttműködése során méltányolja értékeiket és képességeiket. Kötelezettsége a kollégákkal, más szakemberekkel és képviselőkkel együttműködni az egészség elősegítéséért, a betegség megelőzéséért és kezeléséért tett erőfeszítésekben.

6. A gyógyszerész a szakmai kapcsolatokban tisztességesen és becsületesen cselekszik. Kötelezettsége:

- lelkiismerete szerint cselekedni, és
- el kell kerülnie az olyan gyakorlatot, viselkedést vagy munkakörülményeket, amelyek nem szakmai döntéseket eredményezhetnek.

7. A gyógyszerész szolgálja az egyén, a közösség és a társadalom szükségleteit. Kötelezettsége felismerni az egyén és a társadalom szükségleteiből fakadó felelősséget.

8. A gyógyszerész fenntartja és fejleszti tudását és szakmai jártasságát. Kötelezettsége minden gyógyszerészeti szolgáltatásban illetékességét biztosítani tudásának és szakértelmének folyamatos naprakészen tartásával.

9. A gyógyszerész biztosítja a gondozás folyamatosságát munkavíták, a gyógyszerértékesítés bezárása vagy személyes erkölcsi meggyőződéséből fakadó konfliktusok esetén. Kötelezettsége:

- ellátás hiányában a beteget másik gyógyszerészhez irányítani,
- a patika bezárása esetén a betegeket informálni arról, hogy adataikat melyik gyógyszerértékesítőbe helyezték át.

A fenti Etikai Kódexhez kapcsolódóan tájékoztatásul közöljük az Amerikai Gyógyszerész Fakultások Szövetsége által alkalmazott gyógyszerészi eskü szövegét.

Gyógyszerészi eskü

Ezennel fogadom, hogy szakmai munkásságomat az egész emberiség szolgálatába állítom a gyógyszerészi hivatáson keresztül. Elsődleges fontosságúnak tartom az emberiség jólétét és az emberi szenvedés enyhítését.

Tudásomat, tapasztalatomat és legjobb képességeimet arra fogom felhasználni, hogy biztosítsam az általam szolgált betegek részére az optimális gyógyszerterápiás eredményeket.

Lépést tartok a fejlődéssel és gyógyszerészi hivatásomban ápolom szakmai kompetenciámat.

Az erkölcsi, etikai és jogszabályi előírásokban a legigényesebb elveket tartom szem előtt.

Elfogadom és támogatom a gyógyszerészi hivatás olyan változásait, amelyek javítják a beteggondozást.

Ezt az esküt önkéntesen teszem, a közösség iránti felelősségem tudatában.

AZ MTA MEGVÁLASZTOTTA KÖZGYŰLÉSI KÉPVISELŐIT

NOSZÁL BÉLA A KÉPVISELŐTESTÜLET
TAGJA

Glatz Ferenc az Akadémia elnöke 1998. február 18-án átadta a megbízólevelet a múlt év végén megválasztott 200 fős doktori-képviselő tagjainak.

Az elnök fontos szerepet szán a közgyűlési képviselőnek. Szeretné, ha minél inkább részt vennének az Akadémia mindennapi életében, a döntések előkészítésében. A közgyűlési doktorok friss gondolataikkal segíthetik az Akadémia és a 11 tudományos osztály munkáját.

A közgyűlési képviselőket a közel nyolcezer főnyi testület széleskörű előkészületek során, közmegegyezéssel választotta meg. Így Noszál Béla a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszerészi Kémiai Intézetének intézetvezető egyetemi tanára, gyógyszerész, az MTA VII. Kémiai Tudományos Osztálya közgyűlési képviselője lett.

A magyar gyógyszerészet számára elismerés és nyereség Noszál Béla professzor közgyűlési képviselővé választása. Ezért örömmel adunk erről hírt, és a képviselőhöz, a munkához jó egészséget kíván

a szerkesztőség

PROF. DR. RÁCZ GÁBOR NEW YORK-I AKADÉMIAI TAGSÁGA ÉS DR. LÁRENCZ LÁSZLÓ KITÜNTETÉSE

Az MTA Pécsi Akadémiai Bizottság Gyógyszerészeti Munkabizottsága és az MGYT Gyógyszerésztörténeti Szakosztálya közös ünnepi tudományos ülést tartott Pécsen 1998. február 12-én a POTE Gyógyszertárának könyvtárában abból az alkalomból, hogy prof. dr. Rácz Gábor a New York Academy of Sciences tagjává választotta, valamint dr. Lárencz László ny. honvéd alezredest az MGYT Ernyey József emlékéremmel tüntette ki.

Dr. Szabó László Gy. tanszékvezető egyetemi tanár, a PAB Gyógyszerészeti Munkabizottsága elnöke köszöntötte a nyugdíjas éveit Pécsen töltő dr. Rácz Gábor professzort, a Marosvásárhelyi Egyetem Gyógyszerésztudományi Karának három évtizeden át volt dékánját, a farmakognózia világhírű tanárát. Dr. Rácz Gábor a tőle megszokott szerénységgel hátrította el a dicsérő szavakat, majd kötetlen beszélgetés formájában szövegezte munkásságáról, terveiről, a gyógyszerészet és a fitoterápia jelenlegi kérdéseiről. Nagy meglepetésként érte, hogy a New York Academy of Science tagjai sorába hívta, és felkérte a tudományterületét érintő kérdésekben az aktív közreműködésre.

Szívből gratulálunk Rácz Gábor pro-

fesszor rangos elismeréséhez. Ő azon magyar gyógyszerészek egyike, akit eddig három akadémiai tagsággal tiszteltek meg. Korábban tagjai sorába választotta a Nemzetközi Gyógyszerésztörténeti Akadémia és a Román Orvostudományi Akadémia is.

Az MGYT Ernyey József emlékéremmel a gyógyszerésztörténet kiemelkedő kutatóit jutalmazták. Most dr. Lárencz Lászlónak ítélték e kitüntetést, több mint három évtizedes gazdag munkásságának elismeréseként. A kitüntetést dr. Grabarits István szakosztályelnök adta át és röviden méltatta dr. Lárencz László igen gazdag és szerteágazó munkásságát. Dr. Lárencz László elsősorban úgy ismerik, mint Kazay Endre életútjának kutatóját. A köszöntést követő kötetlen előadásból kiderült, hogy a Kazay kutatás csak egy része dr. Lárencz László munkásságának. Gyár-, oktatás-, katonagyógyszerészet-, sajtó-, tudomány-, helytörténet, biográfia stb. területén külön elismerésre méltót alkotott, méghozzá úgy, hogy nála témánként és időrendben minden dokumentálva van. Bámulatra méltó az a rendszeresség, ahogy egy-egy eseményt vagy ügyet végigkövet újságcikkkel, fényképekkel, levelekkel dokumentálva, ha kell évszázadon át. Vaskos dokumentumgyűjtemény kötetibe lapozhattak a jelenlévők, melynek anyaga a magyar gyógyszerésztörténet nélkülözhetetlen forrása.

A jó hangulatú ünnepi ülést a házigazda, dr. Botz Lajos intézetigazgató főgyógyszerész vendégsége és a jelenlévők közös beszélgetése követte. (Jelen híradást a Gyógyszerészet előző számában megjelent beszámolóhoz kapcsolódva [Gyógyszerészet 42, 179 (1998).] közöljük. (A szerk.).

Dr. Grabarits István
szakosztályelnök

DR. PETRI GIZELLA PROFESSZOR AZ AUGUSTIN BÉLA EMLÉKÉREM KITÜNTETETTJE

Petri Gizella professzor asszonyt a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Gyógynövény Szakosztálya javaslatára az MGYT elnöksége „Augustin Béla” emlékéremmel tüntette ki. A főtítkárs az érem átadásakor méltatta a professzor 25 éves tanszékvezetői tevékenységét, rámutatva arra, hogy a kitüntetett a magyar gyógyszerészeti felsőoktatás első női professzora. Ő vezette be a farmakognózia tanszéken a fitokémia és fitoterápia tárgyak oktatását is.

Emellett mintegy 10 évig volt a Magyar Gyógyszerészeti Társaság tudományos folyóiratának, az Acta Pharmaceutica Hungarica szerkesztőbizottságának elnöke.

A kitüntetés átadására a Pécsi Fitoterápiás Napok 1998 rendezvény keretében, 1998. április 18-án, ünnepélyes körülmények között került sor.

Dr. Lipták József

AZ EURÓPAI GYÓGYSZERKÖNYV 100. ÜLÉSE

STRASBOURG, 1998. MÁRCIUS 17–19.

A jubileumi ülésről készült beszámoló alkalmat ad egyrészt az Európai Gyógyszerkönyv legutóbbi fejlődésének összefoglalására, másrészt a magyar csatlakozás helyzetének elemzésére.

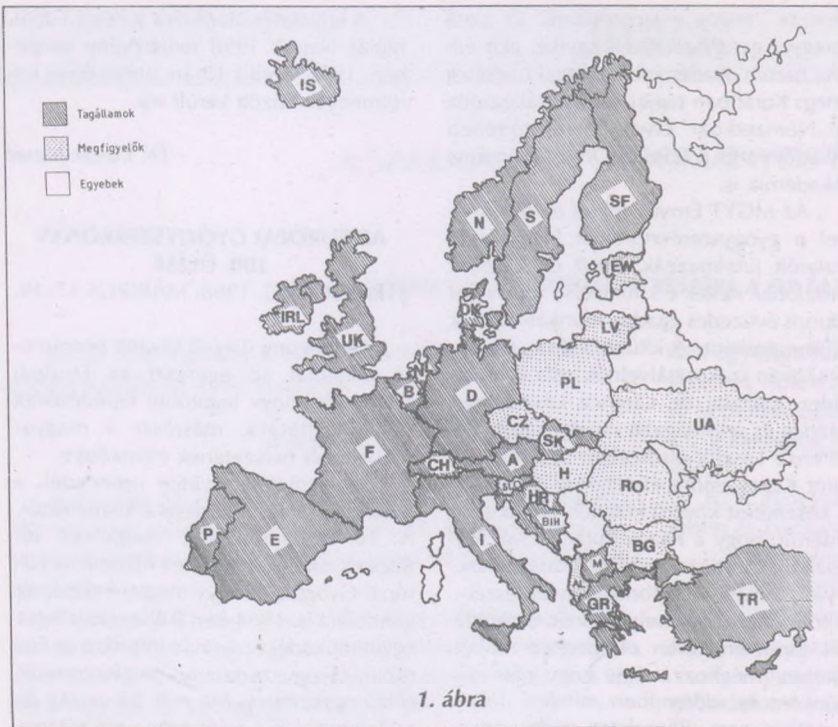
A megnyitón röviden ismertették a gyógyszerkönyv fejlődését a kezdetektől. A 18. szekcióülésen megjelent dr. Roberts, akinek a nevéhez fűződik az Európai Gyógyszerkönyv megteremtésének gondolata is. 1964-ben 8 állam részleges együttműködése nyomán jött létre az Európai Gyógyszerkönyv megteremtését célzó egyezmény. Ma már 25 ország és az Európai Unió mint szervezet is tagja az egyezménynek, valamint 18 megfigyelő érdeklődik az egyezmény iránt Európában és a tengerentúlról.

A megfigyelők között az európaiak kinyilvánították csatlakozási szándékukat, elsőként Magyarország, a Cseh Köztársaság és Lengyelország már 1991-ben. A megfigyelők között különleges státusza van az Egészségügyi Világszervezetnek, amely önállóan is ad ki gyógyszerkönyvet, elsősorban a fejlődő országok minőségvizsgáló laboratóriumai számára. A tengerentúliak között növekszik a belépésre is törekvő mediterrán országok száma: Marokkó, Szíria, Tunisz. A távoli megfigyelők (Ausztrália, Kanada, Kína, Malajzia) szerepe inkább a harmonizációs törekvésekben hasznos.

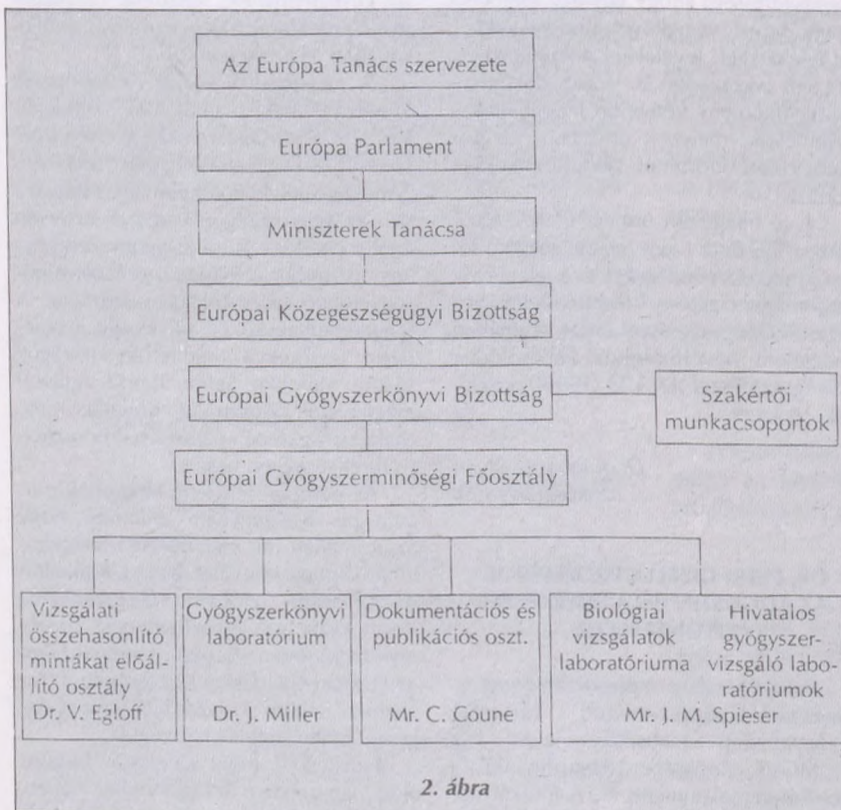
Az európai helyzetet térképünk mutatja be. Megjegyezni érdemes, hogy Svájc mellett ma már Bosznia-Hercegovina, Ciprus, Horvátország, a Makedón Köztársaság, Szlovákia, Szlovénia is olyan tagja az egyezménynek, amely nem tagja sem az Európai Uniónak, sem az Európai Gazdasági Közösségnek. Hasonlóan sajátos helyzetű tagország Izland, Lichtenstein és Norvégia.

Érdekes, hogy a délszláv háború előtt Jugoszlávia már tagja volt az egyezménynek. A volt Jugoszláviából kivált államok közül Szlovénia csatlakozott elsőként 1993-ban, amelyet 1994-ben Horvátország és Makedónia követett (1. ábra).

Kiemelkedő eseménye volt az ülésnek az új elnök megválasztása, miután prof. Schädlebach elnöki megbízatása lejárt. A szavazást Magyarország és Kanada képviselője (dr. Mattok) koordinálta, majd 21 igen és 2 tartózkodás szavazati aránnyal megválasztották az elnököt



1. ábra



2. ábra

dr. Derek Calam (UK) személyében, aki a júniusi ülésen foglalja el hivatalát.

Az újonnan megválasztott elnök felsorolta azokat az eredményeket, amelyek főleg elődje nevéhez fűződnek. Emlékeztetett arra, hogy 1992-ben költözött a gyógyszerkönyvi laboratórium új épületébe a régi helyéről, az Európai Parlament mellékepületéből és már az új helyen került sorra az egyezmény 30 éves fennállásának megünneplése 1994-ben.

Az Európai Gyógyszerkönyv 3. kiadása 1996-ban jelent meg, amelyet 1997-ben kiegészítő kötet követett.

Ennek az időszaknak az eredménye a Pharmedica folyóirat átalakulása is, amely ma már a monográfiákkal kapcsolatos vélemények, kiegészítések legfontosabb publikációs fóruma. Itt a megfigyelők is ismertethetik álláspontjukat az egyes minőségszabályozási kérdésekben. A laboratórium munkája megnöve-

kedett és új feladatokkal bővült, elsősorban az 1996. évben rendezett 95. ülés, az Európai Hivatalos Gyógyszervizsgáló Laboratóriumok tevékenységének összehangolása óta. (Részletesen: Gyógyszerészet 1996, 95. ülés).

Ezzel a gyógyszerkönyvi laboratórium neve is megváltozott. Az Európai Gyógyszerminőségi Főosztály (EDQM) mai szervezeti felépítését és feladatait ábrán mutatjuk be (2. ábra).

A szakértői munkacsoportok a Gyógyszerügyi Bizottság felhatalmazása alapján dolgozzák ki a monográfiákat sokszor speciális szakértők bevonásával. Az utóbbi időszakban homeopathiás bizottság is alakult (Részletesen: Gyógyszerészet, 1997. 97. ülés).

Kivételes esetekben az utolsó években a megfigyelő országok (Lengyelország, Észtország) szakértői is helyet kaptak a bizottsági munkában.

Az Európai Gyógyszerkönyv alapításáról a 100. ülésen, az Európa Parlament „Kék” termében tartott fogadáson emlékeztek meg. Itt nyílt alkalom arra, hogy a magyar delegáció kitérjen a megfigyelő időszak alatti eredményekre. Ezt elsősorban az OGYI által kiadott általános monográfiák megjelenése és a Népjóléti Minisztérium által a kormányznak szánt határozati javaslat fémjelzi.

A fogadáson megjelent dr. Braun Gyula magyar követ is, aki szintén aktívan részt kíván venni a magyar csatlakozás végrehajtásában. A nagykövet kifejtette, hogy a csatlakozás sokkal inkább szervezési mintsem szakmai kérdés, hiszen az utóbbi feladatok megoldásában eddig is megfelelő előrehaladást értünk el.

Az ünnepélyes megemlékezés után a Bizottság folytatta munkáját és kijelölte a közeljövő feladatait. Ebben az évben a következő ülésen alelnök választásra kerül sor, majd novemberben a szakértői csoportok elnökeit újítják meg.

Az ülés során Mrs. Hughes az Európai Unió képviselőjében tájékoztatást adott a Brüsszelben folyó munkák állásáról (CPMP), beleértve a vérkészítmények vírusmentesítésének kérdését is. Majd S. Fairchild az egyesített európai törzskönyvezés (EMA) 1997. évi eredményeiről számolt be.

Megtárgyalták az alkalmassági bizonylat (Certificate of suitability) rendszerének módosítását. A bizonylat azt igazolja, hogy az anyag tisztaságára vonatkozó vizsgálatok valóban alkalmasak a várható szennyeződések kimutatására. Ezek elsősorban szintetikus anyagoknál használhatók.

Éles vita alakult ki a homeopathiás készítmények monográfiájának elkészítéséről, ill. annak indokoltságáról. Végül két, a gyógyszerkönyvi kérdésekkel összefüggő konferencia előkészületeit ismertették. Ebben az évben május 5-6-án Strassburgban megbeszélést tartanak az

állatgyógyászati szérumok vírusbiztonsági kérdéseiről. Október 26–27-én Sevillában kerül sor az Európai Gyógyszerkönyv tematikus konferenciájára, amely a gyógyszerformák technológiai és ellenőrzési szempontjait öleli fel. A Bizottság 101. ülésére június 23–25. között kerül sor.

Az Európai Gyógyszerminőségi Főosztály és társult laboratóriumi néhány ösztöndíjas helyet biztosítanak fiatal kutatóknak. Magyar, Ph.D.-vel rendelkező gyógyszerészt is szívesen látnak Leuvenben (Belgium) nagynyomású folyadék kromatográfiás vizsgálatok validációjának témakörében. A részletekről az MGYT titkársága ad ki felvilágosítást.

Dr. Lipták József

AZ MGYT OKTATÁSI ÉS KÖZIGAZGATÁSI SZERVEZETÉNEK ÜLÉSE

Az MGYT több mint 120 tagot számláló Oktatási és Közigazgatási Szervezete 1998. február 27-én megbeszélést tartott Budapesten az oktatásban és a gyógyszerellátás különböző területén tevékenykedő kollégák képviselőinek részvételével. A megbeszélés a képzés további korszerűsítésére vonatkozó vélemények összegyűjtését és a megfogalmazott javaslatok továbbítását célozta az illetékes vezetők felé.

Dr. Simon Lajos, az Oktatási és Közigazgatási Szervezet elnöke, bevezető előadásában örömet fejezte ki, hogy a gyógyszerészi pálya tekintélye az elmúlt években jelentősen megnőtt, oktatási intézményeinkben nincsenek beiskolázási gondok, a pályakezdő kollégák könnyen találnak munkahelyet. A jelenlegi kedvező helyzet megőrzése érdekében azonban fel kell ismerni azokat a teendőket, amelyek a gyógyszerészképzés további korszerűsítéséhez szükségesek. Most vált időszerré a permanens fejlődés kimunkálása, a képzés eurokonformmá tétele.

A tíz szemeszteres oktatás során erőteljesen nőtt a biológiai tárgyak súlya, tartalma, továbbá bevezetésre kerültek informatikai, közgazdasági, vállalkozói irányultságú tárgyak. A képzésben további módosításokat indokolnak a közelmúltban kialakult kedvező és kedvezőtlen változások. Ezek közül néhány:

– Az OTC készítmények növekvő száma a gyógyszerellátásban, a készítményekhez kapcsolódó felvilágosító munka újabb kihívást és fokozott felelősséget ró a gyógyszerészekre.

– A hazai gyártású gyógyszerek mellett az igen nagyszámú külföldi gyógyszer forgalmazása következtében egyfajta globalizálódás érvényesül. A világon forgalomban lévő csaknem valamennyi gyógyszer itthon is előbb-utóbb hozzáférhető lesz. Ez szintén hatással kell hogy legyen a képzésre.

– A privatizáció szükségessé teszi a vállalkozói irányultságú képzés megvalósítását, illetve hatékonyabbá tételét.

– A jelenlegi konjunktúra után a pálya telítődik, netán munkanélküliség is előfordulhat a gyógyszerészek körében.

– A felvevőpiac mindenkor figyelembevétele a jövőben egyre inkább meghatározó lesz a hazai gyógyszerészképzésben résztvevő intézetek szempontjából. A normatív finanszírozás egyben verseny is jelent.

– Képzési rendszerünk túlságosan zárt. Nem megoldott a külföldön hallgatót félévvel elismerése. A képzést hazai vonatkozásban is nyitottá kell tenni. Az átjárhatóság és szakváltások módosításának kidolgozásával, a kredit rendszer általános bevezetésével kedvező feltételek teremthetők a kényeszerű szakmai irányváltásra, az esetleges pályamódosításra.

Az előadó szemléltetésként számos példán keresztül ismertette a külföldi gyógyszerészképzést, hangsúlyozva, hogy csak az arra alkalmas példákat kell elfogadni és adaptálni. „Ilyen és ehhez hasonló kérdésekben szeretnénk segítséget adni azoknak az állami vezetőknek, akiknek a feladata a gyógyszerészképzés, szakképzés és továbbképzés folyamatos korszerűsítése, a mindennapi élet követelményeire való igazítása. Ez a cél széleskörű szakmai összefogással és együttgondolkodással valósítható meg. Ehhez kérjük a tisztelt kollégák segítő támogatását” – fejezte be vitaindító előadását *dr. Simon Lajos*.

Az előadást számos hozzászólás követte. *Dr. Vincze Zoltán* professzor a szakgyógyszerészképzés és a gyógyszerész-továbbképzés jövőbeni módjáról, lehetőségeiről adott tájékoztatást. Az új szak- és továbbképzési rendelet megjelenését követően – várhatóan már szeptembertől – a képzés a továbbiakban

több egyetemi centrumban folyik. Felhívta a figyelmet az áthallgatás normatív finanszírozásból adódó jelenlegi nehézségeire. Szükségesnek tartja az oktatott tárgyak tematikájának felülvizsgálatát, esetleges új tárgyak akkreditáltatását, a szabadon választható tárgyak revízióját, valamint az egyetemi oktatók anyagi megbecsülésének fokozását. Reményét fejezte ki, hogy a privatizáció befejeződését követően a felszabaduló energiák a gyógyszerészi hivatás és a szakma szempontjait erősítik.

Dr. Mezey Géza professzor többek véleményével összhangban fontosnak tartja, hogy a gyógyszerészek képzése a szakma kezében maradjon. Ez a gyógyszerészet vezető pozícióira is vonatkozik.

Dr. Horpácsy András és *dr. Hupuczai Rozália* a hálózatban dolgozók kollégák posztgraduális képzésének fontosságáról fejtette ki véleményét. Hangsúlyozták az egyre növekvő számú vény nélkül kiadható gyógyszerekkel kapcsolatos korszerű információk átadására való felkészítés szükségességét, szorgalmazták a közfoglalmú gyógyszerárakban dolgozó gyógyszerészek ilyen irányú folyamatos továbbképzését. Beszéltek az oktató gyógyszerárakkal szemben megfogalmazott elvárásokról is.

Hankó Zoltán hangsúlyozta, hogy az új értékrend kialakításánál figyelembe kell venni a gyógyszerészek kettős – egészségügyi szolgáltató és kereskedelmi – tevékenységét. Jelenleg az egészségügyi szolgáltatói jellegnek kell előtérbe kerülnie.

A hozzászólások elhangzása után az Oktatási és Közigazgatási Szervezet vállalta, hogy a gyógyszerészképzésre vonatkozóan trendeket állít össze, beleértve a fizetéseket is. Legyen érték az elhelyezkedés során az egyetemi előélet. A tradicionális gyógyszerészpozíciókat az oktatásban is védeni kell. Mivel az oktatás az egész szakma közügye, évente, felmérés alapján az Oktatási és Közigazgatási Szervezet vitafórumot kíván nyitni a gyógyszerészképzés és továbbképzés aktuális problémáiról. Jó lenne, ha kirajzolódna a képzés különböző helyein (Budapest, Szeged, Debrecen) kínáló speciális irányultság, és ez kifejeződne a végzetek elhelyezkedésén keresztül is.

Dr. Varga Erzsébet

A Gyógyszerészet Szerkesztőségének felhívása

A Gyógyszerészet Szerkesztősége kéri mindazokat a kollégákat, akik továbbképzéseket • szakmai, szakmapolitikai rendezvényeket • kiállításokat szerveznek, hogy azokról már megrendezésüket megelőzően írásban vagy telefonon tájékoztassák szerkesztőségünket, annak érdekében, hogy szaklapunkban beszámolhassunk róluk.

Cím: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Telefon: 117-1488/371 mellék

A DR. MOZSONYI SÁNDOR ALAPÍTVÁNY DÍJKIOSZTÁSA ÉS TUDOMÁNYOS ÜLÉSE

Március 20-án a NET Tanácstermében az Alapítvány Kuratóriuma, a Gyógyszerésztudományi Kar vezetése, valamint a Magyar Gyógyszerészhallgatók Egyesülete (HUPSA) szervezésében élénk érdeklődés mellett került sor az idei díjkiosztásra, valamint az Alapítvány második tudományos ülésére.

A jubileumi eseményen megemlékeztünk arról, hogy pontosan tíz éve tizenhat gyógyszerügyi központ, valamint a Magyar Gyógyszerészeti Társaság és a Gyógyáruértékesítő Vállalat anyagi segítségével sikerült megteremteni az anyagi alapokat. Azóta számos támogatónk akadt, felsorolásukat a rendezvényre készített programfüzet tartalmazza. 1997-ig a fiatal oktatók kategóriájában 17, a disszertánsok közül 6, az oktató gyógyszerészeknél 3, míg a Ph.D. kategóriában 2 főt tudunk jutalmazni. Ezen kívül összesen 67 hallgató vehette át a pályadíjakat. A kifizetett összeg kerekén 2 millió forint volt!

Ezen a helyen is szeretnénk megemlékezni arról, hogy a fenti kezdeményezéssel egyidőben dr. Aradi Lajos igazgató – aki dr. Mozsónyi Sándor professzor mellett tanársegéd volt a Gyógyszerészeti Intézetben – a Humán Oltóanyagtermelő és Gyógyszergyártó Rt. részéről létrehozta a tudományos ösztöndíj rendszerét. Ennek keretében 1988/89. tanév II. félévétől az 1995/96. tanév I. félévéig 56 hallgató élvezhette a kezdetben havi 3000 Ft majd 1992-től havi 5000 Ft-os anyagi támogatást. A vállalat ennek fejében összesen nettó 1 100 000 Ft-ot folyósított hallgatóinknak. Két évvel ezelőtt új ösztöndíj konstrukciót vezetett be a Humán Rt., amelynek lényege: jóval magasabb anyagi ösztönzés és erőteljesebb kötődés a gyógyszergyárhoz.

Dr. Takács Mihály professzor ismertette és méltatta dr. Aradi Lajos igazgató úr pályakezdő éveit, egykori oktatói mi voltát.

Az idén Alapítványunkhoz 22 fiatal nyújtotta be pályázatát, akik az alábbi díjazásban részesültek.

Ph.D. kategória

I. díj: 50000 Ft: *Borcsiczky Dóra* (Gyógyszerhatástani Intézet), II. díj: 40000 Ft: *Fekete Rita* (Gyógyszerészeti Intézet).

Hallgatói kategória

I. díj: 25000 Ft: *Budai Mariann* (II. évfolyam), *Erdélyi Máté* (IV.), *Koncsek Krisztina* (IV.), *Csányi Nikoletta* (V.), *Kraszni Márta* (V.), *Schay Gusztáv* (V.).



A kitüntetettek egy csoportja (balról): *Erdélyi Máté, Kraszni Márta, Koncsek Krisztina, Borcsiczky Dóra, Budai Mariann, Csányi Nikoletta, Schay Gusztáv*

II. díj: 15000 Ft: *Andrasek Viktória* (III. évfolyam), *Klopp Ágnes* (III.), *Komlódi Tibor* (III.), *Szenthe Andrea* (IV.), *Zsila Ferenc* (IV.), *Barabás Edit* (V.), *Horváth Éva* (V.), *Horváth Ildikó* (V.), *Magyar Tamás* (V.), *Molnár Péter György* (V.), *Pekker Judit* (V.), *Szentesi Aletta* (V.).

III. díj: 8000 Ft: *Buko Karolina* (III. évfolyam), *Kovács Eszter* (IV.).

A díjak adókötelesek, így a bruttó összegeket tüntettük fel.

A rendezvény második részében került sor a tudományos ülésre, amelynek előadói a korábbi években Mozsónyi díjas fiatal oktatók voltak. Az ülés elnöki teendőit dr. Vincze Zoltán egyetemi tanár, a Gyógyszerésztudományi Kar dékánja látta el.

Az ülés programjában az alábbi előadások szerepeltek.

1. *Dr. Szőkő Éva* (SOTE Gyógyszerhatástani Intézet): Gyógyszermetabolitok kiralításának vizsgálata kapilláris elektroforézissel;

2. *Dr. Tóth Péter* (University of Chicago, Chicago MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézet, Budapest): Kappa opioid receptor expressziója sejtvonalakban;

3. *Morvai Miklós¹*, *dr. Boros Sándor²*, *dr. Borossy András²*, *dr. Mátyus Péter¹* (¹SOTE Szerves Vegytani Intézet, ²Gyógyszerkutató Intézet): Piridazinszármazékok konformációanalízise NMR spektroszkópia és számítógépes molekulamodellzés segítségével;

4. *Nagy Tamás, Kocsis Ákos* (SOTE

Szerves Vegytani Intézet): A Lamiaceae növény család iridoidjai;

5. *Dr. Zelkó Romána* (SOTE Gyógyszerészeti Intézet): Kis mennyiségű hatóanyag, granulátum-halmazon belüli eloszlásának változása szárítás hatására;

6. *Dr. Muskáth Zolt* (SOTE Gyógyszerészeti Intézet): Antacid szuszpenziók formulálási szempontjai;

7. *Dr. Hips Frigyes*: Gyógyszerári marketing.

Az elhangzott előadásokhoz dr. Huszti Zsuzsa tudományos főmunkatárs, dr. Kenéz Mária osztályvezető, dr. Stampf György egyetemi docens, dr. Török Tamás és dr. Vincze Zoltán egyetemi tanárok szoltak hozzá.

A tudományos ülés végén dr. Zalai Károly emeritus professzor meleg szavakkal emlékezett meg a névadóról, a Kar első dékánjáról, akinek fáradhatatlan, kitartó munkája eredményezte a Högyes Tömb kialakítását, a jelenlegi Gyógyszerészeti Intézet struktúráját, a négy és fél éves időtartamú gyógyszerészképzés bevezetését.

A jól sikerült rendezvény szakmai tanulságai mellett erkölcsi és anyagi elismerést nyújtott huszonkét fiatalnak, valamint a résztvevők megható visszaemlékezéssel is gazdagabbak lettek.

Dr. Stampf György
egyetemi docens,
a dr. Mozsónyi Sándor Alapítvány
Kuratóriumának elnöke

GYÓGYSZERÉSZ DIÁKNAPOK

Március 19–20-án a SOTE gyógyszerész hallgatói „Gyógyszerész Diáknapok”-at tartottak Budapesten. Az ez alkalommal szünetelő tantermi előadások és gyakorlatok helyett számos cég bemutatkozó előadásait hallgatták meg a jelenlévők, és kiállításokon, illetve az állásbörze standjainál tölthettek hasznos percek.

A cégelőadásokon nemcsak a gyári munka, hanem az orvoslátogatói munkakör és a számítógépes rendszerek kínálta lehetőségek is felvetődtek.

A két napos rendezvénysorozat adott lehetőséget a Mozsonyi Sándor Alapítvány díjkiosztására és tudományos ülésére, melyről rovatunk más helyén számolunk be.

A komoly szakmai program mellett az első este játékos vetélkedő és Ki, mit, tud?, a második este a gyógyszerészhallgatók bálja került megrendezésre. A jó hangulatú rendezvénynek feltehetően folytatása is lesz.

(–)

A SZEKERES ALAPÍTVÁNY DÍJÁTADÁSA

A Szekeres Sándor Alapítvány Alapszabályában foglaltak szerint minden évben kitüntetést ítélnék oda Baranya és Bács-Kiskun megyei fiatal pályakezdő gyógyszerészek megfelelő színvonalú pályamunkájára. Úgyszintén az Alapszabály rendelkezik arról, hogy ennek hiányában a kitüntetésre a Gyógyszerészet szerkesztője tesz javaslatot.

Ez évben az alapítványt tevő rendelkezése szerint április 8-án, ünnepi körülmények között került átadásra *Mérés Edinának* a kitüntetés, a Gyógyszerészet-höz benyújtott dolgozata alapján. A kitüntetésen résztvevő az alapítványtevő *Szekeres Sándor, prof. dr. Vincze Zoltán* MGYT elnök, valamint a Gyógyszerészet szerkesztőségének képviselőjében *Hankó Zoltán* felelős szerkesztő és *dr. Kovács László* szerkesztő.

A kitüntetett dolgozatát a gyógyszer-tári minőségbiztosítás témakörében nyújtotta be.

Hankó Zoltán

SAKMAI TOVÁBBKÉPZÉS PILISVÖRÖSVÁRON

1998. március 29-én az MGYT Pest Megyei Szervezete rendezésében került sor a címben említett gyógyszerész-továbbképzésre.

A rendezvény programját az OTC gyógyszerelés aktuális kérdései adták.

Dr. Bódis Lászlóné megyei tisztifőgyógyszerész előadásában az OTC gyógyszerelés felelősségére, a mellékhatások és kölcsönhatások ismertetésére, valamint a reklámtörvény és a kapcsolódó miniszteri rendelet gyógyszerpromóciós előírásaira hívta fel a figyelmet.

A tisztifőgyógyszerész asszony által említettek szellemében hangzottak el a nap további előadásai, nevezetesen:

Dr. Pallós Júlia (Bayer Hungária Kft.): Fájdalomcsillapítók, antacidumok;

Herczeg Andrea, dr. Ulrich Elemér (Chinoín Rt.): Görcsoldás, epehajtók, a magnézium szerepe a szervezetben, lábikra görcs;

Dr. Gubacsi László (SmithKline Beecham): Meghűlés, influenza, allergia;

Dr. Malomvölgyi Béla (EGIS Rt.): Vitaminok, köptetők, nyákoldók;

Dr. Kéry Ágnes (egyetemi adjunktus, SOTE): Gyógynövények és gyógyhatású készítmények szerepe a megelőzésben ill. a gyógyításban.

Az igen értékes információkat adó előadásokat 70 kolléga hallgatta végig. Az egész napos továbbképzést mindenki hasznosnak ítélte.

A felmerült igények alapján 1998-ban még a szív- és érrendszeri megbetegedések, antibakteriális szerek, valamint antidiabetikumok, inzulinok témakörében tervezzük hasonló továbbképzések szervezését.

Magyarné dr. Pintér Gabriella

VEVŐTALÁLKOZÓ A PHOENIX PHARMA FÓTI TELEPHELYÉN

A Phoenix Pharma fóti telephelyén a nagykereskedelmi cég vezetése tavasszal 3 alkalommal is vevőtálalkozót szervezett a gyógyszerészek részére. Ezen *dr. Duha Gabriella* vezérigazgató tájékoztatást adott arról, hogy a Pest Megyei Gyógyszertári Központból átalakult Parma Patika Rt.-t 1995. decemberében német szakmai befektető vette meg és ezt követően módosult a cég neve Phoenix Pharma Rt.-re. Jelenleg a Calix Rt. megvásárlását követően az Rt. a nagykereskedelmi forgalom 16%-át bonyolítja. Gyógyszerészbarát üzletpolitikát folytatnak, és ennek a héttérben nemcsak az üzleti érdekek állnak, ugyanis az 5 tagú igazgatóság 4 tagja gyógyszerész.

Dr. Sűdy György kereskedelmi igazgató tájékoztatott arról, hogy a rendelésfelvétel a számítógépes rendszer hibáinak kiküszöbölését követően ismét tökéletesen működik.

Részben a banki kamatok változása miatt, részben üzletpolitikai megfontolásból új kedvezményrendszert vezetnek

be. Többek között kereskedelmi hitelt is nyújtanak felújításra, illetve számítástechnikai rendszer bővítésére. A selejt gyógyszer megsemmisítésében is segítenek.

Dr. Körmöczy Magdolna logisztikai vezető az elmúlt időszak fejlesztéséről számolt be, a tájékoztatót követően pedig a vendégek megtekinthették a fóti telephelyet, majd valamennyiüket vendégül látták.

Hankó Zoltán

TÁJÉKOZTATÓ A MAGYAR HIGIÉNIKUSOK TÁRSASÁGÁNAK FODOR JÓZSEF ÉS FENYVESSY BÉLA EMLEKÜLÉSÉRŐL

A Magyar Higiénikusok Társaságának emlékületét ez év március 26-án tartották. Az emlékület tárgysorozata: elnöki megnyitó, emlékérmek átadása, Fodor és Fenyvesy emlékelőadások, Fodor József domborművé arcképének megkoszorúzása volt.

Dr. Morava Endre a Magyar Higiénikusok Társaságának elnöke nyitotta meg az emlékületet. Köszöntötte a résztvevőket, méltatta az emlékület jelentőségét, vázolta a kitüntetettek szakmai tevékenységét, majd átadta az emlékérmeket.

A Fodor József emlékelőadások egyikét *dr. Sujbert László* egyetemi tanár tartotta (Semmelweis OTE Közegészségtani Intézet): „A fővárosi ivóvíz minőségének kutatása a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézetében” címmel. Előadásának bevezető részében köszönetet mondott a Társaság elnökének, vezetőségének, munkatársainak. Kegyelettel és tisztelettel emlékezett egykori vezetőiről, néhai *dr. Melly József* egyetemi tanárról és néhai *dr. Vitéz István* egyetemi docensről. Mindketten példamutatásukkal, rendszeres, igényes és fegyelmezett munkára neveltek. Az egyetemi oktatás és kutatás kezdeti nehézségein átgépezték, bölcs és hasznos tanácsokkal látták el.

Emlékelőadásában először az „ubi-quitae” környezetszennyezést okozó higany és kadmium környezeti migrációjának modellkísérleti vizsgálatával foglalkozott. A modellkísérlet közvetlenül a víztisztításban használt homokszűrés, közvetetten a partiszűrés, a homoktalajt szimulálja. A kísérleti modellben a kalcium, kalcium + tenzidek, a higany és a kadmium szennyezést elmozdítják. A kísérleti adatok eredményeiből következik, hogy a környezetben deponálódott higany és a kadmium a víztisztításban használt homokszűrőről, a talajból a kalcium, a kalcium + tenzidek hatására az ivóvízbe migrál, valamint a talajvízbe is belekerül. A hosszú biológiai felezési

idejű, kumulálódó és toxikus fémek közvetve vagy közvetlen exponálják az élőlényeket, pl. az embert, a haszonállatokat.

Előadásának második részében a vízfertőtlenítés (oxidálás) folyamán keletkezett mellékreakció termékek hatásának és expozíciójának modellkísérleti vizsgálatát ismertette. Az ivóvízminék mellékreakció termékeinek koncentrációjai genotoxikusak. A genotoxikus mellékreakciótermékek humán mutagén/karcinogén expozíciót okozhatnak.

A második Fodor József emlékelőadást *dr. Rudnai Péter* osztályvezető főorvos (Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Országos Környezetegészségügyi Intézet) tartotta „20 év környezetepidemiológiai tapasztalatai: feladatok a XXI. század küszöbén” – címen. A környezetszennyező arzén endemiás hazai előfordulásáról és hatásának környezetepidemiológiai vizsgálatáról és értékeléséről beszélt. A levegőszennyezés gyermekekre való hatásának vizsgálati eredményeit ismertette, valamint az azokból levonható következtetésekről szólt.

Az egyik Fenyvessy Béla emlékelőadást *dr. Csanády Mihály* osztályvezető (Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Országos Környezetügyi Intézet): „Káros vegyi anyagok a hazai ivóvizekben” – címmel tartotta. A hazai ivóvizek nitrát, fluorid, bór, szelén, peszticid előfordulási szintjéről, a határérték felülvizsgálatáról és megállapításának nehézségeiről beszélt.

A másik Fenyvessy Béla emlékelőadás során *dr. Tempfli Ágnes* megyei tisztifőorvos (ÁNTSZ Bács-Kiskun Megyei Intézet): „Gondolkodás Bács-Kiskun megye környezetegészségügyi helyzetének népegészségügyi konzekvenciáiról” – címmel a megye népegészségügyét jellemző adatokat mutatta be és értékelte.

Az előadásokat a hallgatóság érdeklődéssel fogadta. Az előadást követően Fodor József domborművű arcképét koszorúzták meg.

Dr. Sujbert László

GYÓGYSZERÉSZET – GYÓGYSZERÉSZEK BARANYÁBAN

Március havában, szakmai vonatkozásban, két esemény történt: 21-én a megyei Gyógyszerész Bál és 28-án a Kamara megyei közgyűlése.

A báli mulatság a pécsi Palatinus Szálló Bartók termében, 19 órakor kezdődött, melynek kb. 150 főnyi közönségét, élén a bál fővédnökével *dr. Szabó Sándor* országos elnökkel, *Beck Józsefné* megyei elnökösszony köszöntötte. Külön is köszöntötte *dr. Takács Imrénét* a Pannonmedicina Rt. vezérigazgató asszo-

nyát, akinek, mint a báli rendezvény fő támogatójának egyben köszönetét is kifejezte.

Beszédében megemlékezett az elmúlt 5–6 hat év szakmát érintő változásairól, küzdelmeiről. Idézett a festőművész-gyógyszerész *Csontváry Kosztka Tivadar* és az író-gyógyszerész *Örkény István* jelenre is alkalmazható megállapításából, kérve a közönséget, hogy a problémákat ezen az estén tegyék félre.

A komoly gondolatokat idéző szakmai tartalom mellett mégis vidám hangulatú közzöntő beszéd végén megköszönve a rendezőtársak segítségét is, mindenki számára jó szórakozást kívánva, felkérte a fővédnököt a bál megnyitására. Ezután tánciskolás fiatalok nyitótánc-be mutatója, szórakoztató műsor, bőséges választékú nagy vacsora, meglepetésekkel teli, derűs tombola következett, majd a bál legidősebb vendége nyerte el – szerrinte kedves és diplomatikus női cselszövés révén – a „legsármosabb” férfi kitüntetést és az elnökösszony kezéből a díszes kivitelű jelvényt. A vidámság és a jó hangulat végigvonult a táncos, baráti báli estén és kitarított olyannyira, hogy hajnali 3-kor is még „fél ház” szórakozott az igazán sikeres és méltóan színvonalas rendezvényen.

A kamara évi rendes közgyűlését a Pécsi Orvostudományi Egyetem Szigeti út 12. alatti épületének I. sz. tantermében március 28-án tartotta. Napirend előtti tájékoztatást tartott *Révbió Géza* az APEH főrevizora a JPTE keretén belül tartandó kb. 30 órás tanfolyamról, amely a háziorvosok, gyógyszerészek és állatorvosok részére a vállalkozási tevékenység végzésének gyakorlására irányul.

A napirendnek megfelelően *Beck Józsefné* elnöki beszámolójában foglalkozott a pécsi gyógyszertárak bérleti díj emelésének problémájával, a peres eljárás kilátásaival, továbbá a kapott információk alapján azzal, hogy az önkormányzatok az egyre emelkedő bérleti díjak ellenére sem biztosítják az állagmegóvást. Megemlékezett az észrevételekről, miszerint a számítógépes rendszergazdák szerződéseinek a minősége kifogásolható, mert diktátum jellegű. Szólt az ügyeleti rendszer továbbfejlesztéséről, a megyei szervezet iroda helyisége létesítésének szükségességéről. Elismeréssel számolt be arról, hogy az országos közgyűlésen a megyei küldöttek „tisztességes számban” vettek részt. Ismertette a tagdíjfizetést és annak elszámolási lehetőségét, figyelemmel arra is, hogy a tagdíj mértékét többen magasnak tartják. A Kereskedelmi és Iparkamarával való kapcsolat említése mellett felhívta a figyelmet a folyó évi tisztújító közgyűlésen való részvétel fontosságára, a szavazati jog gyakorlására. Beszámolt arról is, hogy az elnökségi ülések havonta rendezve lezajlottak, és jó fórumnak tartotta a megyei

elnökök negyedévenkénti „vándorgyűlését” a felmerülő problémák megvitatása céljából.

Dr. Nagyné Kardos Mária titkári beszámolójában beszélt a 97. évi pénzügyi gazdálkodásról és a 98. évi tervekről, továbbá arról is, hogy bár új kézigyógyszertárt kialakítani már nem lenne lehetséges, mégis engedélyezték egynek a működését egy olyan helyiségben, ahol fiókgyógyszertár is van, aminek a rentabilitását veszélyezteti. Pécssett a kamara kétszeri tiltakozása ellenére is engedélyezték új gyógyszertár létesítését. Ismét szóba került a kamara irodahelyiségének ügye, annak hangsúlyozásával, hogy a belvárosban kell lennie, parkolási lehetőséggel.

A továbbiakban *dr. Botz Lajos* az MGYSK országos alelnöke foglalkozott a gyógyszer-törvénnyel, megemlítve, hogy 175 módosító indítvány érkezett be, melyek közül pl. *dr. Nagy Sándor* (MSZOSZ) 30 módosító indítványt adott be. A politika befészkelte magát köreinkbe. A vita főleg a kulisszák mögött, három és fél hónapig folyt, többek között a nem vényköteles gyógyszerekről, amiknek forgalmazását patikán kívül is lehetővé kívánták tenni. Az idegen tőkés csoportok komolyan törekedtek erre, ezért nagy eredménynek, sikernek tekinthető, hogy kevés módosító javaslat került a törvénybe. Beszélt a fogalmi kérdések fontosságáról, pl. hogy a fogyasztóvédelmi törvény szerint a gyógyszertár = receptbevéltő hely, továbbá, hogy nem gyógyszer-kiskereskedelemről, hanem lakossági gyógyszerellátásról van szó. Rögzítésre került, hogy a gyógyszergyárak nagykereskedelmet is folytatni kívánnak, de közvetlenül csak a kórházak részére szállíthatnak. A tagdíj kérdésben javasolta, hogy a mostani értéket fogadjuk el. Felhívta a figyelmet a fogyasztóvédelmi ellenőrzések során begyűjtött reklámok hiányosságaira.

Dr. Várszegi László megyei tisztifőgyógyszerész ismertette a szakmát érintő rendeleteket, a szolgálati idő, nyitvatartás és ügyeleti idő kérdését. Jogos kívánságnak tekinti, hogy az ügyelet igazodjék az orvosi rendelési időhöz. Hangsúlyozta, hogy az ügyeletet rendezni kell, mert különben vannak jelentkezők, pl. rendelőintézetek, orvosok, akik ellátják.

A hozzászólások általában a beszámoló felvetéseire reflektáltak. Kifogásolták, hogy az orvosok a betegeket egyes gyógyszertárakba irányítják, sőt azzal is érveltek, hogy a vidéki gyógyszer-tár csak 1 nap késéssel tudja adni a gyógyszert, míg az orvosnál azt azonnal megkaphatja. Etikai kérdések felvetése mellett az volt megállapítható, hogy egyre erősebb ellentéték alakulnak ki a vállalkozó kollégák között.

Dr. Szekeres Sándor

ÚJ TUBERKULÓZIS GYÓGYMÓD A LÁTHATÁRON

Szerte a világon évenként 3 millió ember hal meg tuberkulózisban és 8 millióan szenvednek e betegségben. A TBC Világnapján *Sir Richard Sykes*, a Glaxo Wellcome elnöke bejelentette, hogy további 10 millió fontsterlinget különít el az Action TB céljaira, mely egyedülálló kutatási kezdeményezés, egybefogva az akadémikus kutatókat a tuberkulózis elleni új gyógymódok keresésében a Glaxo Wellcome Research and Development kutatóival.

A tuberkulózis igen komoly, nem kellőképpen kezelt orvosai probléma. Bár léteznek hatékony szerek, a jelenlegi gyógymód minimum 6 hónapos kezelést igényel. Mivel sok beteg nem képes akár egy 5 napos antibiotikum kúrát sem végigcsinálni, nem csoda, hogy a TBC kezelések megszakítási hányada magas, és a gyógyszer rezisztencia egyre nő.

Az Action TB nagy léptekkel halad a gyógyszerek célpontjainak azonosításában a program első fázisában. A második fázisban az ígéretes szerekre, a lehetséges oltóanyagokra, valamint a fertőzések módosított modelljeire fókuszál a program.

Az öt évre szóló összeget és támogatást a program első fázisában azonosított gyógyszer célpontok igazolására és oltóanyag-kutatásra olyan Dél-Afrikában, az Egyesült Királyságban, Kanadában és az USA-ban dolgozó kutató csoportok kapják, melyek nagy szakértelemmel járulnak hozzá a program különböző aspektusaihoz. A munka magában foglalja a célirányos gyógyszerek nagyhatékonyságúvá fejlesztését, a racionális gyógyszer forma megtervezését, továbbá annak

megértését, hogyan játssza ki a TBC az immunrendszer éberségét és a lehetséges oltóanyag megtalálását.

(-)

A KNOLL HUNGÁRIA KERESKEDELMI KÉPVISELET TUDOMÁNYOS ÜLÉSE

A Knoll Gyógyszergyár magyarországi képviseletének szervezésében április 8-án Budapesten a Fasori Gimnáziumban továbbképző tudományos ülés volt, melyen *dr. Gordon T. McInness* a Glasgowi Egyetem Orvostudományi és Farmakoterápiás intézetének igazgató professzora tartott a vérnyomáscsökkentés újabb klinikai szempontjairól és gyógyszerelési vonatkozásairól igen érdekes előadást. A moderátor *prof. dr. de Châtel Rudolf* volt. Az előadó részletesen szólt arról, hogy a magasvérnyomás betegség kezelésének elsődrendű célja nem egyszerűen a vérnyomás csökkentése, hanem az emelkedett nyomás klinikai következményeinek megelőzése. A hipertónia potenciálisan károsítja az életfontosságú szerveket (pl. agy, szív, vese) és a magasvérnyomás által okozott emelkedett rizikó egyéb társbetegségek, mint például a diabetes mellitus és hiperlipidémia egyidejű fennállása esetén megsokszorozódik.

Hosszú távú prospektív klinikai vizsgálatok egyértelműen bizonyították az antihipertenzív kezelés jótékony hatását a cerebrovaszkuláris történések és a pangásos szívelégtelenség megelőzésében. Ezzel szemben az iszkémiás szívbetegségekkel kapcsolatban jóval kisebb jótékony hatás volt megfigyelhető. Ennek alapján a vérnyomás csökkentése külö-

nösen előnyösnek tűnik azokban az esetekben, amikor a szövődmény a megnövekedett nyomásterheléssel áll összefüggésben, míg kevesebb hasznot látunk akkor, amikor a szövődmények a magas vérnyomással csak indirekt kapcsolatban állnak.

Az olyan szövődmények, mint pl. a koronáriabetegség, a balkamra-hipertrofia és a nefropátia kialakulásához egyéb rizikófaktorok is jelentős mértékben hozzájárulnak. Ezért ezen másodlagos betegségek eredményesebb és több hasznot hozó kezeléséhez olyan antihipertenzív gyógyszerekre van szükség, melyek járulékos, a célszervvédelem szempontjából fontos tulajdonságokkal rendelkeznek. Ilyen például az ACE-gátlók (és angiotenzin II antagonisták) antitrombotikus, illetve a kalcium-antagonisták antiateroszklerotikus hatása. Ezen túlmenően, ezek a gyógyszerek nem rendelkeznek káros metabolikus hatásokkal. Fokozatosan növekvő klinikai tapasztalat bizonyítja, hogy az ACE-gátlók és a szívfrekvenciát kontrolláló kalcium-antagonisták fontos szerepet játszanak a balkamra-hipertrofia mérséklésében, a kardioprotekció és a nefroprotekció folyamataiban.

Az antihipertenzív kezelésnek meghatározott helye van. Azonban a célszervvédelem előnye csak akkor látható teljes mértékben, hogyha olyan gyógyszerek kerülnek alkalmazásra, amelyek a vérnyomáscsökkentésen túlmutató tulajdonságokkal rendelkeznek. Ebből a szempontból az ACE-gátlók és a szívfrekvenciát mérséklő kalcium-antagonisták akár egyedül, akár kombinációban alkalmazva jelentős potenciállal rendelkeznek.

(-)

IN MEMORIAM

DR. DWORSCHÁK ERNŐ 1936–1998



Dr. Dworschák Ernő gyógyszerész, c. egyetemi tanár, a kémiai tudományok doktora, az OÉTI osztályvezetője, 1998. február 12-én váratlanul elhunyt. A Far-

kasréti temető családi sírkertjében március 13-án helyezték örök nyugalomra. Hosszú évtizedek óta lapunk, a Gyógyszerészet külső munkatársa volt.

Budapesten, 1936. február 5-én született. Iskoláit Budapesten végezte, 1954-ben a Fáy András gimnáziumban érettségizett. Származása miatt megkésve kerülhetett az egyetem gyógyszerési karára. Gyógyszerészi diplomáját 1961-ben kiváló eredménnyel szerezte meg, mint „vörös diplomás” vehette kézhez. Felesége *Hetyéssy Szilvia* szintén gyógyszerész volt.

Tudományos munkássága

Tudományos tevékenysége az élelmiszerekben lévő alkáli és földalkáli fé-

mek, szénhidrátok, fehérjék analitikájával, illetve a közöttük végbemenő kölcsönhatások vizsgálatával volt kapcsolatos. Az antinutritív anyagokkal is foglalkozott. Tanulmányozta a Maillard-reakciót, valamint a fehérje táplálkozási értékelés in vitro módszereit. Vizsgálta a lúgos kezelés fehérjékre kifejtett hatását, továbbá a vitaminozás analitikai aspektusait. Kutatta az ipari feldolgozás hatását az élelmiszerek tápértékére, továbbá a lipid peroxidációt élelmiszereken és az élő szövetekben.

Gyógyszerészdoktori egyetemi értekezését „*A keményítő sajátságainak változása hevítés hatására*” címmel 1967-ben készítette el. *Végh Antal* professzor a Gyógyszerészi Kémiai Intézet akkori professzora, jelentős tudományos ered-

ményként értékelte azt. Szintén a termolízissal volt kapcsolatos az MTA kandidátusi fokozatának eléréséért 1976-ban benyújtott „Szénhidrátok és aminosavak reakciói élelmiszerekben hevítés hatására” c. munkája, amit a bíráló bizottság egyhangúan, a legmagasabb fokon értékelt. Az 1991-ben benyújtott „Új élelmiszer nyersanyagok kémiai összetétel alapján történő egészségügyi megítélése” c. dolgozatával elnyerte a kémiai tudományok doktora, az ún. „nagydoktori” MTA tudományos fokozatot.

Oktatói tevékenysége

A Kertészeti és Élelmézipari Egyetem konzervtechnológia és táplálkozás-élettan tárgykörből rendszeresen tartott előadásokat; tanácsadói és konzultens tevékenységet fejtett ki. Részt vett a diplomamunkák értékelésében, együttműködött egyes tanszékek kutatógárdájával, az OTKA pályázat keretében végzett vizsgálatokat. A *Budapesti Műszaki Egyetemen* vegyészmérnök hallgatók speciálkollégiumán szakterületéről előadásokat tartott. A *Semmelweis Orvostudományi Egyetem* medikus- és gyógyszerészképzésében is részt vett. Az *Orvostovábbképző Egyetem* higiénikus orvosképző tanfolyamain rendszeresen tartott előadásokat. Az „*American – Hungarian Friendship*” felsőfokú menedzser továbbképző fórumán előadásokat tartott az élelméztudomány és az élelmiszerkémia különböző területeiről... Külföldi aspiránsok tudományos tevékenységét segítette, ennek eredményeként páran kandidátusi fokozatot nyertek.

További tudományos pályája és eredmények

A FAO Nemzeti Bizottság Diétás Munkabizottsága 1973-ban titkárává választotta. Tagja volt a MOTESZ-en belül a Magyar Táplálkozástudományi Társaságnak és a Magyar Higiénikus Társaságnak, tagja volt az MTA – MNM Élelmi-

szertudományi Komplex Bizottság Táplálkozási Munkacsoportjának, a Fehérje-kémiai Komplex Bizottságnak, továbbá az MTA Szerves és Gyógyszeranalitikai Munkabizottságnak. 1973-ban az OÉTI Élelmiszerkémiai Főosztályán belül kinevezték a Fehérje- és Vitamin Osztály vezetőjévé.

Gazdag tudományos eredményeiről, a zömében első szerzőségével készült 150 tudományos közlemény tanúskodik. Közülük 60 nemzetközi folyóiratban, illetve angol nyelven jelent meg. Három kiadott szakkönyve közül egyiknél egyedüli szerző, kettőnél társszerző. A Gyógyszerészetben 7 dolgozata jelent meg 3, 370 (1959); 7, 50 (1963); 7, 378 (1960); 8, 7 (1964); 9, 211 (1965); 30, 361 (1986); 32, 227 (1988).

A gyászszertartás során, az OÉTI kollégák nevében a tőle búcsúzó *Zaikás Gábor* doktor méltatta *Dworschák Ernő* példás kutatói mentalitását és emberi kvalitását, így a barát közvetlenségével többek közt a következőket mondta:

„Amikor valaki egy közösségből eltávozik, űr marad utána. Űr, amit eltávozó testvérünk, kollégák tudott csak betölteni. Így vagyunk mi is, az OÉTI közössége eltávozott barátunkkal *dr. Dworschák Ernővel*, aki csaknem 35 éve dolgozott velünk és eközben hatással volt mindannyiunkra, akik közelebbi munka, ill. baráti kapcsolatban voltunk vele. Példás szorgalmáról valamennyien tudunk. Szorgalma tehetséggel párosult és ennek köszönhetően az intézetben megkezdett munka 5. évében megszerezte a gyógyszerészdoktori címét és 9 évvel később megvédte kandidátusi disszertációját, 1991-ben pedig a kémiai tudományok nagydoktori fokozatával ismerte el az Akadémia tehetségét és szorgalmát. Egy évvel később, 56 éves korában a Kertészeti Egyetem professzori karába fogadta címzetes egyetemi tanárnaként. A külföldi aspiránsok, akik tanítványai voltak megértették, hogy a siker alapfeltétele a szorgalom, és tanulva tőle és átvéve munkamódszerét, sikere-

sen vizsgáztak és szereztek meg a kandidátusi fokozatot.

Dworschák Ernő tehetségének és rátermettségének elismerését jelzi számos szakmai társaságban viselt tisztsége. A tudós szorgalmához és tehetségéhez társult harmadik adottság tette olyan vezetővé, akit a közösség arról ismert, hogy energikus és következetes főnök, aki rendszeresen tanítja beosztottjait, állandóan inspirálja őket munkára, publikálásra, előadások tartására és disszertációk alkotására. Tudta, hogy a fiatalok tudásának növelése, fejlődésük, előrehaladásuk az egész közösség javára szolgál, ezért tudását örömmel adta át, szívesen tanított, mondjuk: iskolateremtő munkát végzett. Amilyen pontosan és céltudatosan dolgozott, olyan lendülettel és győzni akarással sportolt. Szerette a mozgást – pingpongozott, teniszezett, hétvégeken kirándult – és élvezte a versengést. Tudta, hogy a játék is erősíti a közösséget. Ernőnek fontos, meghatározó szerepe volt közösségünkben, ezért is megtartja Őt és emlékezik rá tisztelettel, szeretettel.”

A búcsúztatására nagyszámmal összegyűlt kollégák, barátok és tisztelők együttérző részvétele is tanúsítja, milyen széleskörűek voltak *Dworschák Ernő* tudományos, szakmai és emberi kapcsolatai, és milyen nagyra becsülték barátaiban emberi kvalitását, mély humánumát. Életével és tudományos tevékenységével, széleskörben megbecsülést és elismerést szerzett a magyar gyógyszerészetnek.

Társadalmi gondjaink iránt igen érzékeny ember volt. Sokoldalú képzettségéből, olvasottságából adódóan, az értelmiségiek felelősségével foglalt állást, igyekezett választ adni korunk nagy kihívásaira. Életét a közösséggel, szűkebb baráti körével és családjával szembeni példás helytállás és felelősség jellemezte. Ezért sokunkban a mély együttérzés, és hiányával, eltávozásával a mindnyájunkat ért veszteség érzete.

Dr. Brantner Antal

DR. SZELLŐ BALÁZSNÉ 1817–1998

Zsoldos Eszter nagykőrösi polgári családban született 1917. december 16-án. Alapfokú iskoláit szülővárosában végezte, a nagy múltú Arany János Gimnáziumban érettségizett. Életpályaként a gyógyszerészetet választotta. Gyógyszerészgyakornoki idejét a nagykőrösi Remény gyógyszerterápiában teljesítette, gyakornoki végbizonyítványát 1938-ban a Budapesti Gyógyszerészgyakornoki Tanfolyam vizsgabizottságától kapta meg. Egyetemi tanulmányait a Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetemen végezte, gyógyszerészi oklevelét 1940. október 1-jén, a

gyógyszerészi feljogosító ún. approbációs vizsga igazolását 1942. december 18-án kapta meg.

Egész életére kihatós és meghatározó esemény volt felvétele 1941. január 1-jén a *Mozsonyi Sándor* professzor által előző évben a Hőgyes Endre utcai épületbe áthelyezett és korszerűsített Egyetemi Gyógyszerterápiába. Ez volt, mint okleveles gyógyszerésznek az első munkahelye, ahol 1975. december 31-én bekövetkezett nyugdíjazásáig összesen 35 évet töltött el szorgalmas és hivatástudattal végzett munkával. Először a receptúrai osztályon dolgozott az officiná-

ban, majd felügyelete alá tartozott a gyári készítmények osztálya is. A későbbiekben feladata volt a klinikai gyógyszer-expediálás napi ellenőrzése. Mindezek következményeként a széleskörű gyakorlati ismereteire való tekintettel *Csipke Zoltán* professzor a gyógyszerellátási munkák vonatkozásában helyettesének nevezte ki. Az 1960-as években *Csipke* professzor döntése alapján átvette a gyógyszerellenőrzési és minőségbiztosítási osztály vezetését, amit nyugalomba vonulásáig ellátott.

Az Egyetemi Gyógyszerterápiai személyzeti nyilvántartási könyvből átvett ada-

tok tükrözik a gyógyszerészi életpályáját meghatározó körülményeket. Személyi adatai mellett feltüntetve nyelvtudása: német. Besorolásai és egyéb adatai: 1941–1946: díjtalan gyakornok. 1946/1947. tanévtől fizetéstelen egyetemi tanársegéd. 1950. március 1-jétől 417/2 kulcsszámú gyógyszerész. 1945. augusztus 1.: A Gyógyszerészi Szakma Igazoló Bizottsága „igazolt”-nak nyilvánította (368/269). 1945. augusztus 1.: Az Egyetem Orvos Kara és Eü. Igazoló Bizottsága „igazolt”-nak minősítette (478/1945). 1973.: Az Országos Szak-

gyógyszerészképesítő Vizsgabizottság „Gyógyszerellenőrző szakgyógyszerész”-nek minősítette (246/1973).

Szellő Balázsné a klinikai gyógyszerellátási munka több szakterületén dolgozott és *Csipke Zoltán* professzor mellett bekapcsolódott a gyógyszerészhallgatók, az állammvizsgások gyakorlati képzésébe és a gyógyszerész-továbbképzés munkájába is. E tevékenységét a továbbiakban is szaktudással és igyekezettel látta el. Emberi magatartását a közösségi munka segítése és maradéktalan elvégzése jellemezte. Munkatársai és ta-

nítványai becsülték és szerették.

Férjével közösen három fiúgyereket neveltek fel, akik a fogorvosi, gyógyszerészi és állatorvosi hivatást választották. Szellő Balázsné férje 1994. évi halála után fiai segítségére is támaszkodva az Óbudai Nyugdíjsházban élte le utolsó éveit és 1998. február 22-én távozott az élők sorából. Fiai és a kiterjedt rokonság szülővárosában, Nagykőrösön temették el. Emlékét tisztelettel és kegyelettel megőrizzük.

Dr. Zalai Károly

KÖZÉRDEKŰ INFORMÁCIÓK

NEMZETKÖZI HARMONIZÁCIÓS KONFERENCIA. ÁLTALÁNOS MONOGRÁFIA A GYÓGYSZERFORMÁKRÓL ÉS FARMAKOTECHNOLÓGIAI VIZSGÁLÓMÓDSZEREKRŐL 1998. OKTÓBER 26–27. SEVILLA (SPANYOLORSZÁG)

Szervezők: Európai Gyógyszerminőség biztosító Intézet (EDQM) a Japán Gyógyszerkönyv és az USA Gyógyszerkönyv (USP) részvételével.

Regisztráció az alábbi telefonon ill. faxon:

Telefon: + 33 (0) 388 41 2815

Fax: + 33 (0) 388 41 2771

Előzetes program kapható az MGYT titkárságon.(-)

SAKMAI UTAK A PHARMA TOURS-SZAL-

2. EXPOPHARM '98

MÜNCHEN, 1998. SZEPTEMBER
30.–OKTÓBER 3.

Németország legrangosabb nemzetközi gyógyszerészeti szakvására- és kiállítása az Expopharm, mely 1998-ban a bajor tartományi fővárosban, Münchenben kerül megrendezésre október 1–4. között.

A négynapos rendezvény során a legjelentősebb európai gyógyszergyártó- és forgalmazó cégek mellett a gyógyszer-tári profilba tartozó egyéb termékek, felszerelések forgalmazói is kiállítanak.

A kiállítás főbb témakörei:

- új gyógyszerek ismertetése,
- OTC termékek,
- gyógytermékek,
- laboratóriumi-, gyógyszer-tári gépek, berendezések,
- számítógép szerepe a gyógyszer-forgalmazásban.

A szakmai közönség a gyógyszerkutatás legújabb eredményeit ismerheti meg előadások, továbbá termékbemutatók során.

A szakvásárt kiegészítő kongresszus középpontjában az európai gyógyszerpiac alakulása, tendenciái; valamint aktuális gyógyszer-forgalmazási kérdések (új

termékek ismertetése, gazdasági és management kérdések...) állnak.

A Pharma Tours szervezett keretek között kívánja biztosítani a szakvásáron történő részvételt az alábbiak szerint:

Időpont: 1998. szeptember 30.–október 3.

Utazás: Budapestről autóbusszal.
Szállás: Hotel Mercure****, Salzburg.
Elhelyezés: 2 ágyas, zuhanyzós szobákban.

Ellátás: félpanzió.
Részvételi díj: 74 000 Ft/fő.
Egyágyas felár: 16 000 Ft/fő.
Kongresszus regisztrációs díja: 8500 Ft/fő.

Pozíciószám: S 98–09–30–DEM.

Program

1998. szeptember 30., szerda:
Indulás Budapestről (Pharma Tours, XIV., Uzsoki u. 36/A.) Salzburgba a reggeli órákban. Városnézés az óvárosban, este vacsora Salzburg egyik hangulatos belvárosi éttermében.

1998. szeptember 31., csütörtök:

Reggel utazás Münchenbe, az Expopharm '98 helyszínére – részvételi lehetőség a kongresszuson. Délután városnézés a legismertebb müncheni nevezetes-

ségek megtekintésével. A „Sörfesztivál”, az Oktoberfest meglátogatása. Vacsora az egyik sörsátorban.

1998. október 2., péntek:

Egész napos szakmai program az Expopharm '98 szakvásáron. Este: bajor est a Hofbrähaus-ban.

1998. október 3., szombat:

Utazás Budapestre rövid pihenőkkel.
A részvételi díj az alábbi szolgáltatásokat tartalmazza: autóbusszköltség, 3 éjszaka szállás (Salzburgban) reggelivel, helyi adók, 1 vacsora Salzburgban, 2 vacsora Münchenben italfigyasztással, Expopharm '98 – belépő, városnézés Salzburgban, illetve Münchenben, helyi idegenvezetővel, utasbiztosítás 4 napra (betegség, baleset, poggyász), Pharma Tours idegenvezető.

Írásbeli jelentkezési határidő: 1998. augusztus 12.

Felhívjuk figyelmét, hogy utunkat minimum 19 fő jelentkezése esetén indítjuk. Amennyiben az út elegendő jelentkező hiányában elmarad, erről legkésőbb 1998. augusztus 17-ig értesítjük önt.

További felvilágosítással telefonon is készséggel állunk rendelkezésére: Telefon: 251-3697, telefon/fax: 251-8896

(-)

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI

Gyógyszerészet 42. 244-250. 1998.

1998. február 1-jétől-február 28-ig törzskönyvezett gyógyszerkészítmények

(A felsorolt készítmények akkor kerülnek forgalomba, ha a Népjóléti Közlönyben kihirdetésre kerültek)

- Alprazolam-Merck 0,25 mg tableta** Merck
Alprazolamum 0,25 mg
ATC: N05B A12
(Anxiolyticum)
- Alprazolam-Merck 0,5 mg tableta** Merck
Alprazolamum 0,5 mg
ATC: N05B A12
(Anxiolyticum)
- Alprazolam-Merck 1 mg tableta** Merck
Alprazolamum 1 mg
ATC: N05B A12
(Anxiolyticum)
- Aspirin pezsgőtableta** Bayer
Acidum acetylsalicylicum 500 mg
ATC: N02B A01
(Láz és fájdalomcsillapító)
- Atrovent 0,03% orrspray** Boehringer
Ingelheim
Ipratropium bromatum 0,03%
ATC: R01A X03
(Allergia elleni szer)
- Baymycard cc 10 mg retard filtableta** Bayer
Nisoldipinum 10 mg
ATC: C08C A07
(Ca-csatorna blokkoló, vérnyomás-csökkentő)
- Baymycard cc 20 mg retard filtableta** Bayer
Nisoldipinum 20 mg
ATC: C08C A07
(Ca-csatorna blokkoló, vérnyomás-csökkentő)
- Baymycard cc 30 mg retard filtableta** Bayer
Nisoldipinum 30 mg
ATC: C08C A07
(Ca-csatorna blokkoló, vérnyomás-csökkentő)
- Campto 40 mg/2 ml koncentrátum infúzióhoz** Rhone-Poulenc
Irinotecinum chloratum 40 mg/2 ml
ATC: L01X X19
(Daganat elleni szer)
- Campto 100 mg/5 ml koncentrátum infúzióhoz** Rhone-Poulenc
Irinotecinum chloratum 100 mg/5 ml
ATC: L01X X19
(Daganat elleni szer)
- Colircusi Chloramphenicol 0,5% szemcsepp** Alcon-Cusi
Chloramphenicolum 0,5%
ATC: S01A A01
(Szemészeti készítmény)
- Colpo-Cleaner Jód pezsgőtableta hüvelyöblítő oldat készítéséhez** Dolhay
Polyvidonum iodatum 500 mg
ATC: G01A X11
(Nőgyógyászati fertőtlenítőszer)
- Cystrin 3 mg tableta** Leiras
Oxybutinium chloratum 3 mg
ATC: G04B D04
(Urológiai görcsoldó)
- Cystrin 5 mg tableta** Leiras
Oxybutinium chloratum 5 mg
ATC: G04B D04
(Urológiai görcsoldó)
- Decloban kenőcs** Alcon-Cusi
Clobetasolum propionicum 0,015 g/30 g
ATC: D07A D01
(Bőrgyógyászati készítmény)
- Depo-Provera 150 injekció** Pharmacia-Upjon
Medroxyprogesteronum aceticum 150 mg
ATC: G03A C06
(Nőgyógyászati készítmény)
- Elo-Mel basis mit Glucose infúzió, 500 ml üvegben** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)
- Elo-Mel basis mit Glucose infúzió, 500 ml műanyagpalackban** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)
- Elo-Mel isoton mit Glucose infúzió, 500 ml üvegben** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)
- Elo-Mel isoton mit Glucose infúzió, 500 ml műanyagpalackban** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)
- Elo-Mel isoton mit Glucose infúzió, 1000 ml műanyagpalackban** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)
- Elo-Mel OP (postoperatív) infúzió, 500 ml üvegben** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)
- Elo-Mel OP (postoperatív) infúzió, 500 ml műanyagpalackban** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)
- Elo-Mel OP (postoperatív) infúzió, 1000 ml műanyagpalackban** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)
- Elo-Mel semiton mit Glucose infúzió, 500 ml üvegben** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)
- Elo-Mel isoton mit Glucose infúzió, 1000 ml műanyagpalackban** Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)

Elo-Mel semiton mit Glucose infúzió, 500 ml műanyagpalackban Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)

Elo-Mel semiton mit Glucose infúzió, 1000 ml műanyagpalackban Fresenius
Elektrolitok
ATC: B05B B02
(Elektrolit egyensúlyt befolyásoló készítmény)

Gilucor 80 mg tabletta Solvay
Sotalolium chloratum 80 mg
ATC: C07A A07
(Béta-receptor blokkoló)

Gilucor 160 mg tabletta Solvay
Sotalolium chloratum 160 mg
ATC: C07A A07
(Béta-receptor blokkoló)

Huma-Ibuprofen filmtabletta Humanpharma
Ibuprofenum 200 mg
ATC: M01A E01
(Nemszteroid gyulladáscsökkentő)

Ilomedin 50 µg injekció infúzióhoz Schering
Iloprostum 50 µg
ATC: B01A C11
(Trombocita aggregáció gátló)

Ilomedin 100 µg injekció infúzióhoz Schering
Iloprostum 100 µg
ATC: B01A C11
(Trombocita aggregáció gátló)

Imovane M 7,5 mg tabletta Rhone-Poulenc
Zopiclonum 7,5 mg
ATC: N05C F01
(Altatószer)

Maxipime 500 mg injekció BMS
Cefepimium 500 mg
ATC: J01D A24
(Béta-laktám baktérium elleni szer)

Maxipime 1 g injekció BMS
Cefepimium 1 g
ATC: J01D A24
(Béta-laktám baktérium elleni szer)

Maxipime 2 g injekció BMS
Cefepimium 2 g
ATC: J01D A24
(Béta-laktám baktérium elleni szer)

Meloxicam 7,5 mg tabletta Boehringer Ingelheim
Meloxicamum 7,5 mg
ATC: M01A C06
(Nemszteroid gyulladásgátló)

Meloxicam 15 mg tabletta Boehringer Ingelheim
Meloxicamum 15 mg
ATC: M01A C06
(Nemszteroid gyulladásgátló)

Meloxicam 15 mg végbélkúp Boehringer Ingelheim
Meloxicamum 15 mg
ATC: M01A C06
(Nemszteroid gyulladásgátló)

Monopril 10 mg tabletta BMS
Fosinoprilum natricum 10 mg
ATC: C09A A09
(Vérnyomáscsökkentő)

Monopril 20 mg tabletta BMS
Fosinoprilum natricum 20 mg
ATC: C09A A09
(Vérnyomáscsökkentő)

Movalis 7,5 mg tabletta Boehringer Ingelheim
Meloxicamum 7,5 mg
ATC: M01A C06
(Nemszteroid gyulladásgátló)

Movalis 15 mg tabletta Boehringer Ingelheim
Meloxicamum 15 mg
ATC: M01A C06
(Nemszteroid gyulladásgátló)

Movalis 15 mg végbélkúp Boehringer Ingelheim
Meloxicamum 15 mg
ATC: M01A C06
(Nemszteroid gyulladásgátló)

Oftan Timolol 2,5 mg/ml egyadagos szemcsepp Santen OY
Timololum 2,5 mg/ml
ATC: S01E D01
(Szemészeti készítmény)

Oftan Timolol 5 mg/ml egyadagos szemcsepp Santen OY
Timololum 5 mg/ml
ATC: S01E D01
(Szemészeti készítmény)

Profenid por im. injekcióhoz Rhone-Poulenc
Ketoprofenum 100 mg
ATC: M01A E03
(Nemszteroid gyulladásgátló, propionsav-származék)

Profenid 100 mg por infúzióhoz Rhone-Poulenc
Ketoprofenum 100 mg
ATC: M01A E03
(Nemszteroid gyulladásgátló, propionsav-származék)

Profenid 100 mg filmtabletta Rhone-Poulenc
Ketoprofenum 100 mg
ATC: M01A E03
(Nemszteroid gyulladásgátló, propionsav-származék)

Roferon-A 3 millió NE/0,5 ml előre töltött fecskendő Roche
Interferonum alfa-2a 3 mio NE/0,5 ml
ATC: L03A A04
(Immunmoduláns anyag)

Roferon-A 4,5 millió NE/0,5 ml előre töltött fecskendő Roche
Interferonum alfa-2a 4,5 mio NE/0,5 ml
ATC: L03A A04
(Immunmoduláns anyag)

Roferon-A 6 millió NE/0,5 ml előre töltött fecskendő Roche
Interferonum alfa-2a 6 mio NE/0,5 ml
ATC: L03A A04
(Immunmoduláns anyag)

Roferon-A 9 millió NE/0,5 ml előre töltött fecskendő Roche
Interferonum alfa-2a 9 mio NE/0,5 ml
ATC: L03A A04
(Immunmoduláns anyag)

Serocryptin tabletta Serono
Bromocriptinum 2,5 mg
ATC: G02C B01
(Nőgyógyászati készítmény)

Serophene tabletta Serono
Clomifenum citricum 50 mg
ATC: G03C B02
(Nőgyógyászati készítmény)

Spersadex Comp. szemcsepp Ciba Vision
Dexamethasonum 5 mg
Chloramphenicolium 25 mg
ATC: S01C A01
(Szemészeti készítmény)

Tagren filmtabletta Krka
Ticlopidinum 250 mg
ATC: B01A C05
(Trombocita aggregáció-gátló)

Tarivid 400 filmtabletta Hoechst
Ofloxacinum 400 mg
ATC: J01M A01
(Baktérium elleni szer)

Terbutalin AL retard kapszula Aliud
Terbutalinium sulfuricum 7,5 mg
ATC: R03C C03
(Asztma elleni szer)

Ultravist 300 injekció 20 ml Schering
Iopromidium
ATC: V08A B05
(Röntgenkontraszt-anyag)

Ultravist 300 injekció 100 ml Schering
Iopromidum
ATC: V08A B05
(Röntgenkontraszt-anyag)

Ultravist 370 injekció 50 ml Schering
Iopromidum
ATC: V08A B05
(Röntgenkontraszt-anyag)

Vancoled 500 mg por infúzióhoz Wyeth-
Lederle
Vancomycinum 500 mg
ATC: J01X A01
(Baktérium elleni szer)

Gyógyszerészet 41. 1997.

Vasopint 20 µg/ml injekció infúzióhoz
Pint Pharma
Alprostadilum 20 µg
ATC: C01E A01
(Egyéb szívgyógyszer)

Vasopint 500 µg/ml injekció infúzióhoz
Pint Pharma
Alprostadilum 500 µg
ATC: C01E A01
(Egyéb szívgyógyszer)

**Zinacef 250 mg injekció (oldószer nél-
kül)** Glaxo-Wellcome
Cefuroximium 250 mg
ATC: J01D A06
(Baktérium elleni szer)

**Zinacef 750 mg injekció (oldószer nél-
kül)** Glaxo-Wellcome
Cefuroximium 750 mg
ATC: J01D A06
(Baktérium elleni szer)

1998. március 1-jétől–március 31-ig törzskönyvezett gyógyszerkészítmények

(A felsorolt készítmények akkor kerülnek forgalomba, ha a Népjóléti Közlönyben kihirdetésre kerültek)

Adalat GITS 20 retard filmdoboz Bayer
Nifedipinum 20 mg
ATC: C08C A05
(Kalcium antagonist)

Adalat GITS 30 retard filmdoboz Bayer
Nifedipinum 30 mg
ATC: C08C A05
(Kalcium antagonist)

Adalat GITS 60 retard filmdoboz Bayer
Nifedipinum 60 mg
ATC: C08C A05
(Kalcium antagonist)

Alpicort oldat (külsőleges alkalmazásra)
Wolff
Prednisolonum 2 mg
Acidum salicylicum 4 mg
ATC: D07X A02
(Lokális gyulladásgátló)

Biliscopin 50 ml infúzió Schering
Acidum iotroxicum 8,62 g/50 ml
ATC: V08A C02
(Röntgenkontraszt-anyag)

Brulamycin 80 mg injekció Biogal
Tobramycinum 80 mg
ATC: J01G B01
(Baktérium elleni szer)

Diclofenac SR 100 retard tabletta Clonmel
Diclofenacum natricum 100 mg
ATC: M01A B05
(Nemszteroid gyulladásgátló)

Dobutrex 250 mg oldat infúzióhoz Lilly
Dobutaminum 250 mg
ATC: C01C A07
(Szív-működést stimuláló)

Duphalac por Solvay
Lactulosum 1 g
ATC: A06A D11
(Hashajtó)

Duphalac por tasakban Solvay
Lactulosum 10 g
ATC: A06A D11
(Hashajtó)

Flutagarn tabletta IIP
Flutamidum 250 mg
ATC: L02B B01
(Hormon antagonist)

Flutamid 250 mg IIP tabletta IIP
Flutamidum 250 mg
ATC: L02B B01
(Hormon antagonist)

Gluctam tabletta Egis
Gliclazidum 80 mg
ATC: A10B B09
(Orális vércukorcsökkentő)

Histac 150 mg filmdoboz Ranbaxy
Ranitidinium chloratum 150 mg
ATC: A02B A02
(Peptikus fekély elleni szer)

Histac 300 mg filmdoboz Ranbaxy
Ranitidinium chloratum 300 mg
ATC: A02B A02
(Peptikus fekély elleni szer)

Huma-Fluoxetin 10 mg kapszula Hu-
manpharma
Fluoxetinum 10 mg
ATC: N06A B03
(Szelektív szerotonin reuptake gátló)

Huma-Fluoxetin 20 mg kapszula Hu-
manpharma
Fluoxetinum 20 mg
ATC: N06A B03
(Szelektív szerotonin reuptake gátló)

Iopidine 0,5% szemcsepp Alcon
Apraclonidinum 25 mg/5 ml
ATC: S01E A03
(Glaucoma elleni szer)

Lodronat 520 mg filmdoboz Roche
Dinatrium clodronicum 520 mg
ATC: M05B A02
(A csontbetegség gyógyszere)

Migpriv por oldathoz Synthelabo
Acidum acetylsalicylicum 900 mg
Metoclopramidum 10 mg
ATC: N02B A51
(Fájdalomcsillapító kombinációs készítmény)

Nidformin – IIP 500 mg filmdoboz II P
Metforminium chloratum 500 mg
ATC: A10B A02
(Orális vércukorcsökkentő)

Nidformin – IIP 850 mg filmdoboz II P
Metforminium chloratum 850 mg
ATC: A10B A02
(Orális vércukorcsökkentő)

**Novo Seven 60 KIU (1,2 mg) por injek-
cióhoz** Novo
Factor VII. a 60 KIU
ATC: B02B D05
(Vérzéscsillapító)

**Novo Seven 120 KIU (2,4 mg) por injek-
cióhoz** Novo
Factor VII. a 120 KIU
ATC: B02B D05
(Vérzéscsillapító)

**Novo Seven 240 KIU (4,8 mg) por injek-
cióhoz** Novo
Factor VII. a 240 KIU
ATC: B02B D05
(Vérzéscsillapító)

Otipax fülcsepp Biocodex
Phenazonum 4 g/100 g
Lidocainium chloratum 1 g/100 g
ATC: S02D A20
(Fülészeti készítmény)

Paracetamol Pharmavit + 500 mg tabletta Pharmavit
Paracetamolum 500 mg
ATC: N02B E01
(Fájdalomcsillapító)

Requip 0,25 mg tabletta SmithKline Beecham
Ropinirolum 0,25 mg
ATC: N04B C04
(Dopamin agonista)

Requip 1 mg tabletta SmithKline Beecham
Ropinirolum 1 mg
ATC: N04B C04
(Dopamin agonista)

Requip 2 mg tabletta SmithKline Beecham
Ropinirolum 2 mg
ATC: N04B C04
(Dopamin agonista)

Requip 5 mg tabletta SmithKline Beecham
Ropinirolum 5 mg
ATC: N04B C04
(Dopamin agonista)

Ringer laktát Hartmann infúzió műanyag zsákban, 500 ml Human
Eletrolitok
ATC: B05B B01
(Elektrolit pótlására)

Ringer laktát Hartmann infúzió műanyag zsákban, 1000 ml Human
Eletrolitok
ATC: B05B B01
(Elektrolit pótlására)

Sotahexal 80 tabletta Hexal
Sotalolium chloratum 80 mg
ATC: C07A A07
(Béta-receptor blokkoló)

Sotahexal 160 tabletta Hexal
Sotalolium chloratum 160 mg
ATC: C07A A07
(Béta-receptor blokkoló)

Sotahexal injekció Hexal
Sotalolium chloratum 40 mg
ATC: C07A A07
(Béta-receptor blokkoló)

Steril Vancomycin Hydrochloride USP 500 mg Fujisawa inj. Fujisawa
Vancomycinum 500 mg
ATC: J01X A01
(Baktérium elleni szer)

Steril Vancomycin Hydrochloride USP 1 g Fujisawa inj. Fujisawa
Vancomycinum 1 g
ATC: J01X A01
(Baktérium elleni szer)

3TC filmtabletta Glaxo-Wellcome
Lamivudinum 150 mg
ATC: J05A B10
(Vírus elleni szer)

3TC orális oldat Glaxo-Wellcome
Lamivudinum 10 mg/1 ml
ATC: J05A B10
(Vírus elleni szer)

Tepilta szuszpenzió Whitehall
Oxetacinum 0,50 g/250 ml
Mg (OH)₂ 4,90 g/250 ml
Al (OH)₃ 14,55 g/250 ml
ATC: A02A D51
(Antacidum)

Tepilta szuszpenzió tasakban Whitehall
Oxetacinum 20 mg
Mg (OH)₂ 196 mg ml
Al (OH)₃ 582 mg
ATC: A02A D51
(Antacidum)

Thioctacid 200 filmtabletta Asta Medica
Acidum thiocticum 200 mg
ATC: A16A X01
(A tápcsatorna egyéb gyógyszere)

Thioctacid 300 filmtabletta Asta Medica
Acidum thiocticum 300 mg
ATC: A16A X01
(A tápcsatorna egyéb gyógyszere)

Thioctacid 600 filmtabletta Asta Medica
Acidum thiocticum 600 mg
ATC: A16A X01
(A tápcsatorna egyéb gyógyszere)

Triamteren/HCT-AL filmtabletta Aliud
Triamterenum 50 mg
Hydrochlorothiazidum 25 mg
ATC: C03E A01
(Vizelethajtó és K-visszatartó)

Vanco-Teva 500 mg por injekcióhoz Teva
Vancomycinum 500 mg
ATC: J01X A01
(Baktérium elleni szer)

Az adatokat az Országos Gyógyszerészeti Intézet bocsátotta rendelkezésünkre
(Összeállította: *dr. Hardy Gézáné*)

1998. február 1–1998. február 28. között forgalomba hozott új készítmények

GYÓGYSZEREK

- **Candibene 100 mg hüvelytabletta 6x**
Tb. támogatás: 50% (172 Ft)
Nagyker. ár: 273 Ft
- **Candibene 200 mg hüvelytabletta 3x**
Tb. támogatás: 50% (172 Ft)
Nagyker. ár: 273 Ft
- **Candibene 1% krém 30 g**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 338 Ft
- **Casodex 50 mg tabletta 28x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (33 600 Ft)
Nagyker. ár: 28 961 Ft

- **Cexim 250 mg por injekcióhoz 5x**
Tb. támogatás: 70% (1064 Ft)
Nagyker. ár: 1265 Ft
- **Cexim 750 mg por injekcióhoz 5x**
Tb. támogatás: 70% (2170 Ft)
Nagyker. ár: 2627 Ft
- **Cexim 1,5 g por injekcióhoz 1x**
Tb. támogatás: 70% (875 Ft)
Nagyker. ár: 1045 Ft
- **Coaxil 12,5 mg drászé 30x**
Tb. támogatás: 50% (805 Ft); 100% (1610 Ft)
Nagyker. ár: 1342 Ft

- **Contac 400 kapszula 6x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 237 Ft
- **Dilatrend 25 mg filmtabletta 28x**
Tb. támogatás: 50% (1620 Ft)
Nagyker. ár: 2743 Ft
- **Diovan 80 mg kapszula 28x**
Tb. támogatás: 50% (2300 Ft)
Nagyker. ár: 3965 Ft
- **Duracef 250 mg/5 ml por szuszpenzióhoz 60 ml-hez**
Tb. támogatás: 70% (432 Ft)
Nagyker. ár: 490 Ft

- **Duracef 500 mg kapszula 12x**
Tb. támogatás: 70% (587 Ft)
Nagyker. ár: 699 Ft
- **Duracef Dis Tabs tabletta 10x**
Tb. támogatás: 70% (966 Ft)
Nagyker. ár: 1150 Ft
- **Egifilin 50 mg retard kapszula 20x**
Tb. támogatás: 90% (110 Ft)
Nagyker. ár: 93 Ft
- **Egifilin 100 mg retard kapszula 20x**
Tb. támogatás: 90% (164 Ft)
Nagyker. ár: 140 Ft
- **Egifilin 200 mg retard kapszula 20x**
Tb. támogatás: 90% (245 Ft)
Nagyker. ár: 212 Ft
- **Egifilin 300 mg retard kapszula 20x**
Tb. támogatás: 90% (379 Ft)
Nagyker. ár: 334 Ft
- **Egifilin 400 mg retard kapszula 20x**
Tb. támogatás: 90% (471 Ft)
Nagyker. ár: 415 Ft
- **Endoxan 200 mg injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 483 Ft
- **Endoxan 500 mg injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 1144 Ft
- **Endoxan 1 g injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 2099 Ft
- **Ferro-Folgamma kapszula 20x**
Tb. támogatás: 70% (349 Ft)
Nagyker. ár: 396 Ft
- **Ferro-Folgamma kapszula 50x**
Tb. támogatás: 70% (714 Ft)
Nagyker. ár: 846 Ft
- **Ferro-Folgamma kapszula 100x**
Tb. támogatás: 70% (1337 Ft)
Nagyker. ár: 1606 Ft
- **Furon 20 mg injekció 5x2**
Tb. támogatás: 90% (320 Ft)
Nagyker. ár: 282 Ft
- **Furon 20 mg injekció 50x2**
Tb. támogatás: 90% (2511 Ft)
Nagyker. ár: 2368 Ft
- **Furon 250 mg koncentrátum infúzióhoz 5x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 2177 Ft
- **Halotestin 5 mg tabletta 20x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 941 Ft
- **Holoxan 500 mg injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 3843 Ft
- **Holoxan 1 g injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 6698 Ft
- **Holoxan 2 g injekció 1x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 12 781 Ft
- **Humalog combipack 1,5 patron 2x1,5 ml (Humalog + Humulin N)**
Tb. támogatás: 0%; 90% (2331 Ft)
Nagyker. ár: 2194 Ft
- **Humalog combipack 3 patron 2x1,5 ml (Humalog + 1x3 ml Humulin N)**
Tb. támogatás: 0%; 90% (2331 Ft)
Nagyker. ár: 2194 Ft
- **Imodium kapszula 8x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 394 Ft
- **Kefzol 1 g por injekcióhoz 1 porampulla**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 14 397 Ft
- **Lucetam 400 mg filmtabletta 60x**
Tb. támogatás: 50% (374 Ft); 90% (672 Ft)
Nagyker. ár: 617 Ft
- **Lucetam 800 mg filmtabletta 30x**
Tb. támogatás: 50% (374 Ft); 90% (672 Ft)
Nagyker. ár: 617 Ft
- **Miacalcic 200 orrspray 1x2 ml**
Tb. támogatás: 50% (4035 Ft); 90% (7263 Ft)
Nagyker. ár: 6955 Ft
- **Multivitamin forte Bioextra kapszula 30x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 605 Ft
- **Multivitamin forte Bioextra kapszula 60x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 1078 Ft
- **Naxidin 150 mg kapszula 56x**
Tb. támogatás: 90% (1656 Ft)
Nagyker. ár: 1539 Ft
- **Naxidin 300 mg kapszula 28x**
Tb. támogatás: 90% (1656 Ft)
Nagyker. ár: 1539 Ft
- **Predictal feimtabletta 60x**
Tb. támogatás: 70% (1029 Ft)
Nagyker. ár: 1228 Ft
- **Rhinopront kapszula 10x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 414 Ft
- **Rhinopront szirup 90 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 517 Ft
- **Sedotussin 20 mg végbélkúp gyermekeknek 12x**
Tb. támogatás: 50% (361 Ft)
Nagyker. ár: 591 Ft
- **Sorbimon 20 mg tabletta 20x**
Tb. támogatás: 90% (237 Ft)
Nagyker. ár: 211 Ft
- **Sorbimon 20 mg tabletta 50x**
Tb. támogatás: 90% (560 Ft)
Nagyker. ár: 494 Ft
- **Sorbimon 20 mg tabletta 100x**
Tb. támogatás: 90% (999 Ft)
Nagyker. ár: 922 Ft
- **Sorbimon 40 mg tabletta 20x**
Tb. támogatás: 90% (476 Ft)
Nagyker. ár: 420 Ft
- **Sorbimon 40 mg tabletta 50x**
Tb. támogatás: 90% (1062 Ft)
Nagyker. ár: 980 Ft
- **Sorbimon 40 mg tabletta 100x**
Tb. támogatás: 90% (1935 Ft)
Nagyker. ár: 1820 Ft
- **Sulfoptim szemkenőcs 5 g**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 265 Ft
- **Sumamed 100 mg/5 ml por sziruphoz 20 ml**
Tb. támogatás: 70% (917 Ft)
Nagyker. ár: 1089 Ft
- **Sumamed 200 mg/5 ml por sziruphoz 20 ml**
Tb. támogatás: 70% (1547 Ft)
Nagyker. ár: 1875 Ft
- **System 50 TTS tapasz 6x**
Tb. támogatás: 50% (595 Ft); 90% (1071 Ft)
Nagyker. ár: 990 Ft
- **Taloxa 400 mg tabletta 40x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (10 620 Ft)
Nagyker. ár: 10 204 Ft
- **Taloxa 600 mg tabletta 40x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (16 110 Ft)
Nagyker. ár: 15 401 Ft
- **Taloxa szuszpenzió 1x230 ml**
Tb. támogatás: 0%; 90% (18 450 Ft)
Nagyker. ár: 17 711 Ft

- **Telviran 200 mg tabletta 25x**
Tb. támogatás: 50% (1095 Ft); 90% (1971 Ft)
Nagyker. ár: 1856 Ft
- **Telviran 400 mg tabletta 35x**
Tb. támogatás: 50% (2450 Ft); 90% (4410 Ft)
Nagyker. ár: 4227 Ft
- **Telviran 5% krém 2 g**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 468 Ft
- **Vitamin D₃ 3000 NE (Bioextra) kapszula 20x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (279 Ft)
Nagyker. ár: 246 Ft
- **Vitamin D₃ 3000 NE (Bioextra) kapszula 100x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (1161 Ft)
Nagyker. ár: 1078 Ft

1998. március 1–1998. március 31. között forgalomba hozott új készítmények

GYÓGYSZEREK

- **Aruclonin 1/16% szemcsepp 1x10 ml**
Tb. támogatás: 90% (596 Ft)
Nagyker. ár: 532 Ft
- **Aruclonin 1/8% szemcsepp 1x10 ml**
Tb. támogatás: 90% (607 Ft)
Nagyker. ár: 544 Ft
- **Bambec 10 mg tabletta 30x**
Tb. támogatás: 50% (1080 Ft)
Nagyker. ár: 1834 Ft
- **Baneocin kenőcs 20 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 268 Ft
- **Baneocin sebhintőpor 10 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 268 Ft
- **Cataflam-V 50 tabletta 20x**
Tb. támogatás: 50% (345 Ft)
Nagyker. ár: 560 Ft
- **Cimehexal 200 mg filmtabletta 50x**
Tb. támogatás: 90% (435 Ft)
Nagyker. ár: 383 Ft
- **Cimehexal 200 mg filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: 90% (735 Ft)
Nagyker. ár: 681 Ft
- **Cimehexal 400 mg filmtabletta 20x**
Tb. támogatás: 90% (346 Ft)
Nagyker. ár: 305 Ft
- **Cimehexal 400 mg filmtabletta 50x**
Tb. támogatás: 772 Ft
Nagyker. ár: 715 Ft
- **Cimehexal 400 mg filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: 90% (1260 Ft)
Nagyker. ár: 1163 Ft
- **Cimehexal 800 mg filmtabletta 20x**
Tb. támogatás: 90% (535 Ft)
Nagyker. ár: 472 Ft
- **Cimehexal 800 mg filmtabletta 50x**
Tb. támogatás: 90% (1053 Ft)
Nagyker. ár: 975 Ft
- **Cimehexal 800 mg filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: 90% (1836 Ft)
Nagyker. ár: 1731 Ft
- **Cytoxan 500 mg injekció 12x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 12 892 Ft
- **Cytoxan 1 g injekció 6x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 11 659 Ft
- **Diclac 5% gél 50 g**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 361 Ft
- **Ditriven tabletta 91x**
Tb. támogatás: 50% (1490 Ft); 90% (2682 Ft)
Nagyker. ár: 2523 Ft
- **Durogesic 25 µg/h fentanyl TTS tapasz 5x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (6975 Ft)
Nagyker. ár: 6683 Ft
- **Durogesic 50 µg/h fentanyl TTS tapasz 5x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (13 140 Ft)
Nagyker. ár: 12 564 Ft
- **Durogesic 100 µg/h fentanyl TTS tapasz 5x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (22 410 Ft)
Nagyker. ár: 21 473 Ft
- **Dynalgic tabletta 20x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 354 Ft
- **Efferalgan szirup gyermekeknek 90 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 237 Ft
- **Fenistil 24 kapszula 10x**
Tb. támogatás: 50% (230 Ft)
Nagyker. ár: 365 Ft
- **Fenistil 24 kapszula 20x**
Tb. támogatás: 50% (449 Ft)
Nagyker. ár: 748 Ft
- **Flector EP Rapid 50 mg granulátum 10x**
Tb. támogatás: 50% (174 Ft)
Nagyker. ár: 276 Ft
- **Flector EP Rapid 50 mg granulátum 20x**
Tb. támogatás: 50% (321 Ft)
Nagyker. ár: 512 Ft
- **Fomarex spray 1x40 g**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 400 Ft
- **Furon 40 mg tabletta 20x**
Tb. támogatás: 90% (158 Ft)
Nagyker. ár: 135 Ft
- **Furon 40 mg tabletta 50x**
Tb. támogatás: 90% (359 Ft)
Nagyker. ár: 317 Ft
- **Heparin „Biochemie” 5000 NE/ml injekció 1x5 ml**
Tb. támogatás: 50% (165 Ft)
Nagyker. ár: 262 Ft
- **Heparin „Biochemie” 5000 NE/ml injekció 100x5 ml**
Tb. támogatás: 50% (12 900 Ft)
Nagyker. ár: 22 245 Ft
- **Isospan SR 40 mg kapszula 30x**
Tb. támogatás: 90% (851 Ft)
Nagyker. ár: 789 Ft
- **Isospan SR 60 mg kapszula 30x**
Tb. támogatás: 90% (1026 Ft)
Nagyker. ár: 947 Ft
- **Jumex 10 mg tabletta 30x**
Tb. támogatás: 50% (1155 Ft); 90% (2079 Ft)
Nagyker. ár: 1957 Ft
- **Lipobase krém 100 g**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 600 Ft
- **Madopar 125 mg oldható tabletta 100x**
Tb. támogatás: 50% (1740 Ft); 90% (3132 Ft)
Nagyker. ár: 2953 Ft

- **Metohexal 50 mg tableta 30x**
Tb. támogatás: 90% (205 Ft)
Nagyker. ár: 175 Ft
- **Metohexal 50 mg tableta 50x**
Tb. támogatás: 90% (306 Ft)
Nagyker. ár: 270 Ft
- **Metohexal 50 mg tableta 100x**
Tb. támogatás: 90% (568 Ft)
Nagyker. ár: 501 Ft
- **Metohexal 100 mg tableta 30x**
Tb. támogatás: 90% (367 Ft)
Nagyker. ár: 324 Ft
- **Metohexal 100 mg tableta 50x**
Tb. támogatás: 90% (446 Ft)
Nagyker. ár: 393 Ft
- **Metohexal 100 mg tableta 100x**
Tb. támogatás: 90% (842 Ft)
Nagyker. ár: 780 Ft
- **Metrodin HP 75 NE injekció 1 porampulla + 1 oldószerampulla**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 5263 Ft
- **Minilip 600 mg filmtabletta 60x**
Tb. támogatás: 90% (1026 Ft)
Nagyker. ár: 950 Ft
- **Mitomycin C Kyowa 20 mg por injekcióhoz 5x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 27 597 Ft
- **Nicorett Mint 2 mg rágógumi 105x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 2670 Ft
- **Otrivin 0,1% orrcsepp 10 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 237 Ft
- **Plendil 2,5 mg retard filmtabletta 30x**
Tb. támogatás: 70% (1092 Ft)
Nagyker. ár: 1297 Ft
- **Pregnavit kapszula 100x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 1243 Ft
- **Puregon 50 NE injekció 1 porampulla + 1x1 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 6539 Ft
- **Puregon 50 NE injekció 5 porampulla + 5x1 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 32 696 Ft
- **Puregon 100 NE injekció 1 porampulla + 1x1 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 13 079 Ft
- **Puregon 100 NE injekció 5 porampulla + 5x1 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 65 391 Ft
- **Pylorid filmtabletta 14x**
Tb. támogatás: 70% (1365 Ft)
Nagyker. ár: 1652 Ft
- **Rennie Antacidum rágótabletta 24x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 183 Ft
- **Rigevidon draszté 63x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 498 Ft
- **Semicillin 500 mg kapszula 40x**
Tb. támogatás: 70% (770 Ft)
Nagyker. ár: 913 Ft
- **Serdolect 4 mg tableta 30x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (10 500 Ft)
Nagyker. ár: 9059 Ft
- **Serdolect 12 mg tableta 28x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (27 300)
Nagyker. ár: 23 530
- **Serdolect 16 mg tableta 28x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (27 300 Ft)
Nagyker. ár: 23 530 Ft
- **Serdolect 20 mg tableta 28x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (27 300 Ft)
Nagyker. ár: 23 530 Ft
- **Sinupret draszté 50x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 749 Ft
- **Sinupret draszté 100x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 1434 Ft
- **Sinupret cseppek 100 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 779 Ft
- **Solmucol 200 mg granulátum 30 tasak**
Tb. támogatás: 0%; 100% (575 -Ft)
Nagyker. ár: 456 Ft
- **Solvasthma-PP tableta 10x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 117 Ft
- **Trasylol 200 000 KIE injekció 5x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 10 527 Ft
- **Trasylol 500 000 KIE injekció 5x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 24257 Ft
- **Triodena draszté 21x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 836 Ft
- **Triodena draszté 3x21x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 2107 Ft
- **Zyprexa 5 mg filmtabletta 28x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (14 800 Ft)
Nagyker. ár: 12 733 Ft
- **Zyprexa 10 mg filmtabletta 56x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (59 100 Ft)
Nagyker. ár: 58 932 Ft

Az adatokat a Hungaropharma Gyógyszerkereskedelmi Rt. bocsátotta rendelkezésünkre
(Összeállította: *dr. Lázár Ágnes*)

SZAKIRODALMI TALLÓZÓ

KITEKINTÉS

SZAKMAI HIRDETÉSEK SVÁJCBAN

1996-ban, számos előzetes észrevétel alapján, a gyógyszerészeti szakmai hirdetések kódexének – kisebb mértékű – revíziója lépett életbe. Ezek részben orvosoktól, részben a lakosság köréből származtak.

A módosításokra több okból volt szükség. Két esetben pl. olyan gyógyszert hirdettek, amelyek engedélyezése még nem történt meg. Többször előfordult, hogy a hirdetés nem utal a nem kívánt hatásokra, mellékhatásokra. Gyakran nem tartották be a pontos, tárgyilagos szövegezés szabályait. Vetélkedés is mutatkozik hasonló hatású készítmények hirdetései között. Túlzottan dicsérő, reklámozó jelzők használata is előfordul.

Az eddigi tapasztalatokat figyelembe veszik. Etikai és tudományos szempontból felülvizsgálják a gyógyszerek hirdetéseit. Erre a célra adták ki a Gyógyszer-szakmai hirdetés c. kódexet, amely 3 nyelven jelent meg.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (17), 450 (1997).

Megjegyzés: Ez a hír azért időszerű, mert hazánkban is most foglalkoztak ezzel a témával. Fontos, hogy korrekt fogalmazású, tudományos, ugyanakkor közérthető legyen a hirdetés. Foglalkozzék a vény nélküli kiadható termékekkel.

VALERIÁNA A SAVANYÚ UBORKA MELLETT?

Németországban az áruházi láncokban nyitott polcokon joghurt vagy savanyú uborkák között – több helyütt – gyógyszerek is találhatóak. A német gyógyszerár tulajdonosok egyesülete szerint ez a tény lebecsüli a gyógyszer értékét. Néhány áruház ezen felül – az OTC készítményeken túlmenően – vény nélkül kiadható pilulákat, kenőcsöket, szirupokat kíván az önkiszolgáló polcokon árusítani. Más áruházak pl. valeriánát, sós-borszeszt, gyógyteákat kínálnak. Ha így megy tovább, benzinkutak, fitness centrumok is árusítanak gyógyszert. Az áruházak olcsóbb árai révén is károsítják a gyógyszerárakat, elvonják vásárlóikat. Az érdekvédelmi szervek rámutatnak arra, hogy ezáltal feleslegesen nő a gyógyszerfogyasztás, ugyanakkor kima- rad a gyógyszerész tanácsadó szerepe. A közlemény szerint ebben a helyzetben úgy tudnak a káros helyzettel szembeszállni, ha erősítik a tanácsadó tevékenységüket.

Öst. Apoth. Ztg 51, (17), 805 (1997)

Megjegyzés: Erre a hírré azért kell figyelni, mert nálunk is felmerült az önkiszolgáló rendszer bevezetése. Különböző kereskedelmi egységek fokozatosan próbálják a gyógyszerárak eddigi forgalmi körébe tartozó profilokat elorozni. Ez pedig az egészségügy szempontjait sérti.

TÖBB KÉPZÉS – TÖBB BIZALOM

Az orvos és a gyógyszerismertető kapcsolata változatos, nem mindig a legjobb, fogadtatásuk eltérő. Egyes orvosok terhesnek érzik a látogatást, mások tanácsadót látnak benne, esetleg közömbösen fogadják. Egy főorvosnő, aki egyben országgyűlési képviselő, nyilatkozik e tárgykról. Szerinte a gyógyszerismertető ismeretei saját termékeikre nézve alaposak, de szűk körűek. Fontosnak tartja, hogy ezek a munkatársak felsőfokú képzésben részesüljenek, egy létesítendő akadémián.

Ebben több szakmai szervezet és a gyárak érdekeltek, az ő együttműködésükkel kell az oktatást megszervezni. Elsősorban a gyárak érdeke, hogy jól képzett munkatársaik legyenek. Így a gyógyszerismertetőkkel szemben egyre fokozottabb bizalom alakul ki.

Ärzte Magazin (15), 32 (1992)

Megjegyzés: Hazánkban tavaly emlékeztek meg az OGYI által irányított gyógyszerismertetés 40. évfordulójáról. Ezek a gyógyszerész kollégák kifogástalanul látják el feladataikat. A gyárak, külképviseletek munkatársainak előkészítése eltérő. Az osztrák terv a hazai gyárakra s főleg a külföldi képviseletekre nézve gondolatébresztő.

ÁRUHÁZI GYÓGYSZERTÁR

A svájci EPA nevű áruházi lánc egy egészségügyi piachálózatba lép be. Vény nélkül kiadható készítmények mellett vényköteleseket is akarnak forgalmazni. Előbbieknél 30%-os árcsökkentést helyeztek kilátásba. Ezt a rendszert 38 áruházuk közül – egyelőre – 10-ben kívánják bevezetni, először Bazel városában. A gyógyszereket az egyéb cikkektől elkülönítik. Gyógyszert csak szakember ad ki. Éjszakai és vasárnapi ügyeletet is bevezetnek. A svájci nagykereskedők cikkelemeiből 6000 készítményt kívánnak tartani. A gyógyszerek téves felhasználásának elkerülésére nem vezetik be az önkiszolgáló rendszert. Súlyt helyeznek a generikus készítményekre.

Ez a rendszer Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban már működik. Svájcban az a vélemény, hogy egy ilyen akció az 1600 svájci gyógyszerár negyedének létéét veszélyezteti. Újabb hírek szerint más áruházak, áruházláncok is foglalkoznak a gyógyszer forgalmazás gondolatával.

Öst. Apoth. Ztg 51, (19), 903 (1997).

Megjegyzés: Különböző hírek azt tanúsítják, hogy a gyógyszerellátást kereskedelmi egységek ki akarják sajátítani. Ez egyrészt az egészségügy általános szempontjaival ellentétes, megszünteti a gyógyszerbiztonságot, másrészt alapjaiban veszélyezteti hivatásunkat, s így feleslegessé válhat a diplomás gyógyszerész.

STRATÉGIA 2000-RE

Az 1997-évi Osztrák Gyógyszerész Nap keretében több, számunkra is érdekes előadás hangzott el és ezekkel kapcsolatban hasznos viták alakultak ki.

H. Cabana a Kamara elnöke terveket fogalmazott meg a jövőre nézve. Egyrészt arra tért ki, hogy a gyógyszerészeknek együtt kell működniük – az egészségügyön belül – a gyógyszeriparral, a nagykereskedelemmel, a betegbiztosítókkal és az orvosokkal. Másodsorban gondoljunk arra, hogy hivatásunk középpontjában az ember áll. Fokozottabban kell törődnünk a hozzánk forduló tanácsadásával, gondozásával. A következő címszavakban foglalható össze a Kamara elé terjesztendő terv:

- egyéni kezdeményezések helyett közös tervezés,
- csoportos tevékenység,
- a lakosság egyéni tanácsadása, támogatása,
- a felsőoktatásban az aspiráns tanfolyamok újjászervezése,
- a továbbképzésben a gyakorlati vonatkozások elősegítése,

- a gyógyszerészi munka bemutatása a nyilvánosság előtt,
- különleges tevékenységek alkalmas hirdetése.

A rendezvény keretében kiemelték még a következőket:

- a gyógyszerküldő szolgálat kizárása,
- kapcsolat fenntartása a médiákkal,
- alkossunk helyes képet a gyógyszeréről,
- nincs szükség profilbővítésre, hanem szolgáltatásokra és barátságos fogadtatásra,
- elítélték a merkantil jellegű példák bevezetését (drug store), mely az egészségügyben anyagilag is káros lenne,
- biztosítani kell a gyógyszerárak gazdasági létének hátterét.

A rendezvény keretében sikeres kiállításra került sor. Ennek keretében hasznos volt a krónikus betegek ápolására szolgáló eszközök bemutatása.

A Gyógyszerész Napon megjelent *D. Steinbach*, a FIP elnöke is. *Cabana* elnök zárszavában annak adott hangot, hogy a lakosság megelégedése dönti el a hivatás jövőjének alakulását. Ezért tekintünk bizalommal a jövő elé. Gondolatait így fejezte be: „Tégy jót és beszélj róla”.

Öst. Apoth. Ztg 51, (20), 918 és 919 (1997).

Megjegyzés: A konferenciáról szóló rövid ismertetésben leírt gondolatok, tervek számunkra is hasznosak, gondolatébresztők.

KITEKINTÉS–RÖVIDEN

Gyógyszerészek határok nélkül

Svájc több városában működik ilyen nevű karitatív szervezet. Céljuk gyógyszerek küldése olyan országokba, ahol erre szükség van. Legutóbb a balkáni országokba küldtek használható, de otthon felesleges gyógyszereket. Az elosztásról 5 személy gondoskodott. Tavaly pl. egy orvos kérésére egy etiópiai kórházba küldtek fájdalomcsillapítókat, antibiotikumokat, gyógyászati segédeszközöket. Az ott dolgozó orvos házaspár maga intézte a küldemény további sorsát.

Ide kapcsolódik a FIP felajánlása: az adományok összegyűjtésére és elosztására gyógyszerészek szakértő közreműködéséről gondoskodnak.

Int. Pharm. J. 11, (3), 66 (1997).

Megjegyzés: A szakszerű gyűjtés kiküszöböl olyan eseteket, amik az 1956-os magyar forradalom alatt előfordultak: nem egyszer lejárt készítmények és ingyenes orvosi minták érkeztek az adományokban.

Nyári kozmetikai tanfolyam

Az Osztrák Kémikus Társaság Élelmiszerkémiai és Kozmetikai Csoportja Krems-ben 3 napos tanfolyamot rendezett vegyészek és gyógyszerészek részére. Neves előadók ismertették a dermatológiai, galenusi, ipari és jogi vonatkozásokat. Az eredményesség érdekében 1–1 tanfolyamra csak 25 főt vettek fel. Az osztrák szaklap egyidejűleg más, ilyen témakörű cikket is közölt, pl. napfény-védelem stb.

Öst. Apoth. Ztg 51, (11), 482 (1997).

Megjegyzés: A „dermofarmácia” néven ismert újabb terület éppen a gyógyszerészek számára jelent közhasznú munkát.

Kommunikáció – de hogyan?

Egykor a gyógyszeráraknak meg volt az állandó vevőköre. A személyes kapcsolat kialakítása és fenntartása természetes része volt a napi munkának. A „közönségszolgálat” fogalma ko-

rábban alig volt ismert. A számítógépek, az Internet korában a személyes eszmecseréknek új formája alakult ki. Ehhez szükség egy új koncepció kialakítása. A Svájci Gyógyszerész Egyesület egész napos tanfolyamokat rendezett e témából. Mind a tárgykörök, mind a közlési módok szerepeltek a programban. A foglalkozást a következő mondással zárták: „A kommunikáció elsajátítható: használjuk ki a lehetőséget”.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (15), 390 (1997).

Megjegyzés: Hivatásunk jövőjének záloga, hogy ismereteinket megfelelő módon adjuk át a hozzánk fordulóknak.

Minőségbiztosítási szakképzés

A zürichi és bázeli egyetem az 1997/98. téli félévben posztgraduális képzést indított fenti címmel fiatal gyógyszerészek részére, mind az iparból, a kórházakból és a közforgalomból jövőeknek. Kiemelt tárgykör a biotechnológiai steril termékek minőségbiztosítása, stabilitási kérdései. Az oktatást kiscsoportos formában (5 fő) végzik. Nyelve német és angol. Terv szerint a tapasztalatokat a szaklapban közlik.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (15), 403 (1997).

Megjegyzés: Hazánkban már korábban indult el a szakképzés. Most tovább bővül. A svájci tapasztalatok is hasznosak lehetnek számunkra.

Vitafórum gyógyszerek hirdetéséről

Ez a téma Németországban is napirenden van. Egy vitafórumon ellentétes vélemények hangzottak el: A gyógyszerbizottság elnöke a hirdetések ellen szólalt fel a következő érvekkel: a gyógyszeres terápia azt kívánja, hogy a beteg egyéni szükségleteinek megfelelő gyógyszert válasszák. Ehhez az orvos és a beteg tanácsadására van szükség. Ez pedig elmarad, ha a beteg hirdetés alapján öngyógyítást végez. Egy orvos felszólaló rámutatott arra, hogy a hirdetések olyan érzéseket táplálnak, amelyek vonzóvá teszik a különféle, vény nélkül kapható termékek vásárlását. Példaként felhozta a Hydrocortison kenőcsök hirdetését napégés esetére. Ezek nagy felületen való alkalmazása káros lehet. Végül a gyógyszeripar képviselője támogatta a hirdetések (hiszen számukra ez előnyt jelent). Szerinte a vásárló nem vesz köhögés elleni szert, még hirdetés esetén sem, ha nem köhög. Szerinte a hirdetés célja elsősorban a tájékoztatás. A vitafórumon végeredményben nem alakult ki közös álláspont.

Pharm. Ztg 132, (27), 22 (1997).

Megjegyzés: A hirdetés nálunk is most – részben – rendeződött. Nem vitás, erősen körül kell írni, szabályozni a kérdést.

A gyógyszerküldő szolgálat veszélyei

A német szaklap közvéleménykutatást végzett – az Internet-en keresztül – a postai gyógyszerküldő szolgálatokkal kapcsolatban is. A válaszok elsősorban Bangemann miniszter, EU vezető kijelentéseit bírálták. Rámutattak a küldőszolgálat veszélyeire, a gyógyszerbiztonság hiányára. Akár gyermekek elvihetik a postai csomagokat. Felelősen nő így a gyógyszerforgasztás. Ugyanakkor a gyógyszerárak létét, jövőjét is veszélyezteti.

Pharm. Ztg 142, (27), 22 (1997)

Megjegyzés: E témakörrel már többször hírt adtunk. Hazánkban is felhasználhatók a leírt érvek.

Az összeállítást készítette: *dr. Nikolics Károly*

CÍMBIBLIOGRÁFIA

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG
KIADVÁNYAI

Acta Pharmaceutica Hungarica 68, (1), (1997).

Náray-Szabó G.: Számítógépes molekulamodellzési módszerek. 7–13 p.

Böcskei Zs.: Fehérje-kristallográfia alkalmazása a gyógyszerkutatásban. 15–19 p.

Ferenczy Gy.: A szerkezet-alapú gyógyszertervezés módszerei. 21–31 p.

Mátyus P., Borosy A. P.: Három dimenziós szerkezet-hatás összefüggések. 33–38 p.

Takácsné Novák K.: Számítógépes logP predikció fragmens módszerek alkalmazásával. 39–48 p.

Cserhádi T., Csiktusnádi Kiss G., Forgács E.: Molekuláris kölcsönhatások vizsgálata kromatográfiás módszerekkel. 49–54 p.

AZ ORSZÁGOS GYÓGYSZERÉSZETI INTÉZET
KIADVÁNYAI

OGYI Közlemények 22, (78) (1997/4)

Az OGYI által egyenértékűségi szempontból értékelt gyógyszerek. (1997. november 30-i állapot). 1–42 p.

Az Európai Unió központosított forgalomba hozatal engedélyezési eljárásának honosítása. OGYI-P-54-1997. 43–44 p.

Recognition of the centralised marketing authorisation procedure of the European Union. OGYI-P-54-1997. 45–47 p.

Rendelkezés anthranoid tartalmú növények (Cassia, Rhamnus, Rheum, Aloe) gyógyszerekben illetve gyógytermékekben történő alkalmazására. 49–50 p.

Az OGYI határozata a VII. Magyar Gyógyszerkönyv módosításáról. OGYI-Ph.Hg.VII.-1/1997. 51–52 p.

Kalium bromatum pro homeopathia. OGYI-HGAL-126-1997. 53 p.

Rumex crispus pro homeopathia. OGYI-HGAL-127-1997 47. p.

Zincum metallicum pro homeopathia. OGYI-HGAL-128-1997. p.

Sulfur iodatum pro homeopathia. OGYI-HGAL-135-1997. 63 p.

Gyógyszereink Supplementum 1 (1997).

Rákóczi I.: Orális hormonális fogamzásgátlás: 1997. S1–S5; Szabó I.: Dezogesztrel – szelektív progeszteron az orális fogamzásgátlásban. S6–S11.

Bruijniks N., Kovács L., Rákóczi I.: 30 µg etinilösztadiolt és 150 µg dezogesztrelt tartalmazó monofázisos orális fogamzásgátló készítménnyel végzett multicentrikus tanulmány Magyarországon. S12–S16.

Bengiano, G., Primiero, F.: Orális fogamzásgátló készítmény (dezogesztrel + 20 µg etinilösztadiol) multicentrikus klinikai vizsgálata Olaszországban. S17–S20.

Rosenberg, M. J., Waugh, M. S., Higgins, J. E.: Dezogesztrel, gesztoden és egyéb tényezők hatása a pecsételődés és áttörésszerű vérzésre. S21–S27.

Ricalde Baz, C.: Cilest (norgesztimát/EE): néhány klinikai megfigyelés. S28–S32.

Winkler, U. H., Hölscher, T., Schulte, H.: Két kombinált, alacsony hormontartalmú fogamzásgátló (20 µg vagy 30 µg etinilösztadiol és 150 µg dezogesztrel) véralvadásra kifejtett hatásainak értékelése összehasonlító vizsgálat keretében. S33–S39.

Mecz A.: A Regulon és a Novynette orális fogamzásgátló gyógyszerkészítmények bioegyenértékűségi vizsgálata. S40–S44.

Rákóczi I.: Gyakorlati tanácsok a fogamzásgátló tabletták felírásához. S45–S52.

JOGSZABÁLYOK

Népjóléti Közlöny (Különszám), (1998).

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és a végrehajtásához kapcsolódó jogszabályok. 5–58 p.

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény és a végrehajtásához kapcsolódó jogszabályok. 59–116 p.

Népjóléti Közlöny 48, (4), (1998).

A Kormány 13/1998. (I. 30.) Korm. rendelete az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozásáról szóló 103/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet módosításáról. 396–400 p.

A Kormány 17/1998. (I. 30.) Korm. rendelete a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény szociális, egészségügyi, család-, gyermek- és ifjúságvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról szóló 113/1992. (VII. 14.) Korm. rendelet módosításáról. 408–409 p.

A népjóléti miniszter 1/1998. (I. 28.) NM rendelete a gyógyászati segédeszközök rendelkezéséről, társadalombiztosítási támogatásának összegéről szóló 30/1995. (IX. 12.) NM rendelet módosításáról. 410–538 p.

A népjóléti miniszter 8001/1998. (NK. 4.) NM tájékoztatója gyógyszerek árváltozásáról. 557–561 p.

Az ipari, kereskedelmi és idegenforgalmi miniszter 8/1998. (II. 4.) IKIM rendelete egyes veszélyes anyagok csomagolásának gyermekek számára biztonságos zárással és tapintással érzékelhető, veszélyre utaló jelképpel történő ellátásáról.

Magyar Közlöny (6), 594 (1998).

A népjóléti miniszter 4/1998. (III. 6.) NM rendelete a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről szóló 11/1997. (V. 28.) NM rendelet módosításáról.

Magyar Közlöny (16), 1282 (1998).

A népjóléti miniszter 5/1998. (III. 11.) NM rendelete az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosításáról.

Magyar Közlöny (18), 1539–1549 (1998).

ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

Kórház 5, (1), (1998).

Bogár L.: Az intenzív betegellátás költségcsökkentésének lehetőségei. 20–22 p.

Mészáros Á., Soós Gy., Mezei Gy.: Az asthma gyógyszerterápiájának költséghatékonyság elemzése. 31–33 p.

Földes I., Domokos I., Julesz J.: Az endokrin betegségek finanszírozásáról II. rész. 36–38 p.

Gábor T.: Európai ajánlások az egészségügyi informatikában. 44–47 p.

Gyógyszerpiac 6, (1), (1998).

Arató M.: Antidepresszánsok: a hatásmechanizmus ára. 23–24 p.

Horváth Zs.: Az antidepresszánsok felhasználásának alakulása. 27–31 p.

Závoda K., Ecseryné Puskás M.: Importliberalizáció Magyarországon 1991–1996 között. 35–43 p.

Kórház 5, (2), (1998).

Miskovits E.: Az influenza elleni védőoltás aktuális problémái. 17–21 p.

Abonyi A.: A farmakoökonómia alapelemeiről és összefüggéseiről. 37–40 p.

Landherr L.: Az emlőrák citosztatikus és sugárkezelését követő szekunder daganatok.

Lege Artis Med. 8, 38–40 (1998).

Fenyvesi A., Arató M., Nádás B.: A helicobacter pylori fertőzés néhány klinikai vonatkozásáról.

Orvosképzés 72, 226–235 (1997).

Katona Z., Molnár I.: Hogyan tovább az antibiotikum rezisztencia kiterjedésének korában?

Orv. Hetil. 139, 361–368 (1998).

Egyeztetett hazai állásfoglalás és ajánlás a rhinitis diagnosztikájához és kezeléséhez.

Lege Artis Med. 8, Különszám 6–31 (1998).

Wicho, H.: Transdermale Therapeutische Systeme: Zur Teilbarkeit.

Öst. Apoth. Ztg 52, 110–113 (1998).

Pensionkonzept 2000.

Öst. Apoth. Ztg 52, 165–167 (1998).

Mitchell, R.: The PJ/College of Pharmacy practice credit for learning scheme.

Pharm. J. 260, 96–97 (1998).

Thomson, F., Lee, A.: Adverse drug reactions: (7) Drug-induced neurological disorders.

Pharm. J. 260, 269–274 (1998).

Watson, M. C., Dieppe, P. A.: Issues in rheumatoid arthritis.

Pharm. J. 260, 310–311 (1998).

Ritter, W.: Scanner, EDV und Apotheken.

Öst. Apoth. Ztg 52, 206–211 (1998).

Gresser, von G.: Arznei- und Giftpflanze, Plantagenet und Teufelsbesen.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 807–813 (1998).

Schweiz. Apoth. Ztg 136, (3), (1998).

Volante, S.: Generika auf dem Vormarsch. 86 p.

Vozeh, S., Kenzelmann, R.: Bioäquivalenz. 98–99 p.

GYÓGYSZERTERÁPIA

Kórház 5, (1), (1998).

Tasnádi A., Szalka A.: Szekvenciális antibiotikum terápia Ciprofloxacinnal. 2–4 p.

Pikó B.: Emlődaganatos betegek systemás terápiája. 9–12 p.

Marsó K., Baráth B.: A Detralex hatása a vénás eredetű láb-szárfekély gyógyulására. 34–35 p.

Kórház 5, (2), (1998).

Berta A., Damjanovich J., Vezendi L.: Az intraokuláris rosszindulatú daganatok korszerű ellátása. 19–21 p.

Ger L.: Intenzív inzulin kezelés – intenzív diabetesz gondozás. 22–25 p.

Med. Univ. 31, (1), (1997).

Sas G.: A tartós, orális alvadásgátló (syncumar) kezelés korszerű alkalmazása a családorvosi gyakorlatban. 33–37 p.

Gyulai F., Ujfalussy I., Koó É.: Hotemin 10 mg és 20 mg végbélkúp hatásosságának vizsgálata degeneratív gerincelváltozásokban. 39–43 p.

Marosy J.: Újabb lehetőség a laryngitis subglottica (croup), epiglottitis és gége vizenyő elsődleges kezelésében. 45 p.

Kéri Sz., Antal A., Szekeres Gy.: Elemi vizuális funkciók vizsgálata az antipszichotikumok által előidézett extrapyramidalis mellékhatások követésében.

Orv. Hetil. 139, 235–238 (1998).

Baranyi É., Winkler G., Nieszner É.: A nem inzulin dependens cukorbetegség (NIDDM) kezelésének újabb lehetősége: Egyénre szabott szulfamilurea terápia.

Orvosképzés 72, 244–247 (1997).

Vígh Gy.: A perioperatív fájdalomcsillapítás jelene tanszékünkön.

Magy. Traumatol. Ortop. Kézsebészet Plasztikai Sebészet 40, 371–374 (1997).

Szabó L., Nagy K., Godó Gy.: Gestoden tartalmú hormonális fogamzásgátlóval szerzett tapasztalataink.

Orv. Hetil. 139, 481–485 (1998).

Losonczy H.: a B-sejtes krónikus lymphocytás leukaemia diagnosztikájának és kezelésének modern elvei.

Orv. Hetil. 139, 611–619 (1998).

Fodor T.: Az amikacin szerepe a tbc gyógyításában.

Lege Artis Med. 8, 96–99 (1998).

Gáspár L., Vágó P.: Az antibiotikus kezelés tendenciái a fogászati és szájszsebészeti gyakorlatban.

Fogorv. Szle 91, 67–78 (1998).

Clinical Pharmacy: Society says pharmacists can help women decide on persona use – New drug interactions chart introduced to help with use of protease inhibitors in HIV infection – Possible protective association between paracetamol use and ovarian cancer – Reduction in smoking comes to a halt – Study finds geographical or urban-rural variation in asthma levels – Emergency contraception: uniform prescribing policy required.

Pharm. J. 260, 78–80 (1998).

Clinical Pharmacy: MSD launches new add-on drug for asthma-first of a new class – Emergency hormonal contraception: guidelines update – Botulinum toxin to treat anal fissure – Calcipotril spares acitretin – Contraversial psoriasis product available again in the UK.

Pharm. J. 260, 189–192 (1998).

Clinical Pharmacy: New non-injectable treatment option available for erectile dysfunction – CFC-free inhalers-dose reduction required only with one beclomethasone product – Hydroxyurea in HIV combinations – Will new acne test lead to prophylaxis? – Long-term azithromycin reported useful in cystic fibrosis.

Pharm. J. 260, 225–227 (1998).

Clinical Pharmacy: Genes, not sunburn, predict cancer risk – Neuropathic pain-clue to possible new treatments – Medicines management audit for Debryshire Royal infirmary – Azithromycin in gingival hyperplasia – Call for children's medicine research – Aromatherapy and relaxation to be studied in cancer care.

Pharm. J. 260, 258–260 (1998).

Clinical Pharmacy: New inhalers: „biggest change ever” – New antimuscarinic drug for incontinence – A guide to fingertip units for children – Pharmacist devises novel contact lens cleaner – Study supports etidronate efficacy – Melatonin not yet recommended for jet lag.

Pharm. J. 260, 296–298 (1998).

A HÓNAP MOLEKULÁJA

A Gyógyszerészet szerkesztősége 1996 szeptemberétől „A hónap molekulája” címmel új sorozatot indított, melynek keretében kutatási fázisban lévő ígéretes farmakonokat mutat be.

A sorozat alapját a Prous Science cég „Molecule of the month” publikációi jelentik, melyek az említett vállalat World Wide Web Site-ján (<http://www.prous.es>) található. Az eredeti verziót egy „Kommentár” című fejezettel kibővítve adjuk közre. Az „A hónap molekulája” sorozatban szereplő vegyületek kiválasztásának alapjául az alábbi kritériumok szolgálnak:

- a kémiai szerkezet újdonsága;
- a hatásmechanizmus különlegessége;
- a kutatás-fejlesztési folyamatban való jelentős előrehaladás;
- olyan indikációkban mutatott hatás, ahol még nincs gyógyszeres kezelési lehetőség, vagy a jelenlegi terápiás beavatkozások nem kielégítőek.

1998 január

A Ro-61-1790 A receptor-szelektív endothelin antagonistista

Az endothelin peptidek (ET-k) jelenlegi ismereteink alapján több betegség, így az insufficiencia cordis congestiva (vértolulós szívelégtelenség) és a subarahnoidalis haemorrhagia patomechanizmusában játszanak szerepet. A parenterálisan adagolható endothelin A receptor (ETA) antagonistista gyógyszereknek (ha rendelkezésünkre állnának) különösen fontos szerepük lenne a cerebralis érszűkítések megszüntetésében.

Sajnos az endothelin antagonisták ezidáig több okból (pl. csekély hatékonyság, rossz vízoldhatóság) nem váltották be a hozzájuk íűzött reményeket, de a Roche cég Ro-61-1790-je új korszakot jelenthet a terület számára. A Ro-61-1790 a bosentan követő vegyülete (a bosentan volt az első, klinikai vizsgálatban tesztelt ET-antagonista); vízben jól oldódó, magas affinitású, jelentős mértékben ETA-szelektív antagonistista. DOCA-só hipertensív patkányokon iv. bolusként olyan dózisokban okozott dóziszfüggő, tartós vérnyomáscsökkenést, melyek normotensív állatok vérnyomását nem befolyásolták. Ennél is fontosabb azonban, hogy a naponta iv. adagolt Ro-61-1790 subarahnoidalis haemorrhagia kutya-moddellen meggátolta az érszűkítések kialakulását, és dóziszfüggő módon oldotta a már létrejött érszűkítéseket. Ez utóbbi esetben iv. adva maximális hatása megfelelt a lokális papaverin injekcióval kiváltható legnagyobb vasodilatatio felének, s mindeközben az arterialis vérnyomásra nem volt hatással. A Ro-61-1790 egy előbbivel azonos modellt használó kísérletben a bosentannál szignifikánsan hatékonyabbnak bizonyult.

Az ETA antagonisták általános farmakológiai és farmakokinetikai tulajdonságaik alapján alkalmasnak látszanak a subarahnoidalis haemorrhagiában bekövetkező érszűkítést követő késői ischaemiás károsodás kivédésében. Gyors hatáskezde-

tűk, és ismételt parenterális adagolás során is biztonságosak (Roux, S. et al.: J. Pharmacol. Exp. Ther. 283 (3), 1110 (1997)). Egy még frissebb közlés (Dawson, D. A. et al: Stroke [23rd Int. Joint Conf. Stroke Cereb. Circ. (Februára 5-7, Orlando) 1998] 29 (1), Abst. P124 (1998) arról számol be, hogy a Ro-61-1790 patkánygyógyásban enyhíti a focalis ischaemiás sérülés következményeit.

Kommentár

Jelenlegi ismereteink szerint háromfajta endothelin molekula (endothelin-1, -2, és -3), valamint kétféle endothelin receptor létezik. Az ETA receptor szelektív az endothelin-1-re, s izgalma spasmust vált ki, továbbá serkenti a sejtziporodást és a mátrixtermelést. Az endothelialis B-receptor mindhárom endothelin molekulafajtaival kölcsönhatásba lép. Ellensúlyozza az A-receptorizgalom által kiváltott stimuláló hatásokat, vasodilatatiót idéz elő, és csökkenti a vérben lévő endothelin koncentrációját. Az ETB megtalálható még több más sejtípuson, így a simaizom- és a szívizomsejteken is.

Ma már jelentős adatmennyiség igazolja az endothelin-rendszer krónikus szívelégtelenségben történő aktiválódását, melyből rögtön adódik a gondolat, hogy az endothelin-gátlásnak fontos terápiás előnyei lehetnének insufficiencia cordis congestivában.

A myocardialis infarctuson átesett betegeken és az insufficiencia cordis congestiva chronica esetekben szerzett eredmények szerint a magas endothelin szintű betegek életkilátása az alacsonyabb szintet mutatókhoz képest sokkal rosszabb. Szoros összefüggés áll fenn e betegek plasma-endothelinszintje és funkcionális állapota, valamint pulmonaris vascularis rezisztenciája között.

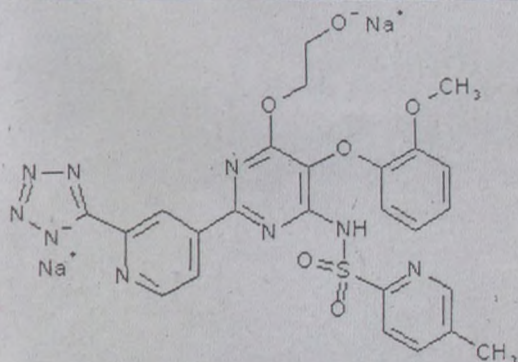
Az első endothelin-antagonista, melyet a klinikumban is kipróbáltak, a bosentan (nem-szelektív ET-antagonista) volt. Egy kísérletben két súlyos szívelégtelenségben szenvedő betegnek két órán át infúzióban adagoltak bosentant. Nagyon kedvező haemodinamikai változások léptek fel: az arteriális vérnyomás és a pulmonaris arteriális vérnyomás szignifikánsan csökkent.

Egy másik vizsgálatban a kutatók a betegeknél két héten át per os bosentant adtak, és még kedvezőbb haemodinamikai változásokat regisztráltak.

Patkány myocardialis infarctus-moddellen viszont, amikor szelektív ETA antagonistista LU-127-et és LU-135-öt adtak, nem találtak szignifikáns hatást a túlélésre, és a hatóanyagok nem gyakoroltak kedvező hatást a balkamrai nyomás nagyságára sem, bár a jobbkamrai nyomás esetében szignifikáns javulás volt kimutatható.

Ezek az eredmények nem voltak olyan biztatóak, mint a BQ-123 szelektív antagonistával ugyanazon modellt nyert adatok, melyek a fentieknél jobb túlélési arányról, erősen lecsökkent balkamrai töltőnyomásról és jobb funkcionális állapotról számoltak be.

Az eltérő eredmények egyik oka az lehet, hogy egyes esetekben a myocardialis infarctust követő 10. napon kezdték meg az ET-antagonista kezelést, míg máskor 24 órán belül. Miután az endothelin hatékony mátrixképződés-serkentő, a korai adagolás feltehetően gátolta az érszűkítések gyógyulását. Ennek alapján ET-antagonistát leghamarabb csak a myocardialis infarctust követő első hét után ajánlatos adni, de a pontosabb időzítés megállapításához még további vizsgálatokra van szükség: Azt sem szabad elfelejteni, hogy ET-antagonisták terápiás alkalmazása jelenleg még nagyon korai stádiumban van.



A Ro-61-1790 szerkezeti képlete

MIRŐL ÍRT AZ „A GYÓGYSZERÉSZ” 50 ÉVE?

1948. március

(Történelmi háttér: egyre erőteljesebbé vált a kommunisták törekvése a többpártrendszer – a „fordulat évében” vagyunk! – felszámolására. Március 25-én jelentették be, hogy államosították a 100 főnél több alkalmazottat foglalkoztató üzemeket, így a gyógyszergyárakat is. E hónaptól kezdve Székely Jenő vette át a lap szerkesztését. – Sz. L.)

Dr. Végh Antal intézeti tanár, az MGYT főtitkára, így írt a „A gyógyszerész felszabadulása” című dolgozatában: „Az emberiségben azonban... meg van a vágy arra, hogy a jobbik énjükre hallgassanak, hiszen a különböző tömörülések ...köztük a társadalmi egyesülések is létjogosultságukat ...emelkedett szellemű ...fogalmazásban hozzák nyilvánosságra. A Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság is ilyen magasabbrendű cél-törekvésekből született meg. A gyógyszerészeti tudományok minél szélesebbkörű ...propagálásával arra törekszik, hogy a gyógyszerész szellemi színvonalát emelve, őt a rohanó élet problémáival szemben felvértezze. A gyógyszerész a fejlődés mai színvonalán válaszótra került. Ha ...megelégszik a tárához lán-coltan a gyógyszer-kiszolgáltatásban kimerülő feladatával, elveszítheti azt a szellemi jogosultságot, amely őt mindig megillette, amíg a gyógyszereket ő maga is készítette. A mai újrarendszerű kiképzés célja az, hogy a gyógyszerész olyan szakmai képesítést szerezzen, amely képessé teheti őt más, a jövőben kialakuló munkakörök betöltésére is. A március 15-i gondolat, a jobb és szabadabb élet utáni vágy ősejű kitérését jelképezi... A szabadság szelleme jellegzetesen a tudomány szelleme is. – fejezte be írását az MGYT akkori főtitkára.

Dr. Halmi János egyetemi tanársegéd, „A magyar gyógyszerészek felszabadulási törekvései 1848-ban” címmel, a szakma szempontjából taglalta a száz év előtti eseményeket. A már akkor is működő Pest-Budai Gyógyszerész Testület kísérletet tett az akkori gyógyszerészeti problémák megoldására: Országos Gyógyszerész Egyesület alapítása, a gyógyszerértárvizsgálatokat gyógyszerészek díjtalanul végezhesék, önálló magyar gyógyszerkönyv és árszabvány, a gyógyszerárak felállításának szabályozása, nyilvános alapok számláiból a százalék rendezése. Klauzál Gábor miniszter – akihez a gyógyszerészek is tartoztak – elfogadva a Testület beadványát, rendeleteket alkotott a gyakornoki kiképzésről, a gyógyszerárak díjtalan vizsgálatáról gyógyszerész jelenlétében és a gyógyszerárak felállításának szabályozásáról. Dr. Wágner Dániel gyógyszerész, a miniszter felkérésére reformtervezetet készített. Az akkor még meg nem oldott kérdések csak évtizedekkel később valósultak meg, így pl. 1871-ben jelent meg az első kiadású Magyar Gyógyszerkönyv, 1872-ben pedig megalakult a Magyarországi Gyógyszerész Egyesület.

Szele Béla az Országos Gyógyszerész Egyesület titkára, „A gyógyszerészi pálya minden művelője” címmel adta közre írását: „az Egyesület a történelmi hagyományokhoz híven készülődik a centenáriumi év méltó megünneplésére, a gyógyszerésztársadalom gyakorlati és tudományos részt is magában foglaló országos gyógyszerész-rendezvény előkészítésével. Az

1848-as események lendülete is magával ragadta a korabeli gyógyszerészeket. Ezért felirattal fordultak Klauzál Gábor miniszterhez, hogy a gyógyszerészet ügyét a korszellemnek megfelelően rendezzék (lásd fentebb). A mai generáció is igyekszik a neves elődök nyomdokaiba lépni. Ezek közé tartozik az előkészítés alatt álló gyógyszerészeti törvény életbe léptetése és a gyógyszerészi múzeum felállítása. A szakma teljes erőfeszítéssel készül a szeptemberi Gyógyszerész-hétre. Az Országos Gyógyszerész Egyesület pedig júniusban rendezi meg a debreceni centenáriumi napokkal egyidőben az Országos Közgyűlését.

Dr. Pataky Mihály debreceni egyetemi tanársegéd, a „Magyarország, mint gyógyszertermelő állam” c. közleményében a gyógynövényügy rendezésével foglalkozott: „Magyarországot mindig fejlett agrárországnak ismerték el. Ma is sokan gazdálkodnak. A talaj és az éghajlat függvényében szorgalmaznunk kell az ipari gyógynövények telepítését. Olyan növényekről van szó, melyek alkalmasak további feldolgozásra is. Vidéken nem elég a termesztés, mert helyben kell feldolgozni a növényeket. Így helyben készíthetnek el az extractumokat és a tinktúrákat. De minden egyes falusi patika kaphatna 5–10 hold földet, bár vetőmaghiányban szenvedünk. Cukorrépa termesztésével és nemesítésével megoldódhatna a patikák cukorellátása. A drogok feldolgozásához nélkülözhetetlen az etilalkohol. Ezért olyan vidéken célszerű a növénytermesztés, ahol a közelben szeszgyár is van. Így biztosítható csak a gyógyszerek legmáltányosabb ára a betegeknek.”

Sacher Pál gyógyszerész, a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete (MABI) gyógyszerészeti főosztályvezetőjének előadásából idézünk: „Kevesen tudják, hogy a MABI jogelődje több mint 100 éves, még 1846-ban alakult meg önszervező formában. Ma első helyen áll a gyógyszerellátásban 350-féle különlegességgel. De megfelelő indoklással más készítményeket is felírhatnak az orvosok. Az intézeti gyógyszerár helyzete valamivel jobb a magánpatikákhoz képest. Naponta 2000 db a receptforgalom, ezért 34 gyógyszerész, 10 laboráns és 8 adminisztrátor működik jelenleg. Az itt készült galenikumokat az Országos Közegészségügyi Intézetben ellenőrzik. Nagyon helyesen, egyetlen gyógyszerkészítmény ill. alapanyag sem kerülhet a beteg kezébe vizsgálat nélkül.”

A szaklapban már többször jelentek meg egyes „konzervatív nézetű” gyógyszerészek elleni támadások. Székely Jenő most dr. Atzél Elemér gyógyszerész, orvos, ügyvéd, egyetemi előadó-tanár tevékenységét kritizálta. Atzél dr. ugyanis nem értett teljesen egyet a reáljogú patikai jogviszony várható megszüntetésével és a gyógyszerészetet államosító törekvésekkel. Mindezeket az egyetemi előadásaiban is hangoztatta. Székely Jenő ezt „az egyetemi ifjúság félreveléseként” értékelte. Ezért dr. Atzél Elemért már nem engedték többé a katedrára állni.

Dr. Turi Pál a „Mikrobiológia a gyakorlati gyógyszerészetben” címen írt akkor is aktuális témájú tudományos közleményt.

Szmodits László

CONSENSUS

A 750 éves gyógyszerészi hivatás az elmúlt évek összefogásának eredményeként visszatért hagyományaihoz, méltóságához: önálló, szellemi szabadfoglalkozássá vált!

Felismervén a szakma közös érdekét és kívánságát,
a Magyar Gyógyszerész Kamara kezdeményezésére
a Magyar Gyógyszerészeti Társaság hagyományaira építve,
a Magángyógyszerészek Országos Szövetségének együttműködésével
jelen megállapodásban rögzíti egy közös kiadvány megjelentetését

Gyógyszerészi Almanach 1998

néven, a Galenus Lapkiadó gondozásában.

Az együttműködők célja egy olyan kiadvány összeállítása, mely méltó keresztmetszete a gyógyszerészet jelenlegi helyzetének, szakmai, szervezeti, személyi és jogi vonatkozásainak.

A *Gyógyszerészi Almanach* megjelenési periódusa 4 év,
megtartva szükség esetén az évenkénti Addendum kiadásának lehetőségét.

A *Gyógyszerészi Almanach* kiadásával a szakma sokéves törlesztését kívánja lezárni, s egyben elindítani egy olyan sorozatot, mely hasznos gyakorlati információt nyújt a mai kor szakemberének s jellemző, tanulságos korrajzot majdan a jövő gyógyszerésznemzedékének.

Budapest, 1998. április 2.

Dr. Szabó Sándor

a Magyar Gyógyszerész
Kamara elnöke

Dr. Vincze Zoltán

a Magyar Gyógyszerészeti
Társaság elnöke

Dr. Mikola Bálint

a Magángyógyszerészek
Országos Szövetségének elnöke

A kiadvány célja, hogy megbízható, korrekt és mély szakmai igényességgel szerkesztett adattára legyen a gyógyszerészet területén dolgozó kollégáknak, partnereknek.

Az adatbázis egyik fő eleme a gyógyszerészek névsora.

A szerkesztőbizottság kéri Önt, ha tud olyan kollégáról, aki a szakma távolabbi területén vagy nem is a szakmában dolgozik – így nem tudhat az adatgyűjtésről –, írja meg nekünk a nevét, elérhetőségét, hogy adatlapunkkal őt is felkereshessük. Ha tud olyan kollégáról, aki a Gyógyszerészeti Évkönyv utolsó megjelenése óta (1990) halt meg, kérjük nevezze őt is meg.

Galenus Lapkiadó Kft.

1068 Bp., Dózsa György út 86/b Tel./fax: (1) 342-8478, (1) 322-5938, (1) 351-8777

TÖBB LEVEGŐT!



Nicorette® nikotin füst nélkül

Élvezd az életet cigaretta nélkül!

Keresse a gyógyszertárakban



Pharmacia
& Upjohn

További információ:
1126 Budapest, Istenhegyi út 18.
Tel.: 214-17-48, 214-17-49 • Fax: 214-17-54

KOCKÁZATOK ÉS MELLÉKHATÁSOK TEKINTETÉBEN FORDULJON ORVOSÁHOZ VAGY GYÓGYSZERÉSZÉHEZ.

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA



A brüsszeli székhelyű, 1863-ban alapított, a nemzetközi vegyi- és gyógyszeriparban tevékenykedő SOLVAY konszern tevékenységi köre ma már jelentősen diverzifikálódott, s négy fő területen – lúgok, műanyagok, műanyag-feldolgozás, gyógyászati készítmények gyártása – vált meghatározóvá. Jelenleg a világ 41 országában közel 40 ezer dolgozót foglalkoztat, éves forgalma meghaladja a 10 milliárd DM-et.

A SOLVAY 1992-ben nyitotta meg képviselőjét Budapesten SOLVAY PHARMA Kereskedelmi Kft. néven. Tevékenységének egyik legfontosabb célja, hogy a SOLVAY konszernhez tartozó, általa képviselt gyógyszergyárak (Solvay Pharmaceuticals GmbH – volt Kali-Chemie és

Giulini Pharma –, Solvay Pharma France – korábban Laboratoires de Thérapeutique Moderne, LATEMA/Sarbach –, Solvay Pharmaceuticals B. V. – volt Solvay Duphar) gyógyszerkészítményei ismertté váljanak a magyar orvosok és gyógyszerészek számára.

A SOLVAY részt vesz szakkiállításokon, konferenciákon, helyi és országos szervezésű kongresszusokon, valamint – lehetőségeihez mérten – támogatja magyar orvosok és gyógyszerészek részvételét nemzetközi konferenciákon, továbbképzéseken.



A SOLVAY PHARMA Ker. Kft. a hazai gyógyszer-kereskedelem egyik meghatározó tényezője.



SOLVAY PHARMA KFT.
1119 Budapest, Etele út 59-61.
Tel.: 203-4289, 203-4297, 203-4305
Fax: 203-4322



Optimális kiegészítő készítmény az allergiás rhinitisz kezelésében

Kíméletesebb lehet a beteg kezelése akkor, ha az oki kezelésre használt antihisztamint vagy szteroid készítményt és a tünetek enyhítésére szolgáló vazokonstriktort különválasztjuk.*^{1,2} Az oki kezelésre használt készítmények hatása lassan fejlődik ki, ezért javasoljuk az allergiás rhinitisz tüneti kezelésére a kizárólag oxymetazolint tartalmazó Nasivin-t.

Minden korra!



Hatóanyag: oxymetazolinium chloratum vizes oldatban.

Mellékhatások: esetenként égő érzés, vagy szárazság az orrnyálkahártyán, tüsszögés. Ritkán reaktív hiperaemia, szisztémás sympathomimetikus hatások.

Ellenjavallat: rhinitisz sioca

*1; Broms P, Malm L. Oral vasoconstrictors in perennial nonallergic rhinitis. *Allergy* 1982; 37: 67-74.

*2; Löfkvist T, Svensson G. A comparative evaluation of oral decongestants in the treatment of vasomotor rhinitis. *J Int Med Res* 1978; 6: 56-60.



Nasivin[®] 0,05% orrcsepp és spray

R e c e p t n é l k ü l k a p h a t ó !

MERCK

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA

JOURNAL OF THE HUNGARIAN PHARMACEUTICAL SOCIETY

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung:
H-1051 Budapest, Zrínyi utca 3. Telefon: 117-1488

Szerkesztőbizottság:

Főszerkesztő: dr. Lipták József
Felelős szerkesztő: Hankó Zoltán
Szerkesztők:

dr. Bozsik Erzsébet, dr. Brantner Antal, dr. Dobson Szabolcs,
Kéry István, dr. Kovács László, Ottlik Miklósné



dr. Nikolics Károly (a bizottság elnöke), dr. Bacsa György,
Dudits István, dr. Écsy Zoltán, dr. Gyarmathy Miklós,
dr. Hamvas József, dr. Kata Mihály, Kerekesné dr. Nemes
Mária, dr. Kéry Ágnes, dr. Marton Sylvia, dr. Mezey Géza,
dr. Mikola Bálint, dr. Sátorj Éva, Szendrényi Lajos,
dr. Tretyánszky Zoltán, dr. Zalai Károly

42. évfolyam

5.

1998. május

TARTALOM

CONTENTS

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság 1998. I. félévi tevékenysége. Főtitkári beszámoló 259
Dr. Rác Gábor 70 éves 261
Dr. Nikolics Károly: Visszaemlékezés az 1948. évi Centenáris Gyógyszerész Hétre 263

J. Lipták: Activities of the Hungarian Pharmaceutical Society, 1998 first part, of the year. Report of the Secretary General
Prof. dr. Gábor Rác is 70 years old
K. Nikolics: Remembrance of the centenary week of pharmacist in 1948

GYÓGYSZERÉSZETTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

Dr. dr. hc. Zalai Károly: In memoriam André Bédát gyógyszerész 265
Dr. Sági Erzsébet: A régi magyarországi jezsuita patikák ismertetése a legújabb kutatások alapján. Az egykori kolozsvári jezsuita patika 266
Dr. Sági Erzsébet: Az egykori nagyváradai jezsuita patika 267

PAPERS OF HISTORY OF PHARMACY

K. Zalai: In memoriam André Bédát
E. Sági: Pharmacies of the Order of Jesuits in ancient Hungary. The late pharmacy of the Order of Jesuits at Kolozsvár
E. Sági: The late pharmacy of the Order of Jesuits at Nagyvárad

ÖNGYÓGYÍTÁS, ÖNGYÓGYSZERELÉS

Az orrcseppek hatása az ornyálkahártyára és az orr-csillősejtek mozgására 268

SELF-TREATMENT, SELF-THERAPY

AKTUÁLIS OLDALAK

Dr. Sándor István: Munkajogi tanácsadó. II. rész 270
KONSZENZUS KONFERENCIA A HAZAI BIZTONSÁGOS ÉS KORSZERŰ GYÓGYSZERES KEZELÉSRŐL II. RÉSZ
Dr. Orbán István: A magyar gyógyszeripar Európában 272
Bogsch Erik: Hogyan kerül a homár az asztalra? 273
Dr. Somody Imre: A hazai gyógyszeripar kihívásainak kezelése a harmadik évezred küszöbén 275
Dr. Mikola István: A Nemzetközi Gyógyszergyártók Egyesülete javaslata az átlátható gyógyszer árképzésre, ártámogatásra és közgyógyellátásra 277
Dr. Szűts Tamás, dr. Matejka Zsuzsanna és dr. Harsányi László: Házi orvosok a közgyógyellátásról 278
Az év patikája 97 II. rész. Dr. Télessyné Főris Kornélia: Szent István patika, Aszód 280

CURRENT PAGES

I. Sándor: Adviser in law of labour. II. part
I. Orbán: The Hungarian drug industry in Europe
E. Bogsch: How is getting the lobster on the table?
I. Somody: Challenges for the drug industry in Hungary at the threshold of the third millenium
I. Mikola: Suggestion of the AIPM for transparent formation of drug prices, subsidies as well as that of free drug supply
T. Szűts, Zs. Matejka and L. Harsányi: Family doctors about the free durg supply
Pharmacy of the year 1997. II. part. *K. Télessy-Főris:* The pharmacy „Szent István” at Aszód

<i>Kerekes Csaba</i> : Gyógyszertárak költségszerkezetének alakulása	284	<i>Cs. Kerekes</i> : The structure of expenditures in pharmacies
<i>Dr. Nagy Levente</i> : Egy nagyközség gyógyszerésznének észrevételei III.	290	<i>L. Nagy</i> : Remarks of a pharmacist of a large village in Hungary III.
<i>Hankó Zoltán</i> : Patikusmérleg a gyógyszerár-képzés rendjéről	292	<i>Z. Hankó</i> : The „pharmacist's balance” in information of drug prices

HÍREK

(Részletesen lásd a tartalomjegyzék végén)

293

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI
--

308

NEWS OF DRUG REGISTRATION AND THAT OF PUTTING IN TO CIRCULATION
--

SZAKIRODALMI TALLÓZÓ

312

CLEANING IN THE PROFESSIONAL PHARMACEUTICAL LITERATURE

Kitekintés – Cím bibliográfia – A hónap molekúla – Miről írt az „A Gyógyszerész” 50 éve? – Helyesírás – helyes írás?

Survey of professional political reports in foreign periodicals – Title bibliography – Drug molecules of the month – The topics of Hungarian professional journals 50 years ago? – Orthography – and the right way of writing

HÍREK: Dr. Szigetvári Ferenc – Prof. dr. Emer. Szabó János – 1948 emlékezete – A Magyar Gyógyszerészeti Társaság országos vezetőségi és elnökségi ülése – 40 éves a SZOTE Gyógyszerésztudományi Kara – XXVIII. Gyógyszeranalitikai Továbbképző Kollokvium, Zalaegerszeg. A Schulek Elemér Emlékrem kitüntetettje László Alexandra – XXXI-II. Rozsnyay Mátyás Emlékverseny – Az új gyógyszertármodell szakmai és építészeti aspektusai. Az MGYT Szervezési Szakosztályának konferenciája – A MOSZ Országos választmányának ülése – Beszámoló az Európai Klinikai Gyógyszerész Konferenciáról – A Gyógyszerésztudományi Kar tanácsulása a budapesti egyetemen – Magyar professzorok világtalálkozója – Az Erdélyi Múzeum-Egyesület Orvosi és Gyógyszerészeti Szakosztályának 8. ülészaka Brassóban – Gyógyszerésztovábbképzés önszervezéssel – Az MGYT Ipari Szervezet továbbképző előadása – 17. Nemzetközi Gyógyszer technológiai Konferencia – A Glaxo Wellcome benyújtotta első törzskönyvezési kérelmét a „Zanamivir” nevű, új, influenzaellenes gyógyszerre – Roquette gyógyszerészeti szimpózium – A népjóléti miniszter 14/1998. (IV. 22.) NM rendelete – A népjóléti miniszter 13/1998. (IV. 22.) NM rendelete – Melléklet a 13/1998. (IV. 22.) NM rendelethez – Felhívás konferencia-részvételre. A gyógynövény kutatás aktuális kérdései: terpenoidkémia, kemotaxonómia – Pályázat – 1998. évi Gyógyszer technológiai Kollokvium – A Gyógyszerésztörténeti Szakosztály felhívása –

„GYÓGYSZERÉSZET” a Magyar Gyógyszerészeti Társaság lapja

Kiadja a Magyar Gyógyszerészeti Társaság, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Telefon: 318-1573

Felelős kiadó: Dr. Vincze Zoltán

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung: H-1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Előfizethető: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. belföldi postautalványon vagy átutalással az MGYT átutalási számlájára: OTP V. kerületi fiók, Budapest, Deák Ferenc u. 7-9.

MGYT elszámolási számla: 11705008-20425230. Adóigazolási szám: 19000754-2-41

Előfizetési díj: egész évre 9000 Ft + 12% ÁFA. Egy példány ára: 750 Ft + 12% ÁFA.

Készült 2550 példányban.

Monthly journal. Subscription: Batthyany Kultur-Press Kft. H-1251 Budapest 11.

P. O. Box: 30. E-mail: batthyany@kultur-press.hu.

Műszaki szerkesztő: Molnár Zoltán

Sokszorosítás: Egri Nyomda

A kéziratok és mellékleteinek őrzését vagy visszaküldését nem vállaljuk.

Index: 25 362

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság 1998. I. félévi tevékenysége Főtitkári beszámoló*

Dr. Lipták József

Szervezeti és szervezési kérdések

Ez évben eddig két elnökségi-titkári ülést tartott az elnökség, Budapesten: 1998. február 18-án és május 19-én. Előkészítő megbeszélést tartottunk 1998. január 7-én Budapesten, az MGYT szakmai továbbképzési programjának kidolgozása ügyében. Ezen részt vettek az MGYT Továbbképzési Bizottságának tagjai és az MGYT szakosztályelnökök. Számos hasznos javaslat hangzott el, melyek beépítésre kerültek a végső szakmai továbbképzési programba. A munkát *prof. dr. Vincze Zoltán* MGYT elnök irányítja.

Hagyományainkhoz híven, ez évben is közreadtuk a „Gyógyszerészet”-ben, és postáztuk valamennyi vezetőségi tag továbbá külföldi partnereink és a rendezvény-szervezők részére hazai és külföldi rendezvénynaptárunkat.

Az MGYT taglétszáma a beküldött tagnévsorok és az egyéni befizetések összegzése alapján: 2307 fő. [Ehhez jönnek még a kórháziak (kb. 200 fő), így az MGYT fizető tagjainak száma: 2500 fő.]

Köszönetünket fejezzük ki a szervezeteknek, hogy az új tagdíjbefizetési rendet igyekeztek betartani. A tagsági igazolványok elkészültek, a tagok tagkártyájukat saját szervezetük elnökétől vehetik át. Sajnos a rendezvények szervezői eddig nemigen éltek az általunk javasolt – MGYT tagoknak kedvezményt nyújtó – részvételi díj képzési módszerrel. (Kivételt képez az MGYT Pest Megyei Szervezete által rendezett szakmai továbbképző nap, ahol a megyei MGYT tagok 1000 Ft kedvezményben részesültek.)

Kötelezettséget vállalt a Társaság a „Gyógyszerészek Országos Kongresszusá”-nak szervezésében (*dr. Vincze Zoltán* és *dr. Simon Kis Gábor* képviseli az MGYT-t), és a „Gyógyszerészi Almanach” kiadásában. Mindkettőben a másik két gyógyszerészeti szervezettel – az MGYK-val és a MOSZ-szal – együtt érdekelt az MGYT. A „Gyógyszerészi Almanach” szerkesztőbizottságába Társaságunk *dr. Kraszkó Károly* MGYT alelnököt és *Kéry Istvánt* delegálta. Az almanachban természetesen az MGYT felépítése, a tisztségviselők, a szaklapok, az alapítványok adatai is szerepelni fognak.

A magyar gyógyszerészet, a magyar gyógyszerészeti tudomány és gyógyszerész kollégáink kiemelkedő szakmai munkájának elismeréseként a Magyar Tudományos Akadémián szükségesnek ítélték a gyógyszerészet eddighez képest fokozott reprezentációját. Az MTA Orvosi Tudományok és Kémiai Tudományok Osztályának együttes javaslata, hogy az Orvosi és Kémiai Osztályok közös bi-

zottságaként hozzák létre az Akadémia Gyógyszerészi Bizottságát.

Az Országgyűlés 1998. március 16-án elfogadta az „Emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről” szóló törvényt. A törvény szövegét a Gyógyszerészet 3. száma teljes terjedelmében közölte. A törvény elkészítésében az MGYT is részt vett és a csatlakozó jogszabályok kidolgozásában is lesz feladatunk.

Elnökségünk döntése értelmében a „Gyógyszerészet” előfizetői – az előző év gyakorlatához hasonlóan – 1998-ban továbbra is ingyenesen és automatikusan megkapják a „Gyógyszerészet”-tel együtt az „Acta Pharmaceutica Hungarica”-t is.

Az MGYT, az ez év áprilisában a SOTE-n megrendezett „Korányi Frigyes Tudományos Fórum” legjobban szereplő 3 gyógyszerészhallgatójának, illetve kutató gyógyszerészének különdíjként az MGYT valamennyi tudományos kiadványának 1 éves előfizetését ajánlotta fel.

Az MGYT szervezeteinek és szakosztályainak rendezvényein elnökségünket lehetőség szerint az elnök vagy a főtitkár képviseli.

Nemzetközi kapcsolatok

Az Európai Gyógyszerésztudományi Társaságok Szövetsége Tudományos és Ipari Bizottságának (EUFEPS/CIR) I. félévi ülése Brüsszelben volt, 1998 januárjában. Társaságunkat *prof. dr. Görög Sándor* Tudományos Bizottságunk elnöke képviselte. Beszámolója a „Gyógyszerészet” 1. számában megjelent. Az EUFEPS/CIR soron következő ülését Budapesten tartja ez év június 25–28. között.

Elnyertük az EUFEPS 2000 budapesti megrendezésének jogát. A kongresszus időpontja: 2000. október 3–5. A közös előkészítésben egy 12 fős Tudományos Bizottság (6 fő az EUFEPS-ből és 6 fő a vendéglátó ország részéről) és egy több tagból álló Szervező Bizottság (amelybe 2 főt delegál az EUFEPS) vesz részt. A rendezésre a Pharma-Tours Kft.-t kérjük fel.

A FIP ez évi első elnökségi ülésén januárban Társaságunkat *prof. dr. Vincze Zoltán* elnök, a FIP alelnöke képviselte.

A FIP Közforgalmú Gyógyszerészeti Szekció Végrehajtó Bizottságába 1998-ra a tavalival megegyezően *dr. Samu Antalt* javasoltuk.

Az idei FIP Kongresszuson Hágában Társaságunkat *dr. Vincze Zoltán* és *dr. Lipták József* képviselik. Elnökünk, mint FIP alelnök a FIP elnökség munkájában vesz részt, a főtitkár pedig a FIP Tanácsban képviseli az MGYT-t (és egyben a magyar gyógyszerészeti szaksajtó kapcsolatát is ápolja).

*Elhangzott az MGYT Országos vezetőségének 1998. május 19-i ülésén.

Levélben kértünk *FIP védnökséget az 1999-es Congressus Pharmaceuticus Hungaricus XI. rendezvényünk számára. Ezenkívül bejelentettük szándékunkat a 2002-es FIP kongresszus budapesti megrendezésére.*

Az I. félévi rendezvények

Az 1998. I. félévi rendezvényeinkről a szervezők a Gyógyszerészetben rendszeresen beszámolnak, így most csak a legfontosabb adatokat ismertetjük:

Klinikai farmakológia a közforgalomban

1998. március 20., Budapest

Az MGYT Gyógyszerügyi Szervezési Szakosztály rendezvénye.

XXVIII. Gyógyszeranalitikai Továbbképző Kollokvium

1998. április 14–16., Zalaegerszeg

Az MGYT Gyógyszeranalitikai Szakosztály rendezvénye.

Fitoterápiás napok

1998. április 18–19., Pécs

A Magyar Fitoterápiás Társaságnak, az MGYT Gyógynövény szakosztályának és a SOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézetének közös rendezvénye.

Európai Klinikai Gyógyszerészeti Társaság 1. Európai Konferenciája (nemzetközi konferencia)

Az anya és gyermek ápolásáról.

1998. április 22–24., Budapest

Az MGYT Kórházi Gyógyszerészeti Szervezetének közreműködésével szervezett konferencia.

A márciusi forradalom és szabadságharc emlékezete a magyar orvos- és gyógyszerésztársadalomban

1998. május 3., Budapest

A Magyar Orvostörténelmi Társaság és az MGYT Gyógyszerésztörténelmi Szakosztálya közös ünnepi előadótulása az 1848–1849-es forradalom és szabadságharc 150 éves évfordulójára (az I. Magyar Gyógyszerész Napok rendezvény részeként).

XXXIII. Rozsnyay Mátyás Emlékverseny

1998. május 13–16., Kecskemét

A Magángyógyszerészek Országos Szövetsége és az MGYT Bács-Kiskun Megyei Szervezete rendezésében.

A Rozsnyay Mátyás Emlékverseny satellit rendezvénye. Az új gyógyszerármodell szakmai és építészeti aspektusai

1998. május 14., 16. Kecskemét

Az MGYT Gyógyszerügyi Szervezési Szakosztály konferenciája.

Az országos rendezvények mellett szervezeteink számos regionális fórumot is tartottak, melyek egy részéről csak utólag értesülünk, és a szaklap sem mindig kap beszámolót. Kérjük kollégáinkat, hogy ezekről a rendezvényekről is tájékoztassák titkárságunkat, illetőleg a Gyógyszerészet szerkesztőségét.

Rendezvényeink 1998. II. félévben

IV. Clauder Ottó Emlékverseny

1998. szeptember 17–19., Budapest

Az MGYT Gyógyszeripari Szervezet rendezvénye.

VI. Országos Állatorvos-Gyógyszerész Konferencia

1998. szeptember 18–20., Siófok

Rendező: az MGYK, a MÁK és az MGYT Somogy Megyei Szervezete.

30 éves az MGYT Gyógyszerésztörténelmi Szakosztálya

1998. szeptember 25–26., Kőszeg

Az MGYT Gyógyszerésztörténelmi Szakosztály ünnepi előadótulása.

Gyógyszerészek VIII. Országos Kongresszusa

1998. október 7–11., Siófok

Az MGYT, a MOSZ és az MGYK közös rendezvénye.

A gyógynövénykutatás aktuális kérdései

1998. október 21–22.

Az MGYT Gyógynövény Szakosztályának az MTA Terpenoid Munkabizottságával és a SZAB Farmakognóziái Munkabizottságával közös rendezvénye.

Gyógyszertchnológiai Kollokvium

1998. december 4., Budapest

Az MGYT Gyógyszertchnológiai Szakosztály rendezvénye.

Aktuális témákból felkészülés az 1999-es évre

1998. december 11., Budapest

Az MGYT Gyógyszerügyi Szervezési Szakosztály rendezvénye.

Kitüntetések

Ebben a félévben az alábbi éremkitüntetések hagyta jóvá az elnökség, amelyeket a szakosztályok vezetőségei terjesztettek elő:

Schulek Elemér Emlékérem: Dr. Lásztity Alexandra,
Augustin Béla Emlékérem: Dr. Petri Gizella,
Ernyey József Emlékérem: Dr. Lárencz László.

J. Lipták: *Activities of the Hungarian Pharmaceutical Society, 1998, first part, of the year. Report of the Secretary General*

Dr. Rácz Gábor 70 éves

Olyan egyéniséget köszönhetünk 70. születésnapján, aki a magyar gyógyszerészetnek, ezen belül különösen a gyógynövénykutatásnak és a gyógyszerésztörténetnek nemzetközi elismertséget szerzett. Szívből kívánunk *Rácz Gábor professzornak* további lelkes tevékenységet, számos közvetlen és közvetett tanítványt, akik széles látókörű szemléletét, tudását tovább éltetik és gyarapítják!

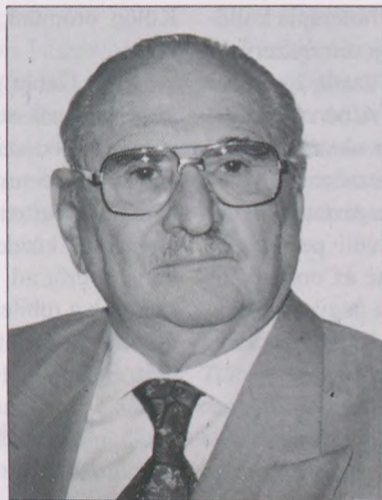
Abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy szinte pályánk kezdetétől fogva ismerjük. Először munkái révén, később személyesen, a Hargita csúcsára zárandokolva, majd nyíltan, a marosvásárhelyi, máig is példaszé-
rűen működő csodálatosan szép és gazdag gyógynövénybotanikus kert közvetlen szomszédságában található kis lakásukban. (Ismeretes, hogy a nemzetközi híró erdélyi gyógynövényiskolát *Práter Béla* 1904-ben alapította, Kolozsváron létrehozva a világ első gyógynövénykísérleti intézményét. Jogutóda *Kopp Elemér* volt, aki a Marosvásárhelyi Orvostudományi Egyetemen kezdeményezte a gyógynövénykutatást. Őket követte a Rácz-házaspár és tanítványaik.)

A sors különös alakulása „közelebb” hozta Rácz professzort és tudós munkatársát, kedves feleségét, *dr. Rácz-Kotilla Erzsébet* professzorasszonyt. Immár Erdély „közelebb” került, de úgy, hogy ottani kollégáinkkal is még szorosabbra fűződött barátságunk, munkakapcsolatunk. Ugyanazt valljuk, mint az Ünnepe: a tudományban és a barátságban nincsenek határok! Életében eddig is példázta, hogy Európa, sőt a Világ is egységes. Csak hiteles és megalapozott tudással segíthetünk beteg embertársainkon.

Rácz Gábor 1928. június 15-én, Aradon született. A Római Katolikus Főgimnázium elvégzése után a bukaresti Gyógyszerésztudományi Karra felvételizett, majd Aradon, Rozsnyay Mátyás gyógyszerészében volt gyakornok. A gyakornoki validációs vizsgát a bukaresti karon tette le, majd beiratkozott a kolozsvári Bolyai Tudományegyetem Matematikai és Természettudományi Karára.

1948-ban létesült a Marosvásárhelyi Gyógyszerésztudományi Kar, amelynek szervezésében kezdettől fogva résztvett. Ott szerezte meg a gyógyszerészi oklevelet is. Ezen a karon 44 évig fejtett ki tevékenységet! 1952-től már a Gyógyszerészi Növénytan Tanszék és a Botanikus Kert vezetője.

1958-ban *Kopp Elemér* professzor irányításával elkészítette doktori értekezését „A kőrtéfa vegetatív szerveinek hatóanyagai” címmel. Ennek alapján elnyerte a gyógyszerészeti tudományok doktora címet. *Kopp Elemér* nyugdíjba vonulása után kinevezték a Farmakognózi Tanszék élére. 1968-tól egyetemi tanárként doktoran-



duszok témavezetője. Irányításával 19 gyógyszerész nyerte el a doktori címet. 1956-tól 1986-ig, kisebb megszakításokkal (30 éven át!) a Gyógyszerésztudományi Kar dékánja volt. Élénk nemzetközi vérkeringést vezetett be (anyanyelvi fokon beszél és ír franciául, németül, angolul, románul) szűkebb tudományterületén is: a botanikus kert nemzetközi továbbképzések helye lett, a gyógynövény-magkatalógus a világ minden részébe eljutott (mintegy 1600 faj!). Vendég-előadó volt Brüsszelben (1958), Athénben (1967), Ankarában és Isztambulban (1971), Bonnban, Hamburgban, Kielben, Münchenben (1973-tól több évben), Düsseldorfban és Stuttgartban (1996-tól a mai napig).

Tudományos közleményei 38 folyóiratban jelentek meg. Kb. 130 társszerzővel mintegy 450 publikációja látott napvilágot. Eredményei szinte átölelik a teljes szakterületet, pl. tanulmánykötete jelent meg „Kovászna megye gyógynövényei” címmel; hisztológiai eredményeket közölt *dr. Péter H. Máriával* (sztomatípusok rendszertani értéke); fitokémiai közleményeket írt *Csedő Károly* professzorral (hidrokinon azonosítása, atropin mikrokémiai meghatározása növényekből); *Fazakas Béla* professzorral olyan hatóanyagot fedeztek fel a jezsámen virágaiból, amely kórokozó véglényeket pusztít (ezt filadelfinnak nevezték el). A népi gyógyászatban használt növényekre vonatkozó gyűjtések és értékelésük (elsősorban *Spielmann József* professzorral) alapozták meg azokat a farmakológiai vizsgálatokat, amelyek főleg antibakteriális, vérnyomáscsökkentő, diuretikus, nyugtató és fájdalomcsillapító hatások igazolására irányultak. Ezekben fő munkatárs a felesége, *Rácz-Kotilla Erzsébet* professzorasszony, számos tanítvány közreműködésével. A közös eredmények több gyógyszer és teakeverék kidolgozásában és forgalmazásában valósultak meg.

Jelentős szakírói tevékenységét bizonyítja, hogy munkatársai bevonásával 5 kiadást ért meg gyógynövényekről szóló kézikönyve (1962-ben románul, 1972-ben, 1975-ben és 1984-ben magyarul Bukarestben, 1992-ben pedig Budapesten „Gyógynövényismeret – a fitoterápia alapjai” címmel). 1994-ben látott napvilágot az a tanulmánya, amelyben a Román Gyógyszerkönyvről és a gyógynövénykutatásról nyújt teljes képet.

Szerkesztői tevékenységéről is csak néhány példát hadd említsünk. 30 éven át szerkesztette az Erdélyben kiadott Orvosi Szemle gyógyszerészeti rovatát. Szerkesztőbizottsági tagja volt több folyóiratnak (pl. *Planta Medica*, *Revue de Phytothérapie pratique*, *Acta Phytotherapica Romanica*, *Farmacia*, *Természetgyógyászat*), jelenleg

ugyanilyen funkciót tölt be a Természetgyógyász Magazin és a Komplementer Medicina hazai folyóiratoknál. A romániai Magyar Irodalmi Lexikon gyógyszerészeti szak-szerkesztője.

Feleségével együtt 1992-től óriási lendülettel kezdték el a Pécsi Orvostudományi Egyetemen a fitoterápia kollégiumokat. A nagy érdeklődést kiváltó, teljesen újszerű és élményt jelentő előadásoknak hamar híre szállt, így meghívást kaptak több ízben a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemre, továbbá homeopátia oktatása céljából Rác professzor a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetemre (e szakterület első hazai vizsgáztatója h. c. címmel). Egészen különös, hogy rendkívüli pedagógiai érzékkel tanfolyamok sorát tartották szerte az országban. Tanítványaik lelkesedtek értük, élvezték a nagyszerű előadásokat és demonstrációkat, a mai napig is büszkén vallják, hogy Rác Gábor és Erzsébet tanítványai.

Az Ünnepelet igen szerény tudós. A címek a szakma megbecsülését jelzik, így büszkén valljuk, hogy az elismerések közös kincset jelentenek számunkra. Tagja a Román Orvostudományi Akadémiának (Bukarest, 1993) és megalakulása óta elnöke volt a Román Tudományos Akadémia Gyógynövénykutató Bizottságának (1974-től). Számos

külföldi akadémiának is tagja. Jelenleg is tiszteletbeli elnöke a Román Fitoterápiás Társaságnak, továbbá tiszteletbeli tagja a Magyar Gyógyszerészeti Társaságnak, tagja a Magyar Gyógyszerész Kamarának, a Magyar Fitoterápiás Társaságnak, a Magyar Homeopata Orvosi Egyesületnek. Külön örömről, hogy Szakosztályunknak is vezetőségi tagja.

Rác Gábor gazdag életpályája, tudományos munkássága nemcsak adottságainak és fáradhatatlan szorgalmának, lelkesedésének köszönhető, hanem annak a mélyszeges humanizmusnak és önzetlen emberi segítőkészségnek is, ami átsegítette őt a sokféle és egyáltalán nem problémamentes küzdelmek egész során. Erkölcsi példája nekünk is erőt ad. Köszönjük, hogy tudását szétszórja, köszöntjük a jubileumi év alkalmából és kívánjuk, hogy sok örömet találjon további áldásos munkájában! Isten adjon erőt, egészséget!

Dr. Máthé Imre elnök

Dr. Szabó László Gy. alelnök

a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Gyógynövény Szakosztálya

Prof. dr. Gábor Rác is 70 years old

Gyógyszerészek nyomában...

DR. ERNYEY JÓZSEF

(1869–1945)

1869. szeptember 21-én született Béludvarnokon. Csippék János gyógyszerárában gyakornokoskodott, s a gyakornoki vizsgát Kolozsváron tette le. Ezt követően több felvidéki patikában – Nyitrán, Lócsén, Körmöcbányán – segédkedett. Egyetemi tanulmányait Budapesten végezte, és ott szerzett oklevelet. Gyógyszertári munkája mellett értékes levéltári kutatásokat is végzett. 1895-ben Budapestre jött, s hírlapíróként dolgozott. A különböző szaklapokban főként gyógyszerész-történeti dolgozatokat jelentetett meg, de közölt néprajzi, botanikai, etimológiai cikkeket is. A Gyógyszerészi Értesítő munkatársa volt. Etnográfiai tanulmányai mellett foglalkozott klasszikus filológiával és szláv nyelvészettel, irodalommal, a latin és a görög nyelvvel. 1908-ban a Magyar Nemzeti Múzeum tisztviselője lett, 1934-ben a Természettudományi Múzeum főigazgatója, 1938-ban a Tihanyi Biológiai Intézet főmunkatársa lett. Latin nyelvismerete alapján őt kérték fel a III. és a IV. kiadású Magyar Gyógyszerkönyv szövegének latinra fordítására. Sokat munkálkodott gyógyszerészi muzeális értékek összegyűjtésével, de elgondolása, a Gyógyszerészi Múzeum, csak halála után valósult meg. 1945. október 1-jén Budapesten hunyt el.

*(Gyógyszerészettörténeti naptár – '98. május
Solvay Pharma Kft. kiadása)*

Visszaemlékezés az 1948. évi Centenáris Gyógyszerész Hétre

Dr. Nikolics Károly

A közlemény beszámol az ötven évvel ezelőtt rendezett nagysikerű konferenciáról. Először bemutatja a kort és szakmai eseményeit. Közli a rendezvény tudományos programját, témaköreit és az előadók személyét. Majd beszámol a kiegészítő eseményekről: az Ernyey József Gyógyszerésztörténeti Múzeum, valamint a Kazay Endre Gyógyszerész Otthon megnyitásáról és az arany diplomák átadásáról. Befejezésül néhány gondolatot mérleget von az egyhetes konferenciáról.

Hazánkban 1998. március 15-én megemlékeztek az 1848. évi forradalom és szabadságharc 150. évfordulójáról. Ötven évvel ezelőtt volt a 100 éves jubileum. Ez alkalmat adott arra, hogy egyes szakterületek is ünnepi üléseket rendezzenek. Így került sor Budapesten 1948. október 9–15. között a Centenáris Gyógyszerész Hét rendezvényeire.

Először ezen időszak általános helyzetéről szólunk: A II. világháború után megalakult politikai pártok között fokozatosan a baloldal tört előre és 1948-ban már vezető szerepet játszott. Ekkor kezdődött el a gyárak és bankok államosítása. 1949-ben a gyógyáru-nagykereskedéseket államosították s megalakult a Gyógyszeráruértékesítő Vállalat, mint e terület monopol szervezete. A gyógyszertárak ekkor még magánkézben voltak. Csúpan az elhagyott, tulajdonos nélküli gyógyszertárakat kezelte az Állami Gyógyszertárak Nemzeti Vállalat. A tulajdonosok egyesülete (OGYOE) élén miniszteri biztos állt. Mégis ezen réteg jelentős részében még élt az újrakezdés lelkesedése. Akkor csak kisebb arányuk érezte a várható államosítást. A hangulat ugyan sokakban – különböző okokból – gondterhelt volt, mégis a Centenáriumot nagyrészt ünnepinek éreztük.

Az akkori egyetlen szaklap: „A gyógyszerész” felelős szerkesztője *Székely Jenő* volt, akit úgy ismertek, mint a munkásmozgalom régi tagját.

A Centenáris Gyógyszerész Hét elnöke és fő szervezője *Mozsonyi Sándor* professzor volt. Széleskörű munkát végzett. Nagyrészt a Hőgyes Endre utcai Egyetemi Gyógyszerészeti Intézetben zajlottak a rendezvények.

A kitűnő előkészítés folytán az egész országból nagy számban jöttek el kollégáink. Mind a tudományos program, mind a különböző egyéb rendezvények sikeresek voltak.

A szaklap 1948. október 9-i dátummal rendkívüli különszámot adott ki s közölte a Centenáris Gyógyszerész Hét teljes programját.

A megnyitóra október 9-én került sor a Szentkirályi utcai Semmelweis teremben. *Mozsonyi Sándor* megnyitóját után *Olt Károly* népjóléti miniszter tartott megnyitó beszédet.

Az október 15-ig tartó tudományos program keretében számos ismert oktató, vezető személyiség tartott előadást, így *Bari Zsigmond* egy. m. tanár, *Clauder Ottó*, a Richter

gyár főmérnöke, *Dávid Lajos* egy. ny. r. tanár, *Erdey Grúz Tibor* egy. ny. rk. tanár, *Fritz Gusztáv* egy. c. rk. tanár, *Harangi Sándor* az OGYOE min. biztosa, *Issekutz Béla* egy. ny. r. tanár, *Kedvessy György* egy. m. tanár, *Kovács János* egy. m. tanár, *Mozsonyi Sándor* egy. ny. r. tanár, *Mödlinger Gusztáv* egy. c. ny. rk. tanár, *Novák István* egy. m. tanár, *Rom Pál* egy. m. tanár, *Schulek Elemér* egy. ny. r. tanár, *Turi Pál* egy. előadó.

Mellettük több kolléga, közöttük gyakorló gyógyszerészek is tartottak előadást, így *Kun Ferenc*, *Ligeti Ferenc*, *Nikolics Károly*, *Spergely Béla*, *Varró Aladár Béla*, *Vidovszky István*.

A tudományos programban a következő tárgykörök szerepeltek:

Emulgátorok és nedvesítők; Gyógynövénygyógyászat; Gyógyszervizsgálat; Magisztrális gyógyszerkészítés; Hormonok élettana, hatástana és kémiaja; Antibiotikum kutatás; Enzimek a gyógyszertárban; Fájdalomcsillapítás; Elsősegélynyújtás; Oktatási kérdések.

Az ünnepi rendezvény keretében kiállításokra is sor került. Így a Hőgyes Endre utcai telep udvarán megnyílt az „*Ernyey József Gyógyszerésztörténeti Múzeum*”. Az előkészítés olyan sikeres volt, hogy ez a kiállítás mind a szakemberek, mind a kívülállók számára emlékezetes maradt. Gyógyszerészek magángyűjteményeik számos értékes darabját adományozták a megnyíló múzeum részére. Így *Molnár Alfréd*, a budapesti Kígyó gyógyszertár tulajdonosa gyönyörű porcelán edényeit láthattuk. Mi Sopronból egy fényképes tablót készítettünk „A soproni gyógyszertárak négy évszázados múltjából” címmel. Más megyékből is küldtek különböző kiállítási tárgyakat. Tudomásom szerint ez a gyűjtemény ebben a formában később nem maradt meg. Sajnos több emlék elkallódott. A megmaradt anyagot később a Semmelweis Múzeumhoz csatolták.

Másik kiemelkedő esemény volt a Tahi-ban létrehozott „*Kazay Endre Gyógyszerész Otthon*” felavatása. Idős kollégáink, részben özvegyeik otthonává vált. Sajnos a gyógyszertárak államosítása után nem maradt kizárólag gyógyszerészeti kézben, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete tulajdonába került.

Az ünnepi hét keretében első alkalommal került sor *aranydiplomák* átadására, jubiláns kollégák részére. Ezeket a Tudományegyetem rektora adta át.

A szerző zárszava

A Centenáris Gyógyszerész Hét volt a II. világháború után a magyar gyógyszerészet első s akkor utolsó nagygyűlése. Tulajdonképpen kiemelkedett abból a sorból, amely időnként összehozta a kollégákat. Jómagam 50 évvel fiatalabban azok közé tartoztam, akik – a külső események ellenére – akkor még reménykedtek a békés években, az ország talpraállításában, a korábbi hagyományokat őrző szakmai fejlődésben, a magántulajdonú gyógyszerészet megmaradásában. A rendezvényen jól érződött a kari összefogás, a tudomány iránti érdeklődés, a múlt emlékeinek megbecsülése. A siker hivatásterető

vezetőinknek és a széleskörű részvételnek köszönhető. E gondolatok ma is tanulságul szolgálnak.

K. Nikolics: *Remembrance of the centenary week of pharmacists in 1948.*

A report is given on the successful conference organised fifty years ago. A survey is given on the period and on the professional events of that time. A description is given on the scientific program, on the topics and lecturers.

The opening ceremony of the Museum for the History of Pharmacy „József Ernyey” and that of the Pharmacist Home „Endre Kazay” as well as the awarding the Golden diploms took place connected with the Congress.

At last author evaluates the above conference.

A szerző címe: Sopron, Kis János u. 1. – 9400

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG IFJÚSÁGI BIZOTTSÁGA A 35 ÉV ALATTI GYÓGYSZERÉSZEK RÉSZÉRE PÁLYÁZATOT ÍR KI

A pályázat címe: **MINDENT BEVESZÜNK?** (Hogyan informáljuk a betegeket a gyógyszerekről hatékonyan és gyorsan?)

Célunk, hogy a fiatal gyógyszerészek véleményét megismerjük a gyógyszerészek felelősségéről, hatásköréről és teendőiről az 1999. január 1-jén hatályba lépő **1998. évi XXV. Törvény 22. §-ával**, vagyis **„az emberi felhasználása kerülő gyógyszerekről”** adható információval kapcsolatban. Jelenleg egyre több gyógyszerreklám látható és hallható, amelyek hatására a gyógyszertárba betérő személyek módosíthatják vásárlási szokásaikat és további információt várnak a reklámozott készítményekről. A gyógyszerészek közös felelősségét figyelembe véve olyan pályamunkákat várunk tehát, amelyek a gyógyszerészet különböző területein dolgozó fiatalok – mind pozitív, mind negatív – személyes tapasztalatait és a gyógyszerekkel kapcsolatos információ adásával összefüggésbe hozható véleményét összegzi.

A pályázat terjedelmét tekintve A/4-es oldalakra, oldalanként 5 sorban leírva max. 10 oldal legyen.

I. díj 30000 Ft, II. díj, 20000 Ft, III. díj. 10000 Ft.

A beadás helye MGYT Titkárság, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Telefon: 117-1488.

A beadási határidő: 1998. szeptember 11. péntek 12.00 óra

A pályázatokat zárt borítékban, jelige feltüntetése mellett kérjük leadni vagy postán megküldeni. A pályázó szintén zárt borítékban tüntesse fel a nevét, címét és telefonszámát.

A beérkezett pályázatokat az MGYT Tudományos Bizottsága értékeli. Az eredmény kihirdetésére, valamint a díjak átadására a Siófokon megrendezésre kerülő „Gyógyszerészek Országos Kongresszusa” keretén belül ünnepélyes keretek között kerül sor.

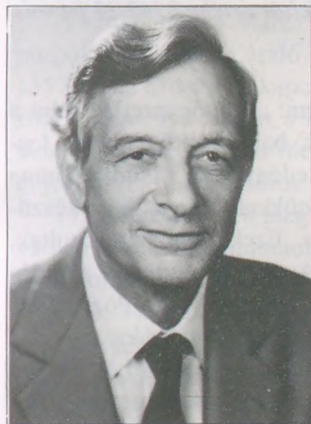
Magyar Gyógyszerészeti Társaság Ifjúsági Bizottsága

GYÓGYSZERÉSZETTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 265. 1998.

In memoriam André Bédát gyógyszerész 1919–1998

Dr. dr. hc. Zalai Károly



André Bédát genfi gyógyszerész, a Nemzetközi Gyógyszerészeti Szövetség (FIP) volt elnöke 1998. április 19-én 78 éves korában elhunyt. Kiemelkedő személye volt nemcsak a svájci, hanem a nemzetközi gyógyszerészeti közéletnek is. Mi magyar gyógyszerészek nagyrabecsüléssel, tisztelettel és szeretettel emlékezünk Őreá, szomorú szívvel és

őszinte részvétellel együttérzésünket fejezzük ki a gyászoló családnak, a Svájci Gyógyszerészeti Társaságnak és a FIP elnökségének.

Az elhunyt, mint genfi gyógyszerész-tulajdonos tagja volt a Svájci Gyógyszerészeti Társaságnak, melynek 1968-tól 1981-ig elnöke, majd haláláig tiszteletbeli tagja. Alapítója és elnöke volt a Genfi Kanton gyógyszerészeti szervezetének is. Itt végzett eredményes, jó munkája hozzájárult a nemzetközi gyógyszerészeti közéletbe való bekapcsolódásához. A FIP az egyik alelnökévé választották 1972-ben a Lizabonban tartott ülésen. A tisztséget 1978-ig látta el, amikor végzett munkája és eredményei alapján a Cannesben tartott ülésen *Joep Winters* utódjául, a FIP elnökévé választották. Komoly feladat volt a FIP egyre fokozódó fejlesztésének szervezése: több szekció munkájában a gyógyszerészeti gyakorlat szerepének és fontosságának növelése, a fejlődő országok gyógyszerellátási helyzetének alaposabb megismerése, értékelése és fejlesztése. Ennek érdekében szorosabb kapcsolatot épített ki az Egészségügyi Világszervezettel (WHO), vezetőivel és vonatkozó részlegeivel. A problémák megoldásához kellő érzékkel és diplomáciai készséggel választotta ki és bízta meg az alkalmasnak vélt személyeket, segítségükkel felmérte a gyógyszerészeti gyakorlat adott helyzetét és fejlesztési lehetőségét.

Az évek folyamán szorosabb kapcsolatba került a magyar gyógyszerészekkel és a Magyar Gyógyszerészeti Társasággal. Az ő elnöksége alatt rendezte meg az akkor 72 éves múltira visszatekintő FIP fennállása óta először Magyarországon, Budapesten a nemzetközi tudományos kongresszusát és közgyűlését. A 44. Nemzetközi Tudományos Gyógyszerészeti Kongresszus és Gyógyszerészeti

Közgyűlés a Magyar Gyógyszerészeti Társaság közreműködésével 1984. szeptember 3–7. között került megrendezésre, amely mind a tudományos tartalmában, mind a magyar gyógyszerészeti gyakorlat elismertsége vonatkozásában jelentős esemény volt.

A Gyógyszerészeti Közgyűlés legjelentősebb nemzetközi szintű eseménye a FIP 1984. évi Budapesti Deklarációjának megvitatása és elfogadása volt, melyet André Bédát kezdeményezésére a Szervezet tanácsa készített el. A közgyűlés által elfogadott Deklaráció 700 000 gyógyszerész nevében szól a világ kormányzati és nem kormányzati, nemzetközi és nemzeti szervezeteihez a gyógyszerészet, a gyógyszerészeti hivatás és tudomány védelme érdekében, szükségesnek tartva és kérve a gyógyszerészek bevonását a gyógyszerészetet érintő döntésekbe.

A Budapesti Gyógyszerészeti Kongresszus ünnepi megnyitóján *André Bédát*, a FIP elnöke beszédében először üdvözölte az öt kontinensről érkezett vendégeket, majd így folytatta: „Budapest városa ismert a rómaiak óta, váltakozva élt át dicsőséges és tragikus korszakokat. A Duna, ez a közel 3000 km hosszúságú folyam olyan nagy városokat köt össze, mint Linz, Bécs, Budapest, Pozsony, Belgrád stb... számomra a Duna egyfajta szimbólum... felső folyását a fiatalság szeszélyessége, vadsága jellemzi... népeket és országokat mos egybe,... egyesíteni képes mindent, ami különböző... Hosszú élete folyamán mind nyugodtabbá, végül derűssé válik, nyugalommal készül a 'Fekete tengerbe'. A Duna engem a FIP-re emlékeztet... Meggyőződésem, hogy budapesti tartózkodásunk, itt a Duna mentén, maradandó emlékü lesz.”

E sorok írója úgy véli, hogy *André Bédát*, hosszú életében szerzett gazdag tapasztalatait, a FIP és a Duna menti FIP-kongresszus emlékeit a Duna folyamához hasonló nyugalommal és méltósággal vitte magával sírjába. Emlékét kegyelettel megőrizzük.

IRODALOM

1. Mitteilungen. Schweiz. Apoth. Ztg 136, 339 (1998). – 2. *Zalai, K.*: 75th Anniversary of the FIP. History of the Period. 1962–1987. Int. Pharm. J. 1, (Suppl. II.) 29–60. (1987). – 3. *Zalai K.*: A Magyar Gyógyszerészeti Társaság története (1975–1989). Az MGYT kiadványa. Budapest, 1990. 62–67 p.

K. Zalai: *In memoriam André Bédát*

A régi magyarországi jezsuita patikák ismertetése a legújabb kutatások alapján Az egykori kolozsvári jezsuita patika

Dr. Sági Erzsébet

Cluj-Napoca, Románia. 1731-ben kezdték meg a kollégiumban a patika építését, a következő évben megjelenik a rendtag gyógyszerész. A gyógyszertár közforgalmú volt, abban a rend feloszlataáig folyamatosan volt rendtag gyógyszerész. A bútorzat barokk stílusban készült, a patika jól volt felszerelve, az 1773. évi leltár értéke 8742,22 forint volt. A patika az árverést követően polgári kézbe került.

Cluj-Napoca Romániában van. Kolozsvár törvényhatósági joggal felruházott város, Kolozs vármegye székhelye, Erdély régi fővárosa volt. Erdély 1691 óta Habsburg fennhatóság alatt állt, 1765-től nagyfejedelemség lett, 1848-ban egyesült Magyarországgal.

A jezsuita rend 1579-ben kezdte meg Erdélyben a működését. 1581-ben *Báthori István* rájuk bízta Kolozsváron az általa alapított főiskolát. A XVI. és XVII. században hol kitiltották, hol visszaengedték az atyákat, majd Várad elfoglalása, 1660 után iskolájukkal együtt Kolozsvárra költöznek. A ház 1712-ben kollégiumi rangot nyer és a következő évben a főiskola újra megnyílik [1].

A gyógyszertár létesítése *Csernovics Ferenc* kollégiumi rektor érdeme, aki „a közjóért és övéi vigasztalására” 1731. évben gyógyszertár állítási engedélyt kért [2].

A háztörténet 1731. évi adata: „Megkezdtük a gyógyszertár építését. Ennek építésében a patikusunkkal együtt több mesterember fáradozott” [3].

A rendi névjegyzékben az első szerzetes patikus fráter *Michael Guett* 1732-ben jelenik meg [4, 5]. Az új szolgálati hely elfoglalása általában november elején megtörtént. A gyógyszertár készleteinek feltöltése is összefügg az évi növényi gyógyszer begyűjtése után következett be.

A meglévő éves jelentések a patika nyitási idejéről nem tesznek említést [6], azt úgy vélem 1732. évben lehet meghatározni.

A kolozsvári jezsuita kollégium a patikájában annak alapításától a rend feloszlataáig folyamatosan tartott gyógyszerész frátert, akik az alábbiak voltak:

1732–1735 *Michael Guett*

1736–1753 *Josephus Reiser*

1754–1755 *Georgius Balásovics*

1756–1769 *Josephus Reiser*

1770 *Jacobus Neussel*

1771–1773 *Antonius Schmadlpauer* [7., 8].

A kollégium számadáskönyvében több adat van arra nézve, hogy a saját patika előtti időből honnan történt a gyógyszerbeszerzés. Ez az egri, trencsényi, kassai jezsuita gyógyszertárból történt, de hozattak gyógyszert a budai *Franciscus Josephus Seillertől* is, aki előzőleg a győri jezsuita patika világi provizora volt [9].

A régebbi irodalomban megjelent a világi, szerződéses gyógyszerészek neve: 1732–1741. években *Durly József*, 1741–1742-ben *Reiter József*. Innen nyerünk infor-

mációt a berendezésről, idézem: „A gyógyszertár, mint a többi jezsuita gyógyszertárak, barokk stílusban épült legszébb állványokkal, díszes edényzettel, laboratóriuma gazdagon réz mozsarakkal, üstökkel és desztilláló készülékekkel stb. volt felszerelve. Ezek mind elpusztultak, mintha a szél elfújta volna. A szép berendezést az edényekkel a tulajdonosok egyike magával vitte Pozsonyba, silány fenyőfa bútorzatot és kišelejtezett edényzetet tett helyébe. Ezen egykori jezsuita gyógyszertárból csupán egy 45 cm magas és 33 cm széles kőmozsarat sikerült megmentenem múzeumom részére” [10].

A rend feloszlataákor 1773-ban a patika leltár szerinti értéke 8742,22 forint volt [11]. Ez a kimagaslóan nagy érték csak a pozsonyi jezsuita patikával hasonlítható össze, a többinek alacsonyabb volt a becsértéke. Az ott levő frátert minősítették: efferdingeni születésű, osztrák nemzetiségű volt, 1721-ben született, 1742-ben lépett a rendbe, 1747-től 1769-ig a chilei misszióban szolgált. A felszámoló bizottság úgy határozott, hogy egyelőre maradjon a kollégiumban rendi öltözetben.

A kolozsvári jezsuita patika 1774. június 30-ára lett árverésre kiírva és ezt követően polgári kézbe került [12].

IRODALOM

1. *Gyenis András S. I.*: Régi magyar jezsuita rendházak, Budapest, 1941. 32–33 o. – 2. *Erdélyi Károly*: A kolozsvári r. k. főgimn. története 1579–1898. A kolozsvári r. k. főgimn. értesítője. 1899–1900. 3–43. o. – 3. OSZK 2039. sz. Fol. Lat. Hist. S. J. Claudiopoli 1701–1747. fol. 186v/350 o. – 4. *Lukács Ladislaus S. I.*: Catalogus personarum et offic. Prov. Austriae. S. I. I–XI., Roma, Inst. Hist. S. I. 1978–1995. – 5. *Grabarits István-Grabaritsné Ihász Zs.*: Az osztrák jezsuita rendtartomány patikái és patikusai 1716–1773., Orvostört. Közl. 107–108 (1984) 137–160 o. – 6. MTA film B 7004. Litt. ann. Vien. – 7. Lásd 4. – 8. Lásd 5. – 9. MOL. Erdély, Exactoratus Camer. Jesuit., F. 477; 2. csomó. – 10. *Orient Gyula*: Szerzetes- és orvosok kórházainak keletkezése Erdélyben. Erdélyi Múzeum 1933. 38, 122 o. – 11. MOL F. 744: 1773–1774: 312. – 12. *Lukács Ladislaus S. I.*: Cat. generalis seu nomenclator biographicus personarum Prov. Austr. S. I., Roma Inst. Hist. S. I., 1987–1988. – 13. MOL F. 744; Jes. 1773–1774: 1. csomó, 173 v.

E. Sági: *Pharmacies of the Order of Jesuits in ancient Hungary. The late pharmacy of the Order of Jesuits at Kolozsvár (Cluj-Napoca)*

Az egykori nagyváradai jezsuita patika

Dr. Sági Erzsébet

Oradea Mare, Románia. A rezidencia 1747-ben 1500 frt-ért megvette a premontrei rend üres patikáját. Az évtől a rend feloszlataásáig folyamatosan volt rendtag gyógyszerész. 1773-ban a gyógyszerek 1063 frt, az eszközök 296,50 frt értéket képviseltek. A patika árverésen elért eladási ára 1450 frt volt.

A város Oradea Mare, Romániához tartozik. A város püspökségét Szent László uralkodása idején létesítették. 1557-től az Erdélyhez kapcsolt részekhez (Partium) tartozott, 1660–1692 között a török birodalom része volt. A monarchia idején Bihar megye székhelye, törvényhatósági joggal felruházott város volt.

1759-ben jelennek meg a városban a jezsuita atyák. A várban házat és templomot kaptak, 1581-ben megnyitják iskolájukat. *Báthori István* erdélyi fejedelem támogatását élvezték. 1606-ban – miután már előzőleg is korlátozták tevékenységüket – *Bocskai István* kiűzte őket Erdélyből és oda csak 1692-ben térhettek vissza, ahol gimnáziumot létesítettek [1].

A patika alapításának terve 1745-ben jelenik meg. A rezidencia előljárója levélben fordul *Csáky István* püspökhöz, melyben előadja, hogy a premontrei rend Váradolasziban levő üres patikáját szeretné megvenni a nagyváradai rendház részére. A püspök 1745. augusztus 31-i válaszlevelében támogatásáról biztosítja a superior elképzelését, melyhez a rend provinciális is csatlakozik. 1747-ben keltezett okmányokból kitűnik, hogy a patika vásárlás megtörtént, a jezsuita rend 1500 frt-ért megvette a patikát [2].

A rendház éves beszámolója 1747 évben az újonnan létesített patikáról tesz említést. Ugyanez 1755-ben leírja, hogy a gyógyszerertárnak, mely két helyiségből, az anyagraktárból és a pincéből áll, teljesen készen van a díszítése [3].

A rendi névjegyzék szerint a nagyváradai jezsuita patikában az első gyógyszerész fráter 1748 évtől *Mathias Saglmayer* volt [4].

Azonban a jezsuita rend szokása szerint a rendtagok helyváltogatása az őszi hónapokban, megfigyelésem szerint november hó elején szokott történni. Ez esetben a patikus már 1747 évben biztosan az új szolgálati helyén volt és megkezdhette a működését. Ez a helyváltogatás indokolt esetben korábban is megtörténhetett, a patika készen volt, szerették volna megnyitni, nevezett fráter előző beosztása a bécsi Domus Probationisban volt, ahol a tárgyévben voltak másodéves patikus noviciusok. Egyébként itt nem volt folyamatosan gyógyszerész, viszont a két másik bécsi rendházban tartottak patikust.

A nagyváradai patikában a rend feloszlataásáig folyamatosan volt rendtag gyógyszerész, az alábbiak szerint:

1747–51 *Mathias Saglmayer*,

1752 *Joannes Maschner*,

1753 *Jacobus Weiss*,

1754–55 *Josephus Reiser*,

1756–59 *Georgius Balásovics*,

1760–61 *Jacobus Neussel*,

1762–63 *Georgius Balásovics*,

1764–65 *Joannes Királyi*,

1766 *Adamus Schwingheimer*,

1767–70 *Matthaeus Rauzi*,

1771–73 *Franciscus Tandler* [5].

A régebbi polgári patika és az 1760-ban létesített irgalmasrendi gyógyszerertár mellett ez is közforgalmú volt. 1760-ból és 1763-ból maradt fenn patikavizsgálatról szóló jelentés [6].

A jezsuita rend feloszlataásakor a gyógyszerertárt vezető 37 éves *Franciscus Tandler*t nagyon kedvezően minősítették, rendi szolgálata alatt ápolói, ételmezési főnöki, pincemesteri, sekrestyési feladatkört is ellátott. A feloszlató bizottság javasolta őt ott a patika eladásáig meghagyni. Kapott továbbra is szállást, valamint polgári ruhát és havi 12 frt fizetést [7].

A patika becsértéke 1773 évben 1359 frt 50 krajcár volt, az épületrész és a bútorzat nélkül. A gyógyszerek 1063 frt, az eszközök 296 frt 50 krajcár értéket képviseltek. A leltárba vett könyveket, valamint az úgynevezett ritkaságokat – egzotikus, kitömött, spirituszban, szárítva konzervált állatokat – az egyetemre kellett küldeni a könyvtár, illetve a természettudományi gyűjtemény részére.

A nyilvános árverés 1775. július 6-án volt, a patikát 1450 frt-ért vette meg *Joannes Stacho* patikus [8].

IRODALOM

1. *Gyenis András S. I.*: Régi magyar jezsuita rendházak. Budapest, 1941. 41. o. – 2. MOL. M. Kamara, Acta Jes., E 152; 131 Res. Magno-Varad., Fasc 2., No 25, fol. 53 r. és No 18, 19, 26. – 3. Budapesti Egyet. Kt. Cod. Ab 93 Annuae Resid Magno-Varadiensis – 4. *Lukács Ladislaus, S. I.*: Catalogus personarum et officiorum Prov. Austriae. S. I., Roma, Inst. Hist. S. I. 1978–1995. és *Grabarits István – Grabaritsné Ihász Zsuzsánna*: Az osztrák jezs. rendtart. patikái és patikusai. 1716–1773. Orv. tört. Közl. 107–108 (1984). 137–160. o. – 5. = 3. és 4. – 6. MOL. Htt., Acta San. C 37; Lad D, Fasc. 6. és Lad A, Fasc 30, No 1. – 7. MOL. Htt., Litt. pol. Jes. C 67; 1773: Fasc 124. No 52 és 187. – 8. idem D 67, 1775: Fasc 22. No 30, 39, 49, 54.

E. Sági: *The late pharmacy of the Order of Jesuits at Nagyvárad (Oradea Mare)*

ÖNGYÓGYÍTÁS, ÖNGYÓGYSZERELÉS

Gyógyszerészet 42. 268–269. 1998.

Az orrcseppek hatása az orrnyálkahártyára és az orr-csillósejtek mozgására*

Az orrnyálkahártya-duzzadást csökkentő orrcseppek nagyon gyakran használt gyógyszerek, melyek többsége hazánkban is szabadon vásárolható.

Ezek a lokálisan ható szerek különböző szimpatomimetikumokat tartalmaznak, különböző koncentrációkban. Jelenleg a forgalomban lévő készítmények hatóanyagként leggyakrabban oxymetazolin vagy xylometazolin, konzerválóanyagként pedig benzalkonium-kloridot tartalmaznak. A tüneti javulás, amelyet a szimpatomimetikumok az orr- és az orr-melléküregek akut gyulladásában kifejtnek, jól bizonyított és kellőképpen dokumentált.

Az orr belső felülete, éppúgy, mint az orr melléküregeké, csillószőrös hengerhámval borított, amely arra szolgál, hogy az orrba került idegen anyagokat néhány milliméter per perces sebességgel dorzális irányba, a garat felé távolítsa el. Így biztosítja az orr belső terének folyamatos megtisztítását az odakerült porszemcséktől illetve aeroszoloktól. A különböző izgató hatást kiváltó mikrobák rövidebb ideig maradnak kapcsolatban a hámsejtekkel, így a fertőzés kontaminációs rátája jelentősen lerövidül. Azoknál a betegeknel, akiknél a csillószőrök nem megfelelő módon mozognak, nem képesek továbbítani a bekerült idegen anyagokat a respiratórikus nyálkahártya irányába. Ezek a betegek csaknem állandóan orrváladékozási problémákkal, fertőzésekkel, az orr melléküregek, a középfül és a hörgők krónikus gyulladásaival küszködnek.

Egyszerű megfázás (common cold) esetében, a vírusfertőzés következményeként, mindenekelőtt egy citotoxikus hatás jelentkezik: a csillószőrös hengerhámsejt réteg vagy csak a csillószőrök elpusztulnak. A teljes regenerálódás, amikor is a hengerhám bélés teljes funkciója visszatér és a mukociliáris eltakarító funkció újból tökéletes lesz, akár hetekig is eltarthat.

Ezért föltétlenül érdemes elgondolkodni azon, hogy a megfázás esetében e helyileg használatos szerek milyen hatással vannak az orrnyálkahártyára. Mind a hatóanyagok, mind pedig a konzerválószerek hatásaival számolnunk kell.

Az ismertetésre kerülő vizsgálatban a leggyakrabban használt hatóanyagokat – az oxymetazolin és a xylometazolin – hasonlították össze, konzerválóanyagként a benzalkonium kloridot használva. (A többi tartósító anyagról kiderült, hogy erős ciliotoxikus hatásuk van.) Tudva azt, hogy az orrba bevitt anyag helyi koncentráció-

ja lecsökken az orrfújások, a váladékozás és a csillósejt-transzport következtében, a vizsgálat arra irányult, hogy ne csak a csillómozgás frekvenciáját határozzák meg, hanem megfigyeljék a hatás reverzibilitását is.

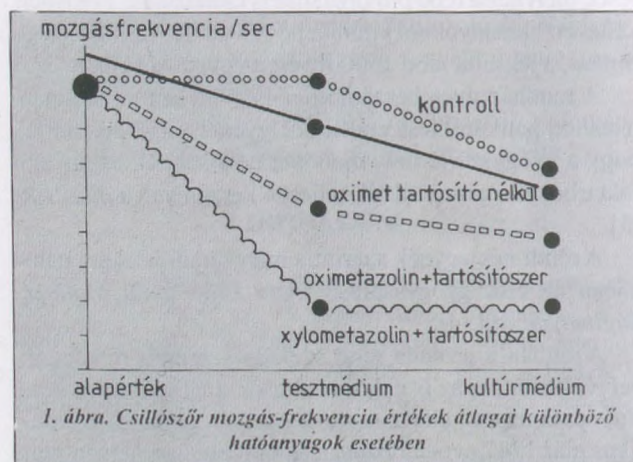
Eredmények

Az illető anyag primér hatását illetően *szignifikáns különbséget* találtak

- a kontroll és oxymetazolin tartósítóanyaggal között,
- a kontroll és xylometazolin tartósítóanyaggal között,
- az oxymetazolin tartósítóanyag nélkül és a xylometazolin tartósítóanyaggal között,
- a kontroll és oxymetazolin tartósítóanyaggal és a xylometazolin tartósítóanyaggal között.

Nem volt szignifikáns különbség

- a kontroll és oxymetazolin tartósítóanyag nélkül
- oxymetazolin tartósítóanyaggal nélkül és oxymetazolin tartósítóanyaggal között.



Az eredmények azt mutatják, hogy a tartósítószer nélküli oxymetazolin nem okoz hengerhámsejt károsodást – a károsodást a csillószőrök csapásának gyakoriságával mérve. Említést érdemel továbbá, hogy a tesztfolyadék felhígítása, amikor visszacserelelik a kultúrmediumra, nem okoz a csillómozgás frekvenciájában javulást. Más vizsgálatokban [1] szintén azt találták, hogy a csillószőrök károsodnak in vitro, mind az oxymetazolin, mind pedig a xylometazolin hatóanyaggal, azonban ezekben a vizsgálatokban a xylometazolin által kiváltott károsodás valamivel erősebb volt. Az eredményeket összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a hengerhámsejtek vonatkozásában az oxymetazolin tartósítószer nélkül nagyon pozitív hatást

*Dr. Thomas Deitmer és dr. Reinhard Scheffler (Münster) cikke alapján

fejt ki. Szignifikánsan különböző a hatása az oxymetazolin és a xylometazolinak, az oxymetazolin javára. Előnyben kell részesíteni ezen anyagok tartósítószer nélküli alkalmazását. Nagyobb dózisok használata során a tartósítószer alkalmazása azonban nem feltétlenül kerülendő. Ilyen esetekben legkevesebb aggály orvosi szempontból a benzalkonium kloriddal tartósított oxymetazolin használata ellen merülhet fel.

IRODALOM

1. Van den Donk, H. J. M., P. Müller-Platema, J. Zuidema, F. W. H. M. Merkus: The effects of nasal drops on the ciliary beat frequency of chicken embryo tracheas *Rhinology* 19, 215–230 (1981)

(x)

MERCK

20 éves évfolyamtalálkozó szervezése

A SOTE Gyógyszerésztudományi Karán **1979 évben** végzett gyógyszerészek jelentkezését várjuk: Lahner Marianna (1) 352-2580 napközben, vagy este (1) 339-4251; dr. Szemerédi Katalin (1) 265-5750, (1) 265-5500 napközben.

A találkozót 1998. év végére, vagy 1999. tavaszára tervezzük.

Nemszteroid gyulladásgátló

AZ ÚJ ÉVBEN IS RÉGI ÁRON!

INDOSOL®**Indomethacin soluble tartalmú szemcsepp**

Indometacin TRIS sójának 0,4%-os vizes oldata
(megfelel 0,3% indometacinnak)

OCULOGUTTA INDOSOLI

Eng.: OGYI-S-836-94; FoNo VI-9/1994

Alkalmazható:

- A szem gyulladós folyamatainál (keratitis, uveitis, scleritis stb. krónikus conjunctivitis kezelésére)
- szürkehályog műtéteknél
- műlencse beültetésnél miosis megakadályozására, cystoid macula oedema kivédésére

Tartósítót vagy makromolekulát nem tartalmaz.

Jó biohasznosíthatóság: a szemcsarnokban gyorsan elér-

hető a nagy indometacin koncentráció. Toxikus mellékhatás nem ismeretes.

Hatóanyag felhasználható: 5 évig

Teljes ár: 467 Ft/10 ml szemcsepp**Térítési díj: 47 Ft**

Vényköteles készítmény

Készül a gyógyszertárakban a FoNo előírása szerint.

Hatóanyag gyártó: MTA Központi Kémiai Kutatóintézet, Budapest

Hatóanyag forgalmazó: Pharmafontana Gyógyszerészeti Rt., Phoenix Pharma Gyógyszerker. Rt.

AKTUÁLIS OLDALAK

Gyógyszerészet 42. 270–271. 1998.

Munkajogi tanácsadó

II. rész

Dr. Sándor István

Érvénytelenség

A semmis és a sikeresen megtámadott *megállapodás* érvénytelen. Az MT alkalmazásában megállapodás a munkaszerződés, illetve a munkáltató és a munkavállaló között létrejött – munkavisztonnyal kapcsolatos – egyéb megállapodás.

A megállapodás *megtámadható*, ha a fél annak megkötésekor lényeges tényben vagy körülményben tévedett (feltéve ha tévedését a másik fél okozta, vagy azt felismerhette), illetőleg ha mindkét fél ugyanabban a téves feltevésben volt. *Megtámadható* a nyilatkozat akkor is, ha annak megtételére a felet jogellenes fenyegetéssel vették rá. A megállapodást az támadhatja meg, akit megtevesztettek, a nyilatkozat megtételére jogellenes fenyegetéssel vettek rá, illetőleg az, aki téves feltevésben volt.

A megtámadás határideje 30 (harminc) nap, amely a tévedés vagy a megtevesztés felismerésétől, illetve jogellenes fenyegetés esetén a kényszerhelyzet megszűntetésétől kezdődik.

A megtámadási határidőre az elévülés szabályai *megfelelően irányadók* azzal, hogy hat hónap elteltével a megtámadás joga nem gyakorolható. (Az elévülésről a későbbiekben még részletesen lesz szó, amit viszont itt tudni kell, az az ún. „megfelelően irányadó” értelmezése. Ott ugyanis az került meghatározásra, hogy „ha a jogosult az igényét menthető okból nem tudja érvényesíteni, az akadály megszűnésétől számított hat hónapon belül azt akkor is érvényesítheti, ha az elévülési idő már eltelt, vagy abból hat hónapnál kevesebb van hátra”.) A kétféle rendelkezést (a megtámadhatósági határidő 30 nap, illetve az elévülés szabályait) úgy kell együttesen alkalmazni, hogy ha a megtámadásra jogosult menthető okból, nem tudott élni 30 napon belül a megtámadási jogával, úgy a harminc napon túl is – az akadályozás megszűnését követően – élhet még azzal, de csak a megtámadásra való jogosultság kezdő napjától számított hat hónapon belül.

A megtámadást az előbbiekben említett 30 napos (illetve hat hónapos) határidőn belül írásban kell a másik féllel közölni. Ezt követően a munkaügyi jogvita intézésének a szabályai az irányadók. Azaz a megtámadás kezdeményezésétől (annak másik félhez történő megérkezésétől) számított nyolc napon belül egyeztetést kell tartani, és ha az ezalatt nem vezetett eredményre, úgy a bírósághoz lehet fordulni.

Az előbbiek megfelelően irányadók akkor is, ha a fél a saját jognyilatkozatát kívánja megtámadni.

Semmis az a megállapodás, amely munkavisztonnyra vonatkozó szabályba (törvénybe, egyéb jogszabályba, kollektív szerződésbe) ütközik.

Ha a semmisséget a felek és a közérdek sérelme nélkül rövid időn belül nem lehet orvosolni, a semmisséget hivatalból kell figyelembe venni. Azaz, ha a munkaügyi ellenőrzés során az erre hatáskörrel és illetékességgel ren-

delkező ellenőrzést végző szerv a semmisséget észlelné, úgy azt hivatalból venné figyelembe. Egyébként nem szabad azt feltételezni, hogy létezne olyan hatóság vagy főleg bíróság, amely állandóan ellenőrizné (nincs is módja) a semmisséget. Viszont ha ilyenbe ütközik a munkáltató részéről, úgy igen szívesen bírságot.

Ha a megállapodásnak csak valamely része érvénytelen, semmis vagy sikeresen támadták meg, úgy az nem hat ki feltétlenül az egész megállapodásra. Az érvénytelen rész helyett a munkavisztonnyra vonatkozó szabályt kell alkalmazni, kivéve ha a felek az érvénytelen rész nélkül nem állapodtak volna meg. Például ha a felek a más részében egyébként érvényes munkaszerződésben 6 hónapos próbaidőben állapodtak volna meg, úgy ez a rész semmis, azaz érvénytelen (mert az MT legfeljebb 3 hónapos időtartamú próbaidő kikötését teszi lehetővé), ami viszont nem hat ki a teljes szerződésre.

Az érvénytelen megállapodásból eredő jogokat és kötelezettségeket egyébként úgy kell elbírálni, mintha azok érvényesek lettek volna. Munkavisztonnyra vonatkozó szabály például korlátozza a munkavállaló részére elrendelhető túlóra mértékét. Ha ennek ellenére mégis ezt meghaladó mértékben köteleznék túlmunka végzésére, úgy a ténylegesen ledolgozott órák után a munkáltató köteles részére a túlmunkadíjat megfizetni, és nem hivatkozhat arra, hogy azt érvénytelen jogvisztonny alapján végezte.

Az érvénytelen megállapodás alapján létrejött jogvisztonny – ha az MT eltérően nem rendelkezik – a munkáltató köteles azonnali hatállyal felszámolni.

A munkáltató hibájából eredő érvénytelenség esetén a munkáltatói rendes-felmondás jogkövetkezményeit (lásd később) kell megfelelően alkalmazni.

Ha a feleknek (tehát bármelyik félnek, és nem csak a munkavállalónak, de a munkáltatónak is) a megállapodás érvénytelenségéből kára származik, annak megtérítésére a kártérítési felelősség szabályait kell megfelelően alkalmazni.

A munkavisztonnyból származó igény elévülése

A munkavisztonnyal kapcsolatos igény 3 (három) év alatt évül el. A bűncselekménnyel okozott kárért való felelősség 5 (öt) év, ha pedig a büntetethőség elévülési ideje ennél hosszabb, ennek megfelelő idő alatt évül el.

Az elévülés a munkavisztonnyból származó igényt nem szünteti meg, csak annak a bírósági úton való kikényszeríthetőségét. Az elévülési idő eltelté után a kötelezett már csak „önszántából” teljesíthet. Az elévülés utáni teljesítést egyébként elévülés címén visszakövetelni nem lehet.

Magyarázatra szorul egyébként a bűncselekménnyel okozott kárért fennálló felelősség, illetve a büntetethőség elévülésének fogalma is. (A kártérítési felelősséggel az MT III. részének VIII. fejezete részletesen foglalkozik, ott

viszont csak a munkavállaló vétkes, gondatlan vagy szándékos károkozását taglalja, illetőleg az ilyen károkozásokért való anyagi felelősség mértékét, és nincs szó *expressis verbis* a bűncselekménnyel okozott kárról!) Máris le kell szögezni, hogy nem minden kárt bűncselekménnyel okozzák, más szóval nem csak bűncselekmény elkövetésével lehet kárt okozni. Így például az MT maga is felsorolja, hogy amennyiben a munkavállaló a határozott időre szóló munkaviszonyát a határozott idő lejáta előtt nem közös megegyezéssel vagy rendkívüli felmondással, illetőleg a próbaidő alatt szünteti meg (vagy rendes felmondás esetén a felmondási idő letöltése nélkül) és ezzel kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Ha a munkavállaló, a beosztott gyógyszerész például az egyik napról a másikra csak úgy „kilép”, miközben a személyi jog jogosultja betegség miatt átmenetileg akadályoztatva van a gyógyszerészeti vezetésében, és ezért nem tudják kinyitni a gyógyszerészetet és így a munkaviszony jogellenes megszüntetése miatt a forgalom kieséssel kár keletkezik, úgy azt a munkavállaló (másfél havi átlagkeresete mértékéig) köteles lenne megtéríteni.

A bűncselekménnyel okozott kárért való felelősségnek egyébként feltétele az is, hogy a bűncselekmény elkövetését a bíróság jogerősen megállapítsa, azaz nem a munkáltató az, aki a kárt okozó magatartás bűncselekmény jellegét minősítheti, megállapíthatja.

Bűncselekmény az, a szándékosan vagy – ha a törvény a gondatlan elkövetést is bünteti – gondatlanságból elkövetett cselekmény, amely veszélyes a társadalomra, és amelyre a törvény büntetés kiszabását rendeli. Nem lehet viszont már büntetést kiszabni, ha a büntethetőség elévült, azaz a törvényben (természetesen itt a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényt, népszerűbb nevén a BTK-át kell érteni) meghatározott idő anélkül telt el a bűncselekmény elkövetése óta, hogy a büntető ügyekben eljáró hatóságok az elkövető ellen a bűncselekmény miatt büntetőeljárás cselekményt fogatosítottak volna. A BTK szerint pedig a büntethetőség elévül

a) olyan büntett esetében, amely életfogytig tartó szabadságvesztéssel is büntethető, húsz év;

b) egyéb bűncselekmény esetében a büntetési tétel felső határának megfelelő idő, de legalább 3 (három) év elteltével. (A mi esetünkben csak ez utóbbi b) pont jöhet számításba.)

A munkaviszonnyal kapcsolatos igény elévülése az esedékessé válástól kezdődik. Az igény elévülését hivatalból kell figyelembe venni, azaz a munkaügyi jogvitákban a bíróság az elévülést hivatalból veszi figyelembe, akkor is, ha a felek esetleg nem is hivatkoznak rá.

Ha a jogosult az igényét menthető okból nem tudja érvényesíteni, az akadály megszűnésétől számított hat hónapon belül ezt akkor is megteheti, ha az elévülési idő már eltelt, avagy abból hat hónapnál kevesebb van hátra.

Az elévülést megszakítja az igény érvényesítésére irányuló írásbeli felszólítás, az igénynek a bíróság előtti érvényesítése, megegyezéssel történő módosítása, az egyezségkötés, valamint a kötelezett elismerése. Az elévülés megszakadása, illetőleg az elévülés megszakítását előidéző eljárás jogerős befejezése után az elévülési idő újra kezdődik. (Ha az elévülést megszakító eljárás során vég-

rehajtható határozatot hoztak, az elévülést csak a végrehajtási cselekmények szakítják meg.)

A munkaviszonyra vonatkozó szabályok

A munkaviszonnyal összefüggő kérdéseket törvény, illetőleg törvényi felhatalmazás alapján egyéb jogszabály szabályozza. Egyéb jogszabály alatt pedig kormány- illetve miniszteri rendeletet kell érteni.

Kollektív szerződés a munkaviszonyra vonatkozó bármelyik kérdéstről rendelkezhet, de nem lehet jogszabállyal ellentétes, kivéve, ha az MT III. (harmadik) – a munkaviszonyról szóló – részében meghatározott szabályoktól a munkavállalókra nézve kedvezőbb feltételeket állapítva meg tér el. Semmis az a kollektív szerződés, illetőleg annak az a része, amely jogszabályba (törvénybe és egyéb jogszabályba) ütközik, illetőleg a munkavállalókra nézve az előbb említett III. részben meghatározott szabálynál kedvezőtlenebb rendelkezéseket tartalmaz. Egyébként amikor az MT munkaviszonyra vonatkozó szabályt említ, úgy ezen a törvény(ek)e(t), egyéb jogszabályokat és a kollektív szerződést kell érteni.

A közfoglalmú gyógyszerészekben kollektív szerződés kötésére nem kerül(t) sor, és jelenleg ún. ágazati kollektív szerződés sincs. Annak ugyan megvolna a lehetősége, hogy a munkáltatók érdekképviseleti szerve és a munkavállalók részéről a szakszervezet kössön kollektív szerződést, illetőleg hogy egy ilyen a munkaügyi miniszter – a felek együttes kérelmének megfelelően a kiterjesztéssel érintett országos munkaadói és munkavállalói érdekképviseleti szervezetek véleményének kikérése után – az egész ágazatra kiterjessze, azonban meg kell jegyezni, hogy a Magyar Gyógyszerész Kamara nem tekinthető kollektív szerződés kötésére jogosult munkaadói érdekképviseleti szervezetnek (de annak ún. vállalkozói tagozata sem), hiszen annak tagjai mind munkáltatói, mind pedig munkavállalói oldalon megtalálhatók, és így nem valósulhat meg az az MT-ben előírt feltétel sem, hogy „kollektív szerződés kötésére az a szakszervezet, illetve munkáltatói érdekképviseleti szervezet jogosult, amely érdekképviseleti tevékenységében a kollektív szerződést kötő másik féllel szemben független”.

A gyógyszerellátás közfoglalmú gyógyszerészekre kívüli egyéb területein (pl. gyógyszergyártás, gyógyszer-nagykereskedeleme) természetesen találkozunk kollektív szerződéssel, de mi főleg a gyógyszer-kiskereskedelem, a közfoglalmú gyógyszerészek szempontjából kívánjuk a munkaviszonyra vonatkozó szabályokat áttekinteni. Ezen a területen pedig – a kollektív szerződéssel szemben – a felek (a munkaadók és a munkavállalók) közötti egyéni megállapodásnak, a munkaszerződésnek van kiemelkedő jelentősége. Ezzel kapcsolatban is hasonló az MT rendelkezése, azaz „a felek megállapodása, a törvény harmadik részében meghatározott szabályoktól – ha a törvény másként nem rendelkezik – eltérhet. Ennek feltétele, hogy a munkavállalóra kedvezőbb feltételt állapítson meg”.

I. Sándor: *Adviser in law of labour. II. part*

KONSZENZUS KONFERENCIA A HAZAI BIZTONSÁGOS ÉS KORSZERŰ GYÓGYSZERES KEZELÉSRŐL

II. RÉSZ

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat Gyógyszer, Gyógyászati Segédeszköz és Gyógyfürdő Bizottsága az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral közösen 1998. február 20–21-én konferenciát rendezett a címben jelzett témáról a döntés-előkészítők, döntéshozók és végrehajtók, valamint a társadalmi szervezetek bevonásával. A konferencia különleges jelentőségét adja, hogy az eredeti elképzelések szerint jövő év január 1-jétől a TB támogatási rendszer megújítását tervezik, és ennek előkészítését szolgálta a konferencia. A konferencia előadásainak rövid közleményként való megjelentetése és az esetenkénti ütköző vélemények közzététele az előadók és az érintett társadalombiztosítási vezetők egyetértésével vált lehetővé. Összeállításunk I. része a Gyógyszerészet előző számában jelent meg harmadik – befejező – részét következő számunkban olvashatják.

Gyógyszerészet 42. 272–279. 1998.

A magyar gyógyszeripar Európában

Dr. Orbán István*

Ami a gyártókat illeti, elmondhatjuk, hogy a magyar gyógyszeripar él és sikereket mondhat magáénak, részévé válhat az európai gyógyszerüzletnek, már meglévő és még megszerzendő működési feltételei révén.

E két rövid állítást bővebben kifejtve:

Először is, magyar gyógyszeriparról beszélünk, mert – tulajdonostól függetlenül – Magyarországon bejegyzett gyártó cégekről van szó, melyek magyar munkaerőt foglalkoztatnak. Magyarországon fizetnek tb-járadékot (s valóban fizetik is, nem is keveset), itt fizetnek adót, nyereségük nagy részét Magyarországon forgatják vissza beruházásokra, K + F-re, és hagyományosan fontosnak tartják a hazai igények követését és minél jobb kielégítését.

A gyógyszeripar él. Pedig össze is omolhatott volna 1991–1992. táján, amikor egyszerre érte a keleti piacok fizetőkép telensége és a belső piac teljes megnyitása az import előtt.

Nem ismerünk olyan példát, amikor egy iparág a belső piaci részesedéséből 6 év alatt 30%-pontot veszített volna. Márpedig a magyar gyógyszeriparral ez történt (1990: 74%; 1996: 44%).

A magyar gyógyszeripar a privatizációval összefüggő átmeneti adókedvezményektől eltekintve, sem a fenti nehézségek idején, sem pedig azóta nem kapott az államtól semmi segítséget, pedig ez 1994-től, egy újabb jelentős változás – a termékszabadságra való áttérés – kapcsán is indokolt lett volna, annál is inkább, mivel vannak olyan támogatási módok, melyek minden nemzetközi szerződésnek és normának megfelelnek.

A magyar iparon belül a gyógyszeripar jóval hatékonyabb az ipari átlagnál, az egy főre jutó termelés, a hozzáadott érték és az export vonatkozásában egyaránt. A gyógyszeripar mintegy 15 ezer embert foglalkoztat közvetlenül, és további közel 40 ezret a háttéripárokból, a kereskedelemben és a K + F-ben. Gyógyszeriparunk fontos szerepet játszik a magyar egészségügyben, tekintélyes hányadú hozzáadott értékével, magasan képzett szakember-gárdájával jelentősen hozzájárul az ország gazdaságának növekedéséhez, a foglalkoztatottsághoz, a kereskedelmi mérleg kedvező alakulásához.

Mi az az erő, az a belső tartalék, melyet mozgósítani tudunk és tudunk az elmúlt időszakban a nehézségekkel szemben? Ugyanaz, amely fenntartotta ezt az iparágat 100 éven keresztül: a megújulás tudománya, a legszélesebb értelemben vett innováció, amely érinti mind a menedzsmentet, a szervezeti felépítést, a marketing módszereket stb. Semmiféle privatizációs tőke-injekció nem lett volna elég, ha a cégek vezetése nem ismeri fel idejében, hogy az új piaci struktúrához, a térség más országaiban is teljes versenyszférává alakult gyógyszerpiacokhoz minél hamarabb igazodni kell. Sok munka és tőke befektetése árán érte el egy-egy nagyvállalatunk, hogy visszaszerezte és megerősítette pozícióját Kelet Európában. Az 1991-ben hirtelen ránk szakadt, a korábbinál nagyobb versenyképességgel hozta a korszerű marketing módszerek átvételét.

A magyar gyógyszeripar a fejlett országok – köztük az EU-országok – gyógyszeriparához az elmúlt évtizedek szerves fejlődése során tud csatlakozni. Ezért is mondjuk, hogy számunkra az EU-csatlakozás nem fog szignifikánsan újat jelenteni. Ugyanakkor a gyógyszerügyi szabályozásban való megfelelés nem jelenti azt, hogy iparunk minden további nélkül versenyképesé tud válni azon az európai piacon, amelyen az elmúlt évtizedekben meglehetősen alárendelt szerepet játszottunk. A versenyképességnek ugyanis – a nemzetközi színvonalú szabályozottságán kívül – alapvető feltétele a piaci erő, a piacok aktív befolyásolásának képessége. Ennek pedig tőke nélküli megvalósulása: irreális álom.

Jelentős anyagi és szellemi erő, szervezési munka kell ahhoz, hogy az igazi versenyképességre alkalmas vállalkozásaink ezt a célt el is érjék, de figyelemmel a gyógyszeripar hazai súlyára, a jelenleg országosan negatív devizasaldójú gyógyszeriparra, a cél nemcsak szakmai, hanem országos fontosságú is.

Az utóbbi három évtizedben számos fejlett országbeli partnerrel építettek ki cégeink kapcsolatát, nemcsak a klasszikus export-import terén, hanem licencvétel és -eladás, K + F és technológiai együttműködések révén is. Mindezt betetőzte az utóbbi évek privatizációs folyamata, és a fejlett országokbeli (USA, Kanada, Franciaország, Izrael) új tulajdonosok elvárásainak való megfelelés szükségessége.

Gyógyszeriparunk mind a termékfejlesztés és minőségbiztosítás, mind pedig – ma már – a piaci munka és a

*A szerző a MAGYOSZ elnöke

szellemi tulajdonjog védelme terén EU-szinten működik. A gyógyszeriparra vonatkozó EU-direktívák nagy részének már megfelelünk. Gyakorlatilag már csak a környezetvédelem az egyetlen nagy terület, ahol csupán bizonyos türelmi idő után, jelentős befektetések árán tudunk megfelelni az EU szigorú feltételeinek.

A mi stratégiánk egybevág az Európai Unió gyógyszeriparának iparpolitikájával, az EU 1996. áprilisi Tanácsi Határozatának célkitűzéseivel, melyek szerint:

– „a gyógyszereszektor iparpolitikájában elsőbbséget kell, hogy élvezzen a társadalom garantált ellátása biztonságos és hatékony, relatíve olcsó gyógyszerekkel”;

– „az európai iparpolitika nem hagyhatja figyelmen kívül ennek a szektornak a speciális természetét, amely szektor mind a közegészségügyet, mind a társadalombiztosítást érinti”;

– „továbbra is a tagországok maradnak felelősek a saját egészségügyi kiadásaik megtervezéséért és azok anyagi fedezetéért”;

– „minden tagországnak saját magának kell meghatároznia, rendszerének jellemzőitől függően, hogy milyen intézkedések segítik elő legjobban a versenyt, miközben hozzájárulnak a tb-költségvetés egyensúlyához, lehetővé téve ugyanakkor a gyógyszereszektorban a technológiai fejlesztést”.

A gyógyszerfelhasználás finanszírozóinak, vagyis a tb-nek, a kórházaknak és a betegeknek, mint fogyasztónak egyaránt elsőrendű érdeke, hogy jó terápiás hatású készítmények álljanak rendelkezésre, relatíve mérsékelt áron. Mivel a magyar gyógyszeripar számos indikációban kínál ilyen készítményeket, össznemzeti érdek építeni ezekre.

Tisztában vagyunk azzal, hogy növekedésünk fő terü-

lete az export lehet. Sikertünk nagyobb része is a külföldi munkából adódik, nem pedig a belföldi értékesítésből, ahol a tavalyi, az inflációtól jóval elmaradó, 11%-os termelői áremelés után erre az évre szintén igen szerény, a beszállítói árnövekedéseknél alacsonyabb áremelést tudunk elérni. Ugyanakkor fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy az értékesítésünk felét (vállalatonként eltérő mértékben 35–90%-át) kitevő belföldi eladásaink áralakulása nem lehet közömbös számunkra. Nemzetközi analógiák igazolják, hogy a több éven keresztül tartó termelői árrestrikció az ipar leépüléséhez, innovatív jellegének megszűnéséhez vezet.

Javaslatok

– Meg kell vizsgálni és érvényesíteni kell azokat az iparpolitikai támogatási technikákat, amik eurokonform módon segítik a magyar gyártók versenyképességét;

– Abból kiindulva, hogy a biztosító a járulékfizetők pénzéből gazdálkodik, el kell ismerni, hogy joga van igazán „vásárlóként” fellépve, gazdasági erejével, távlati érdekével és az állampolgárok szolgálatának tudatában alakítani támogatási és árelfogadási politikáját.

– A biztosító és a magyarországi gyártók természetes szövetségesek az ország számára is fontos érdekek megvalósításában, ezért az árpolitika stratégiai fontosságú a gyógyszeripar versenyképessége, a biztosító optimális működése, és az általános gazdasági teljesítőképesség szempontjából.

I. Orbán: *The Hungarian drug industry in Europe*

EGIS Gyógyszergyár Rt., Budapest, Keresztúri út 30–38. – 1106

Hogyan kerül a homár az asztalra?

*Bogsch Erik**

A mai magyar gyógyszer-finanszírozási rendszer működése és problémái szemléletesen bemutathatók egy család példáján keresztül. Ebben a családban a Pénzügyminisztérium a kereső apa, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a gondoskodó családanya, aki maga dönti el, hogy a rendelkezésére álló kosztpénzt (gyógyszerköltségvetést) mire költi, de döntéseit állandóan felügyveli az anyósa, a Népjóléti Minisztérium. Valamennyiüknek gondoskodniuk kell a beteg lakosságot szimbolizáló éhes gyerekekről.

Lássuk mi történt a családdal! Az anya egyik nap a Cosmopolitan-ben a Hilton szakácsának a homárreceptjére figyelt fel. Másnap el is készítette, de amikor a va-

csora az asztalra került, rá kellett döbbsennie, hogy ráment az egész havi kosztpénz és még csak hatodika van.

A drága és nem feltétlenül költséghatékonyabb, de az egészségügyi rendelkezésre 90%, illetve 100% TB-támogatással rendelhető gyógyszerek listájára szinte akadálytalanul felkerülő készítmények hasonlóképpen meritik ki a gyógyszerbudget amúgy is szűkre szabott keretét.

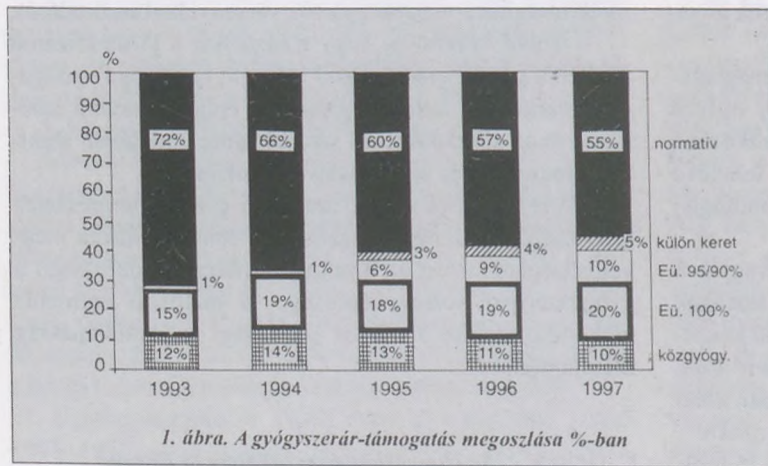
Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatai alapján az egyes támogatási kategóriákra fordított TB-támogatási összegek időbeli alakulását vizsgálva kiderül, hogy az 1993–1997 közötti időszakban a legnagyobb mértékű növekedés az egészségügyi rendelkezésre 100% illetve korábban 95%, ma 90% támogatással rendelhető (Eü. 100% és Eü. 95/90%), valamint a külön keretre felírható készítménycsoportoknál következett be: 8,6 Md Ft-ról 32,5 Md-ra (közel négyszeresre) nőtt a rájuk kifizetett TB-támogatás összege.

*A szerző a MAGYOSZ Gyártók Szekciójának elnöke

Eközben az oly sokat támadott közgyógyellátásra kifizetett összeg mindössze másfélszeresére, a normatív támogatású gyógyszerek támogatására kifizetett összeg pedig 1,4-szeresére nőtt.

Ebből következően az államtámogatásból való részesedések aránya is megváltozott: az Eü. + külön keret 16%-ról 35%-ra nőtt, a közgyógy viszont 12%-ról 10%-ra csökkent (1. ábra)!

A vények számaránya azonban nincs összhangban a támogatási összeg részarányával. Miközben a közgyógy 10%-nyi támogatáshányadához a receptek 20%-a kapcsolódik, addig az Eü. 100% és Eü. 90% kategóriákra a vények 6%-ához kapcsolódóan a támogatás 30%-a megy el, tehát a társadalom rendkívül szűk rétege kapja a TB-támogatás mintegy 1/3-át (elitcentrikus a támogatási rendszer!)



1. ábra. A gyógyszerár-támogatás megoszlása %-ban

A fenti adatokból következően az 1 receptre jutó átlagtámogatás is hatalmas eltérést mutat (2. ábra).

Az országos átlag szerint az 1 receptre jutó TB-támogatás egyenletes, kismértékű emelkedést mutat, eközben az Eü. 100% kategória hihetetlen mértékű (7-szeres), az Eü. 90% kategória pedig 3-szoros növekedést ért el az elmúlt 4 év során. Egy Eü. 100%-ban támogatott receptre az átlag nyolcszorosát költi az OEP, miközben a közgyógyreceptekre kifizetett összeg az átlagnak közel fele.

A korlátlan felkerülés a nevezett listákra 1998-ban tovább folytatódott. Ebből fakadóan a legpresszimistább

becsléseink szerint is legalább 5–7 milliárd Ft többletterherrel kell az OEP-nek idén számolnia.

A magyar támogatáselosztási rendszer is abba a hibába esett tehát, mint háziasszonyunk. A Hilton chef-jével szimbolizált szakmai kollégiumok javaslatát kellően alapos finanszírozhatósági vizsgálatok nélkül fogadja be a rendszer, s rácsodálkozik, ha kiürül a zsebe.

Hogyan oldható meg a probléma?

Kiutat jelentene, ha nagyobb keretből gazdálkodhatna a biztosító (a férj fizetésének szignifikáns emelkedése), esetleg alternatív biztosítók nyújtanának lehetőséget a tisztességes alapellátás keretein túli, a befizetések nagyságától függő lehetőségek igénybevételére. De hosszútávon az esetlegesen megemelt keretek mellett is célszerű az a szemléletváltás, amely a meglévő budget hatékonyabb felhasználására irányul. Erre javaslatunk:

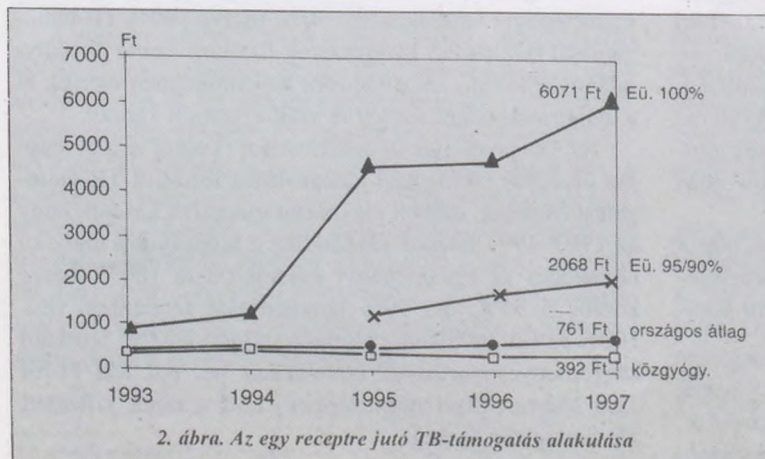
1. A támogatások elbírálásánál az orvosi szempontokat illesszék a finanszírozhatósági lehetőségekhez, a szakmai kollégiumok orvosi érveit vessék össze a rendelkezésre álló pénzügyi keretekkel is. Ne feledjük, hogy a támogatás odaítélése új készítményeknél a nyugati országokban sem magától értetődő és automatikus!

2. A további növekedés megakadályozására célszerűnek tartanánk az Eü. 100% és az Eü. 90% támogatású listák felülvizsgálatát és az azonos hatóanyagú készítményeknél a fix összegű támogatás bevezetését. Ezen

utóbbi javaslat értelmében az 5% forgalmi értékhatár elérése után a betegnek a referenssé (a támogatott ár alapjává) váló készítménynél drágább medicínáért a 100% támogatás esetén is kell fizetnie, de továbbra sem marad ingyenes készítmény nélkül, hiszen az egyenértékű (bioekvivalens) referens verzió ezután is ingyenes marad. E megoldás szigorúbb változatát jelentené, ha a listán csupán az 5% értékhatárt elérte, de olcsóbb cikk maradna fent.

3. Javasoljuk a gyártó cégek és a finanszírozó közötti ár/volumen megállapodások bevezetését. A jelenlegi gyakorlat szerint a cég által becsült forgalom függvényében határozza meg az OEP a készítmény árát és rendeli hozzá a TB-támogatást. Az így megszerzett ár és támogatásra építve a gyártó cég hatalmas marketingkampányba kezdhet, amellyel a becsült forgalma többszörösét érheti el. Az OEP költségvetése ezáltal túlszalad a kereten, a gyártóra nézve azonban nincs semmiféle szankció. Az ár/volumen megállapodás megkötésével a gyártó felelősséget vállal arra, hogy a megállapodott volumen (amelynek fejében az ár és a TB-támogatás megállapításra kerül) túllépése esetén visszafizeti az okozott többletterhek adott részét a finanszírozónak.

Az ár/volumen megállapodás hatékonyan



2. ábra. Az egy receptre jutó TB-támogatás alakulása

segíthetné elő a tervezést, közös felelősségvállalást eredményezhetne és lehetővé tenné a finanszírozhatósági szempontok bevitelét a rendszerbe.

Az ár/volumen megállapodások hatékonyan működnek a svéd, a francia és a spanyol piacon.

4. *A költséghatékonysági (farmakoökonomiai) számítások bemutatását kötelezővé kell tenni új illetve magas terápiás költségű készítményeknél, de a számításokat kizárólag a hazai viszonyokra adaptáltan tartjuk elfogadhatónak.* A család példájára visszatérve: releváns-e, hogy a vancouveri nagynéni szerint milyen hatással van az ő családjának életminőségére tengeri halfogyasztásuk vitamintartalma, és hogyan áll ez arányban a homár árával és a család kosztpréznével? Figyelembe kell vennünk azonban, hogy a farmakoökonomia fiatal tudomány, sok esetben kiforratlan számítási metódusokkal és néha tág teret enged a nehezen kordában tartható szubjektivitásnak. Ezért eredményeit csak szakképzett stáb értékelheti.

A farmakoökonomia alkalmazásának veszélyeire hívja fel a figyelmünket az a példa, amely a schizofrenia kezelésére szolgáló, eü. 100% támogatású készítményeket veszi számba. Ezen lista adatainak láttán felmerül bennünk a kérdés: vajon tényleg költséghatékony-e egy olyan gyógyszer, amelynek havi terápiás költsége meg egyezik egy magyar orvos bruttó havi átlagfizetésével? A listára idén felkerült Zyprexa filmtabletta havi kezeléshez kifizetett támogatása ugyanis 42-szerese (31 620 Ft), a Serdolect filmtabletta havi támogatása pedig 39-szerese az alapkészítményre (Haloperidol tabl.) fizetett összegnek (749 Ft). Tudunk-e ilyen áron „életminőség-javulást” finanszírozni? Vajon az alapkészítménynél 42-szer drágább szer bizonyítottan és hazai viszonyaink között is 42-szer hatékonyabb?

Fontos hozzátennem, hogy ezen antipszichotikumok, valamint a taxán származékok és például az Imigran támogatását a fejlett országok közül több is visszautasította, vagy nagyon kemény feltételekhez kötötte.

5. *A közgyógylistát jelenlegi formájában megtarthatónak véljük.* A teljes gyógyszerkörre való kiterjesztés ugyanis az „alaphelyzetben” csak a normatív ill. eü. támogatásra jogosult lakosságot hozná hátrányos helyzetbe a közgyógyellátottakkal szemben. A közgyógyellátott beteg gyógyulásra való esélyegyenlőségét nem csak a köz-

gyógylista, hanem az alaplista 90%-os támogatású és az eü. listák 90%, ill. 100% támogatású készítményei is biztosítják.

6. *A társadalombiztosításnak hatékonyabban kellene kihasználnia a hazai gyógyszeripar által nyújtott előnyöket,* hisz a hazai ellátás 3/4-ét volumenben ez adja. A sokáig életben levő eljárás-szabaddalmi rendszer miatt a magyarországi gyógyszeripar egyedi jellemzője a reprodukciós készítmények magas aránya, amely előbbre hozza a generikus verseny kialakulását és már eddig is milliárdokban mérhető tb.-támogatás megtakarítást eredményezett.

A köztudatban elterjedt néhány tévhit cáfolata

– Véleményünk szerint a magyar támogatási rendszer átlátható, amely követelmény az EU egyetlen előírása a gyógyszerár-támogatási rendszerekre vonatkozóan.

– Egyes véleményekkel ellentétben a hazai ipar védelme nem mond ellent az EU konformitásnak, ugyanis minden ország a saját körülményeinek ismeretében alakítja ártámogatási rendszerét és védi iparát, figyelembe véve annak *nemzetgazdasági szerepét.*

– A hatástani csoporttámogatás (reference pricing) német modelljének automatikus átvétele sem jelent megoldást, mert ott több egyéb, fokozatosan bevezetett elem hatása érvényesült, így az eredmények nem kizárólag a hatástani csoporttámogatás bevezetésének tulajdoníthatók.

Összegzés

A magyar támogatási rendszer szigorú, amely nem szorul gyökeres átalakításra, csupán alapos felülvizsgálatra a betegek érdekeinek figyelembevételével. Javasoljuk

– az orvosi és finanszírozhatósági szempontok illesztését,

– ár/volumen megállapodást a gyártók és a finanszírozó között,

– az egészségügyi rendelkezésre 100% illetve 90% támogatással írható készítmények listájának felülvizsgálatát.

E. Bogsch: *How is getting the lobster on the table?*

Richter Gedeon Rt., Budapest, Gyömrői út 19–21.

A hazai gyógyszeripar kihívásainak kezelése a harmadik évezred küszöbén

Dr. Somody Imre

A gyógyszerpiac környezete

A magyarországi lakosság egészségügyi állapotának mutatói közismerten rosszak. Az ebben rejlő szociális, politikai és gazdasági konfliktusok megkívánják a helyzet gyors javítását.

Az egyre kisebb értéktermelő réteg által termelt jövedelem egyre nagyobb részét leszünk kénytelenek elvonni az egészség egyre drágább helyreállítására. Ez a forrásel-

vonás egyrészt lassítja a gazdasági növekedést, másrészt lehetetlenné teheti, hogy más, az ország versenyképessége szempontjából stratégiai terület (oktatás, informatika, kutatás-fejlesztés) megfelelő támogatáshoz jusson.

Az egészségügyi rendszer súlyos pénzügyi válsággal küzd. Ennek kezelése eddig a szolgáltatási csomag szűkítésével, bizonyos ellátások finanszírozásának megszüntetésével, a biztosító finanszírozásból való fokozatos kivonulásával történt például a gyógyszerek esetében. Ebben

a folyamatban azonban elfogytak az intézményi tartalékok, a lakosság a tűrőképességének a vége felé jár. Az egészségügyre, mint kiemelten fontos ágazatra fordított kiadásoknak már rövid távon emelkedniük kell.

A gyógyszerválaszték alakulása és a gyógyszerkiadások

A gyógyszerpiac az egészségügy egy viszonylag kicsi, jól elkülöníthető része, szakmai oldalról aránylag kevés és jól meghatározható szereplővel. A gyógyszerellátás az egészségügy egyik legérzékenyebb területét is jelenti, mely alapvetően befolyásolja az ellátás minőségét, ugyanakkor a legközvetlenebbül érzékelhető intézményesített terhet jelenti a lakosság számára.

A gyógyszerpiacot illetően az egyik meghatározó tendencia a választék folyamatos bővülése. A választék modernizálódása természetesen magával vonta az árszínvonal jelentős emelkedését is. Mivel a gyógyszerárak támogatására rendelkezésre álló források vásárlóereje nem nőtt, a biztosító arányában egyre kisebb részt vállal a gyógyszerek finanszírozásából. Mindez jól megfigyelhető

a Tb. és a lakosság terheinek alakulását folyó dollár értékben szemléltető grafikonon (1. ábra).

A lakossági terhek növekedésének forrása – az árak emelkedésén kívül – a bővülő OTC termékkör, valamint a térítési díj arányának növekedése a gyógyszerek fogyasztói árán belül.

A fix összegű támogatás, a helyettesíthetőség, az alaplista bevezetése nem járt a központi finanszírozási szükséglet és a lakosság terheinek csökkenésével. Ehhez hiányzott a rendszer különböző szereplőinek érdekeltsége.

A gyógyszerárak

Az egészségügy szereplői számára a gyógyszerárak megítélése kettős. A gyártóknak egyrészt érdekük az árnövelés, másrészt kényszerhelyzetben vannak beszerzési forrásaik oldaláról. A finanszírozó ugyanakkor a kiadások mértékét sokallja, ezt a gyógyszerek árára gyakorolt nyomással akarja kezelni.

A gyógyszergyártók áremelési ellen folyó kampány a kiadások növekedésével kapcsolatban tévesen teszi a gyógyszergyártókat egyedül és egyetemlegesen felelőssé. A gyógyszerekre fordított kiadások alakulásából nem lehet a gyógyszeripar egészének árpolitikájára érvényes következtetéseket levonni. Ezt bizonyítja a 2. ábra, mely – névtelenül – öt Magyarországon tevékenykedő gyógyszergyár áremelési politikáját szemlélteti az utóbbi néhány évben.

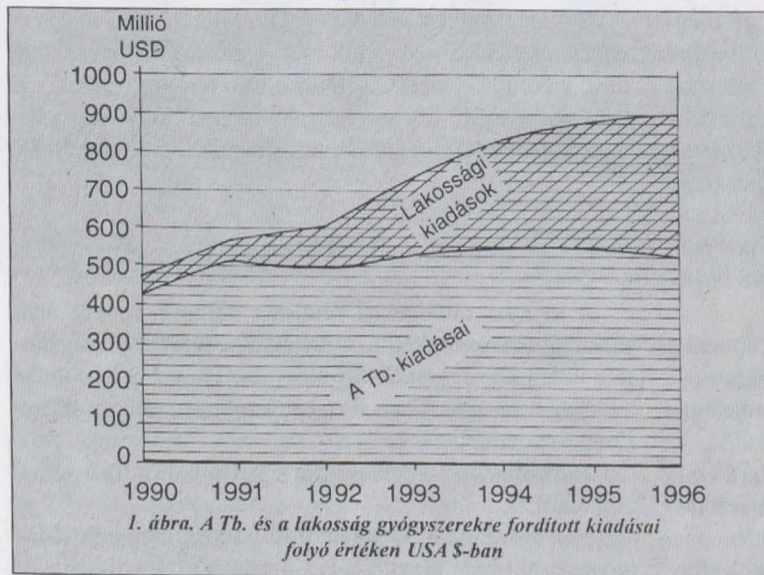
A kiadások növekedésének csak az egyik oka az árszínvonal emelkedés. Emellett nem lehet figyelmen kívül hagyni a kínálat összetételének változását. A paletta modernizálása, a gyógyszerpiac liberalizációja az ellátás színvonalának javítása érdekében szükséges és helyes lépés volt.

A XXI. század a gyógyszeripar területén is eddig elképzelhetetlen technológiai megoldások alkalmazhatóvá tételével fog beköszönten. Fel kell készülnünk rá, hogy a technológiáról széles körben rendelkezésre álló ismeretek nagy nyomást fognak jelenteni például a biotechnológiai úton előállított gyógyszerek alkalmazása érdekében. Ezek a készítmények a közelmúltban átéltnél valószínűleg lényegesen nagyobb áremelkedést hoznak majd.

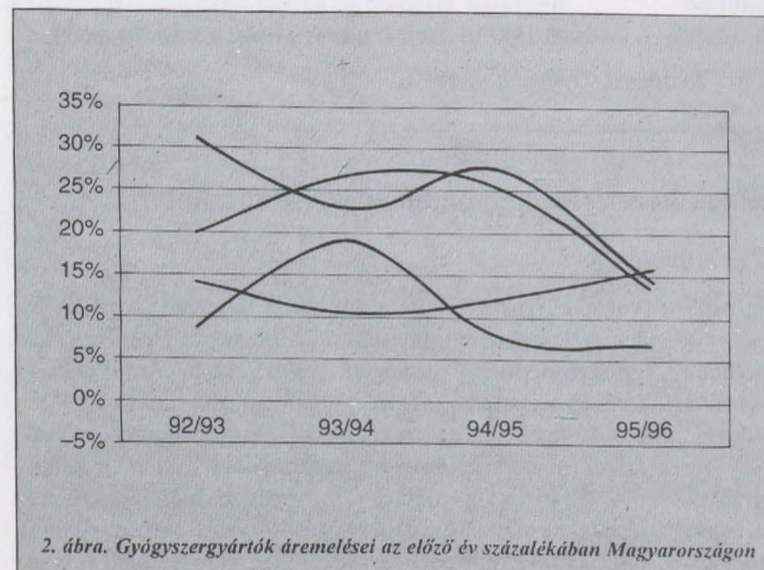
A támogatási rendszer

Mindenekelőtt a támogatási rendszerben kellene szem előtt tartani, hogy az teremtsen lehetőséget a finanszírozási terhek csökkentésére.

A gyógyszer-támogatási rendszernek kellene a legfontosabb eszköznek lennie a gyógyszerfogyasztási szerkezet egészségpolitikai elvárásoknak megfelelő alakításában.



1. ábra. A Tb. és a lakosság gyógyszerre fordított kiadásai folyó értékben USA \$-ban



2. ábra. Gyógyszergyártók áremelési az előző év százalékában Magyarországon

A morbiditási és mortalitási mutatók alapján meghatározhatók azok a területek, amelyek a lakosság egészségét a legjobban veszélyeztetik. Ennek ellenére a gyógyszer-támogatások szerkezete nem igazodik ezekhez a mutatókhoz. A szív- és érrendszeri betegségek kezelésében használt gyógyszerekre fordított kiadások aránya az utóbbi időben jelentősen visszaesett. Köztudott, hogy a daganatos megbetegedések kezelésére nem áll rendelkezésre megfelelő forrás, míg más területeken felmerül a pazarlás lehetősége.

A támogatási rendszerben túlzott súllyal jelennek meg gazdaságpolitikai és szociális érdekek. A rendszert olyan problémák kezelésére használják fel, melyek megoldása nem lenne a feladata. Nem fogadható el például, hogy a gyógyszer-támogatási rendszer a gazdaságpolitikai célok érvényesítése érdekében termékeket vagy gyártókat diszkrimináljon.

Természetesen mindaddig, amíg nem jön létre egy átlátható, országos ellenőrzési rendszer, addig a torzítások hatása nehezen számszerűsíthető, a racionális gazdálkodást ösztönző intézkedések hatásának mérése, azok betartásának ellenőrzése pedig lehetetlen.

A támogatási rendszer alapjainak reformjára van szükség.

a) A változtatásokat korrekt vizsgálatoknak kell megelőzniük. Ehhez és a változások követéséhez elengedhetetlen az átfogó informatikai döntés-előkészítő rendszer felállítása.

b) Elfogulatlan döntések meghozatalára alkalmas rendszert kell kialakítani. Ebben az informatikai háttér mellett a döntéshozó csoportok összetételének és a döntéshozás mechanizmusának is biztosítania kell az objektivitást.

c) A beteg, az orvos, a gyógyszerész számára kialakított pozitív érdekeltségi rendszernek kell támogatnia a politikai célok megvalósítását.

Az egységes gyógyszergyártói érdekképviselő

Az ország gazdasági helyzete és tragikusan rossz egészségi állapota közötti konfliktust csakis kiegyensúlyozott, ellenőrizhető rendszerben lehet felszámolni. A kormányzat a stabil rendszer megteremtésével kapcsolatos feladatait az iparral történő együttműködés nélkül nem tudja megoldani. A párbeszédhez azonban a gyártói oldalon hiányzik az egységes álláspont, az egységes képviselő.

Ha nem sikerül megteremteni a stabilitást, úgy továbbra is rövid távú megfontolások alapján gyakran változó környezetben kell dolgoznunk, esetleg a finanszírozási problémák elhatalmasodásával nagymértékű korlátozások lehetségesek. Mindkét eset kedvezőtlen hatással lenne valamennyi Magyarországon tevékenykedő gyógyszeripari vállalat gazdálkodására.

Egységes gyógyszergyártói érdekképviselő létrehozása szükséges, amely a döntéshozókat a döntés-előkészítésben segíti és a rendelkezésre álló források felhasználásától a betegek minél jobb ellátása érdekében végzett munkájukban szakmailag támogatja.

I. Somody: *Challenges for the drug industry in Hungary at the threshold of the third millenium.*

Pharmavit Gyógyszergyár Rt., Verezegyház, Lévay u. 5. – 2112

A Nemzetközi Gyógyszergyártók Egyesülete javaslata az átlátható gyógyszer árképzésre, ártámogatásra és közgyógyellátásra

Dr. Mikola István

Az előadási idő rövidege, ill. a megadott terjedelem korlátozottsága miatt e helyen mindössze arra nyílik lehetőség, hogy a címbeli témakörben alapelveket, alapelvadásokat ismertetessünk.

A Nemzetközi Gyógyszergyártók Egyesülete (AIPM) kívánatosnak látná, hogy a gyógyszerárakat meghatározó döntések a 89/105/EEC irányelveknek megfelelően átláthatóak, objektívek, részrehajlástól mentesek legyenek, előre meghatározott feltételeknek megfelelően szülessenek. A gyógyszerek forgalomba hozatalának elutasítása kizárólag minőséget, biztonságot és hatékonyságot érintő kifogások miatt történhessen. Az ár ne játsszon szerepet ebben a döntésben. Az új gyógyszerek mielőbbi piacra kerülését – az EU gyakorlatnak megfelelően – kell segíteni. Jó lenne elérni, hogy a támogatott gyógyszerek esetében az ármegállapodásban nagyobb szerep jusson a far-

makoökonómiai vizsgálatok eredményeinek, melyek igazolják az adott gyógyszer egészséget pozitívan befolyásoló hatását. Ez a beteg és a társadalom alapvető érdeke, hiszen a humán erőforrás jó kondíciója az egyén életminőségének pozitív irányú alakításán túl napjainkban a legfontosabb gazdasági erőforrássá vált. Fontosnak tartjuk, hogy a gyógyszerek árának megállapításával kapcsolatos döntések meghozatalában meghatározó szerepet kapjanak a szakmai szempontok. GCP szerint végzett, megfelelő statisztikai kapacitással rendelkező, kontrollált klinikai vizsgálatok bizonyítsák a készítmény hatékonyságát, biztonságát és interakció profilját. A piaci szektorsemlegeséget szem előtt tartva el kellene érni, hogy az ártárgyalások alkalmával ne legyen mérlegelési szempont a gyógyszer gyártóhelye, ill. forgalmazójának székhelye. A magunk részéről szívesen látnánk egy konszenzus alapján

kidolgozott referencia árrendszert, melynek a figyelembevételével megállapított gyógyszerárak értékállóak lennének egy megadott időszakra nézve. Innovatív gyógyszerek esetében az infláció követő áremelés biztosítása alapvető elvárásként fogalmazható meg.

A gyógyszer *ártámogatási rendszerrel* kapcsolatos javaslataink között hangsúlyozzuk, hogy biztosítani kell a gyógyszerek teljes körének hozzáférhetőségét, az orvosnak a betege számára optimális terápiás választási lehetőséget. Segíteni kell a betegségek megelőzését szolgáló gyógyszeres kezelési módok, innovatív gyógyszerek gyors, ártámogatással történő piacra kerülését. A gyógyszer támogatással kapcsolatos döntési folyamat legyen gyors és átlátható. A döntések az orvos szakma által megvitatott és elfogadott, előzetesen nyilvánosságra hozott irányelveken és kritériumokon alapuljanak. Az ártámogatási rendszer a térítési díjak széleskörű alkalmazásával tegye érdekeltté a betegeket és orvosokat a költséghatékony gyógyszeres kezelési módok kiválasztásában. Az ártámogatási rendszertől teljesen független szociális támogatási rendszer segítse a teljes gyógyszerkincs hozzáférhetőségét a szociálisan kedvezőtlen helyzetű betegek számára. A fenti célok elérése érdekében a magunk részéről a jelenlegi százalékos támogatási rendszert javasoljuk tovább fejleszteni.

A mai *közgyógyellátási* rendszert számos kritika éri. Elégedetlen vele a biztosító, mert a járulékbévételek terhére olyan szociálpolitikai feladatot kell felvállalnia, melyeket nem neki, hanem az állami költségvetésnek kellene megoldania. Elégedetlen az állam is, hiszen a bizonyítható visszaélések és az ebből eredő jogosulatlan kifizetések az OEP növekvő deficitjén keresztül az ő büdzsáját is terhelik. Bizonyítható az is, hogy a jelenlegi rendszer nem hatékony. Az állampolgár azt látja, hogy a közgyógyellátási lista évek óta tartó kurtítása veszélyezteti az egészségét és magát másodosztályú állampolgárrá degradálja. Elégedetlenek és frusztráltak a gyógyszergyártók is, hi-

szen kiszámíthatatlan, hogy termékeik rákerülnek-e a listára ill. rajta maradnak-e azon. A Nemzetközi Gyógyszergyártók Egyesülete új modellt készített, mely alapvetően leválasztja a közgyógyellátást a biztosítási rendszerrel. A biztosító az egészségügyi listát finanszírozza, ami a szolidarisztikus társadalombiztosításban kifejezi a kockázatközösség azon elhatározását, hogy az önhibájukon kívül súlyos, krónikus, élethosszig tartó betegségekben szenvedőket mentesítse a térítési díj fizetése alól. A szociálpolitika felvállalja azon állampolgárok térítési díjának kifizetését, akik társadalmi helyzetüknél fogva nem képesek erre. Miután azonban ezek az állampolgárok is biztosítottak, az OEP a számukra ugyanolyan támogatást nyújt a gyógyszerek megvásárlása esetén, mint amit minden biztosított élvez. A két támogatás a gyógyszerárban ér össze. A közgyógyellátott térítési díj helyett azonban egy elektronikus pénztárcával fizet, melyet a települési önkormányzat tölt fel saját költségvetéséből. Ez lehetőséget teremt arra, hogy a jelenlegi rendszer előnyös elemét megtartsuk és az önkormányzat, ismerte az ott lakók szociális helyzetét, akár havonta döntsön arról, hogy a jogosultság fennáll-e. A pénztárca tartalma véges, ami megteremti annak a lehetőségét, hogy személyre szólóan felső korlátja legyen a szociálpolitikai támogatásnak. Ha a közgyógyellátott az adott időre odaítélt és kiutalt támogatást (az elektronikus pénztárca tartalmát) felhasználta, két lehetőség között választhat. Vagy továbbra is vásárol gyógyszert, mint egyszerű biztosított, de most már ő fizeti a térítési díjat, vagy visszatér a települési önkormányzathoz, ahol ellenőrzik a közgyógyellátási rendszeren belüli gyógyszerfogyasztását és eldöntik: indokolt-e az elektronikus pénztárca újbóli feltöltése. Az új rendszermodell bevezethetőségét számításokkal támasztottuk alá.

I. Mikola: *Suggestion of the AIPM for transparent formation of drug prices, subsidies as well as that of free drug supply.*

Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 57. – 1065

Háziorvosok a közgyógyellátásról

Dr. Szűts Tamás², dr. Matejka Zsuzsanna¹ és dr. Harsányi László³

A Szonda Ipsos Média-, Vélemény- és Piackutató Intézet a Propharma'93 Gyógyszeripari Tanácsadó Intézet közreműködésével kérdőíves felmérést végzett 500 háziorvosnál a közgyógyellátási rendszerrel kapcsolatban, a kérdéseket az alábbiak szerint csoportosítva:

- a háziorvosok betegkörének összetétele, jellemzői;
- a gyógyszerköltségek és a „közgyógylista” értékelése;
- a közgyógyellátás jelenlegi rendszerének véleményezése;
- javaslatok a rendszer átalakítására.

A felmérés egy tervezett nagyobb vizsgálat első lépé-

se. Mindenképpen szükségesnek látszik hasonló jellegű kutatást végezni a gyógyszerészek (gyógyszertárak) körében és az érintett önkormányzatok esetében is. A háziorvosoktól beérkezett válaszokból az alábbi következtetések vonhatók le:

– A rendszer alapján működik, funkcióját ellátja, de az emelkedő költségek nem járnak együtt a hatékonyság növekedésével.

– A finanszírozás nem egyértelműen igazságos, a támogatás az esetek nagy hányadában (alanyi jog) nem azokhoz jut el, akik leginkább rászorulnak.

– Nem költségérzékeny, helyenként pazarlásra „ösztönöz”, az OEP a költségvetéséből aránytalanul nagy részt fordít a közgyógyellátásra, emiatt kevés jut a normál biztosítottakra.

A közgyógyellátás rendszere mindenképpen átdolgozásra szorul. Számos változtatási lehetőség merült fel, az alábbiakban csak a legfontosabbakat soroljuk fel:

a) A jogosultsági kategóriák közül az alanyi és a méltányossági összevonandó, hiszen valaki vagy rászorul a közgyógyellátásra és akkor méltányossági alapon meg kell kapnia a gyógyszert, vagy nem, és akkor nincs értelme az alanyi jogosultságnak (II. típusú rokkantak egy része).

b) A közgyógyellátás terhére rendelhető gyógyszerek listájának összeállítása hatóanyag alapon történjen a nemzetközi gyakorlat és a WHO ajánlások figyelembevételével. A terápiás szempontok alapján kiválasztott hatóanyagokhoz kell hozzárendelni a készítményeket versenyeztetés keretében a legkedvezőbb napi kezelési költség alapján, negyedévenkénti módosítási lehetőséggel.

c) A rendszert költségérzékennyé kell tenni, amire számos lehetőség kínálkozik:

– Minimális térítési díj vagy receptdíj bevezetése, ami a betegben tudatosítaná, hogy a „közgyógyos” gyógyszer sines ingyen, valakinek ki kell fizetni a számlát, és az ingyenesség megszűnése mérsékelné a túlfogyasztást.

– A gyógyszerfogyasztás korlátozása maximált havi keret kijelölésével, ami talán megakadályozná a polipragmáziát, de a havi keret kimerítésére ösztönözhetne a szükséglettől függetlenül.

– Egyéni gyógyszerkeret kijelölése a terápiás indiká-

ciónak megfelelően. Nagyon nehéz a betegek kezelését tipizálni, sémákba szorítani, amikor még egyértelmű javasolt terápiás protokollok sem állnak rendelkezésre. Ez az elképzelés tűnik a legigazságosabbnak és a leggazdaságosabbnak is, de a rendszer az előzőek miatt további részletes kimunkálást igényel.

– Korlátozható a közgyógyellátott betegek számára rendelhető havi dobozszám is, ami első látásra nehezen tűnik elfogadhatónak, de a megfelelő számítások alapján kialakítható olyan norma, ami a terápiának nem, de a visszaéléseknek egyértelműen gátat szab.

– Felmerült, hogy a beteg fizesse ki a gyógyszertárban a térítési összeget és az önkormányzattól utólag, számla ellenében kapja vissza a pénzét. Természetesen ez a módszer tűnik a leghatékonyabbnak, de nem kivitelezhető, mert a betegek túlnyomó többsége semmilyen anyagi tartálékkal nem rendelkezik (hiszen ezért szorulnak közgyógyellátásra).

A fentiekből egyértelmű, hogy a közgyógyellátás átdolgozásához az igazolványokat kibocsátó települési önkormányzatok és a gyógyszertárak körében további felmérésekre van szükség, és ezek alapján tehetők egyértelmű javaslatok, amelyek a rendszert hosszú távra működőképessé teszik.

(A felmérést az előadók „Családorvosok a közgyógyellátásról” címmel a Gyógyszerészet 1998 márciusi számában [42, 162–170, (1998)] részletesen ismertették – a szerk.)

T. Szűts, Zs. Matejka and L. Harsányi: *Family doctors about the free drug supply*

¹Egészségbiztosítási Önkormányzat, képviselő, Budapest, Váci út 73/b. – 1139

²Propharma Kft., Budapest, Dayka Gábor u. 30. – 1118

³Szonda Ipsos Média- Vélemény- és Piackutató Intézet, Budapest, Attila út 93. – 1012

AZ ÉV PATIKÁJA '97

II. rész

A Magángyógyszerészek Országos Szövetsége hagyományos pályázatát 1997 évre „Az év patikája” címmel hirdette meg. A pályázat eredményét az 1997 októberében tartott VII. kongresszuson hirdették ki. A kuratórium bírálata alapján „Az év patikája” kitüntető címet a kozármislenyi Szent Korona Gyógyszertár (személyi jogos gyógyszerész Tamásiné dr. Gruzlinger Magdolna) és az aszódi

Szent István Patika (személyi jogos gyógyszerész dr. Télessyné Fóris Kornélia) nyerte el. Dicséretben részesült a budapesti Fasori Patika (személyi jogos gyógyszerész Csányiné dr. Kléri Éva) és a mátészalkai Salvare Patika (személyi jogos gyógyszerész Szondi Ferencné).

A gyógyszertárakat – az előző évekhez hasonlóan – sorozatban mutatjuk be.

Szent István patika, Aszód

Dr. Télessyné Fóris Kornélia

Alapadatok

A gyógyszertár címe: Szent István Patika, 2170 Aszód, Kondoros tér 49. Telefon/Fax: (28) 400-552.

Tulajdonos és személyi joggal rendelkező gyógyszer-tárvezető: dr. Télessyné Fóris Kornélia, szakgyógyszerész.

Munkatársai: 1 teljes munkaidős gyógyszerész, 2 szakasszisztens, 1 asszisztens, 1 részmunkaidős takarító.

Nyitvatartási idő: hétfőtől péntekig naponta 8.00–18.00 óráig, ügyeletes héten szombaton 8.00–12.00 óráig. Ügyelet minden második héten.

A gyógyszertár alapterülete: 300 m².

A gyógyszertár havi átlagforgalma: 7 millió Ft, ebből nem gyógyszernek minősülő termékek forgalma 120 ezer Ft, ami az összeforgalomnak kb. 1,6%-a.

Átlagos napi betegszám: 180–200 fő.

Átlagos havi vényszám: 6500.

Vonzáskörzete: Aszód város fele, és a gyógyszertárhoz közeli szakrendelés miatt – amely a környék szakorvosi ellátását biztosítja – a környező falvak lakossági gyógyszerforgalmának egy része.

Fiókatika: a szomszédos Domony községben.

A patikaépület tervezője Jánosi János okl. építészmérnök, generálkivitelező az ÉPKOMPLEX Kft. volt. A belsőépítészeti és az asztalosmunkákat Török Gyula mérnök és munkatársai végezték.

A patika létesítésének története

Patikánkat, az aszódi Szent István patikát, 1991 márciusában nyitottuk meg egy 96 m²-es alapterületű önkormányzati bérleményben. Ez a patika a város második patikájaként kezdte meg működését, a város egyik végében lévő – akkor állami – gyógyszertártól viszonylag távol, a város másik végében. A patika idővel kinötte alapterületét, valamint a modern szakmai követelményeknek is egyre nehezebben tudott megfelelni, ezért 1995-ben új patikaépület létrehozása mellett döntöttünk. Sikertült a működő patikához egészen közel – az utca túloldalán – vásárolni egy telket, melyen felépíthettünk egy megfelelő méretű gyógyszertárat. A telken lévő öreg, romos épületet el-

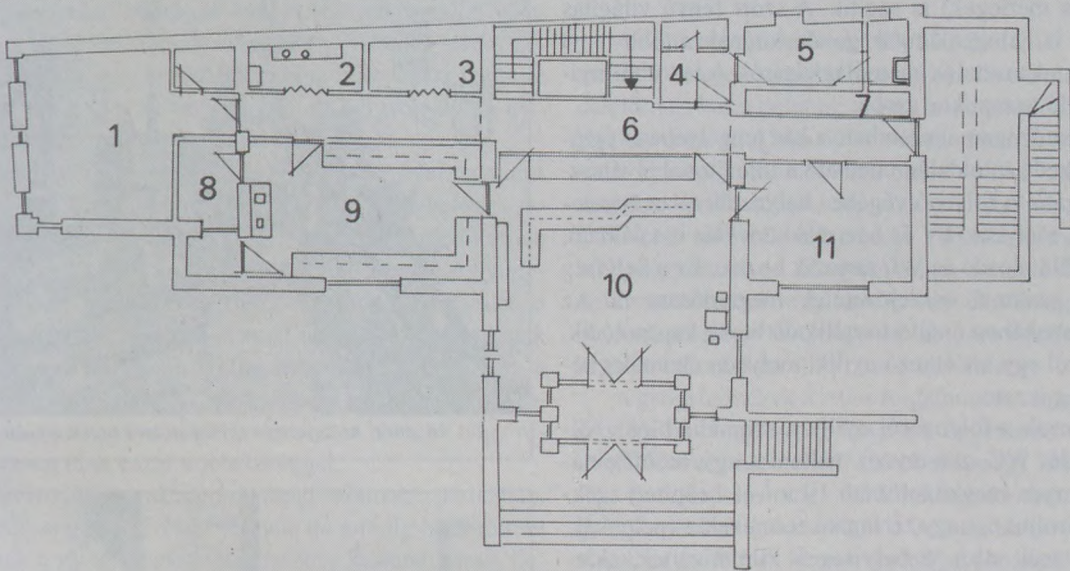
bontattuk. A helyi adottságok figyelembevételével kétszintes patikát terveztünk, ahol az alsó szinten elsősorban a raktárak valamint kazánház és az áruátvevő kapott helyett, a felső szinten pedig a patika effektív működéséhez szükséges helyiségek: officina, laboratórium, iroda, mosogató és a szociális blokk, valamint egy ügyeletes szoba került kialakításra. Mindezt úgy kellett megvalósítani, hogy az épület illeszkedjen a városképbe, és illeszkedjen a lejtős utcai frontozáshoz is. Az alaprajz kialakítása során a régi patikánál szerzett tapasztalatokat és a tervezett bővítéseket is figyelembe vettük. A telek és a környezet lehetőségeit kihasználva a tervezés során a tetőtérbe egy ügyeletes garzon lakás kialakításának a lehetőségét is megteremtettük. Az épület mintegy 10 hónap alatt készült el az egyik helyi építési vállalkozó szervezésében. A patikát 1996 decemberében nyitottuk meg. Ellátási körzetéhez tartozik két háziorvosi- és két gyermek rendelő, a városi Szakorvosi Rendelőintézet szakrendeléseinek nagy része, a Tüdőgondozó, az NM Fiúnevelő Intézete és a helyi honvédség. A fiókgyógyszertár szociális otthont is ellát.

A patika bemutatása

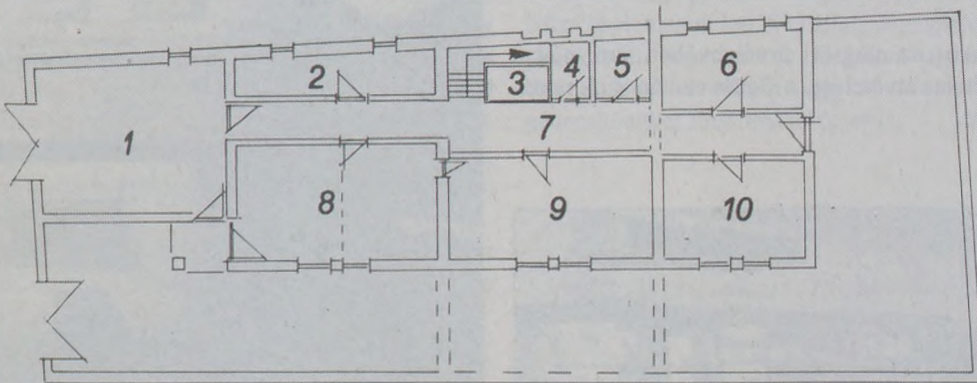
A patikát a kor elvárásainak megfelelően alakítottuk ki. A kétszintes, tetőtér-beépítéses épület alaprajzát a kes-



1. ábra. A gyógyszertár épülete



2. ábra. A gyógyszertár földszintjének alaprajza. Jelmagyarázat: 1. ügyeletes szoba; 2. mosogató; 3. étkező; 4. WC és öltöző előtér; 5. öltöző; 6. közlekedő; 7. irattár; 8. aszeptikus labor; 9. laboratórium; 10. officina; 11. iroda



3. ábra. A gyógyszertár alagsorának alaprajza. Jelmagyarázat: 1. garázs; 2. kazánház; 3. lift; 4. takarítószer-raktár; 5. tűzveszélyes raktár; 6. hűvösraktár; 7. közlekedő; 8. áruátvevő-raktár; 9. speciraktár; 10. üvegáru, csomagolóanyag raktár

keny telek alapvetően meghatározta. A város domborzati adottságaiból következően a déli fekvésű utcai fronton – ahol a patika főbejárata is található – a betegek pár lépcső közbeiktatásával az épület középső szintjén léphetnek be a szélfogón keresztül az officinába.

A bejárat lépcsők mellett sikerült kialakítani babakocsi- illetve kerékes székes feljárt is. A minden oldalról üvegablakos, ezért világos szélfogóban este külön megvilágított, nyitható ablak és előtte kívül-belül széles párkány segíti az ügyeleti munkát. A szélfogó megvilágítását alkonnyatkapcsoló szabályozza. A belépő beteg világos, fehér-zöld-barna színösszeállítású berendezést talál a 46 m²-es, légkondicionált officinában.

Az officinában két expediáló helyet alakítottunk ki. Mindkettőhöz bő tárolási lehetőséget biztosító és kényelmes Huvill-rendszerű fiókokban külön abc-be rendezett gyógyszerkészlet tartozik önálló számítógépes officinai

munkaállomásokkal és vevőkijelzővel. A bankkártyás fizetéshez kártyaleolvasó is rendelkezésre áll. A betegter szórófényű megvilágítását a táraasztal fölött elhelyezett halogén lámpasor egészíti ki, az expediáló helyek jobb megvilágítása érdekében.

A gyógytermékek a gyógyszerektől elkülönítve vitrines oldalszekrényben található. A jól felszerelt irodában – mely közvetlenül az officinából nyílik – a napközben érkező vendégnek beszélgető sarkot is kialakítottunk. Az officina másik oldalán a laboratórium található, mely tágas, világos, mennyezetig csempézett. Itt egyedileg szignált állványedényzet, egyedi tervezésű öntapadós szignatúrák és néhány muzeális patikaedény határozza meg a látványt. Kényelmes munkasztalokkal, sok tárolóhelyes szekrényvel, elektronikus mérlegekkel és a kész magisztrális gyógyszerek tárolására kialakított kazettás polcokkal tettük célszerűvé berendezését. A könnyebb munkavégzést

gépek és eszközök (pl. többfunkciós kenőcskeverőgép, elektromos mérlegek) is segítik. A szórt fényű világítás mellett itt is halogénlámpák gondoskodnak a több fényt igénylő munkaasztalok megvilágításáról. A laborból nyílik az önálló aszeptikus szoba.

A laboratóriummal szemben, a ház tengelyében végigfutó közlekedő túlóldalán található a toljajtóval elválasztott mosogató. A folyosó végében helyeztük el az ügyeletes szobát, melyben TV és háziszakkönyvtár is található, illetve önálló mosdó és WC tartozik hozzá. Ez a helyiség szolgál a szakmai összejövetelek megtartására is. Az ügyeletes szobához önálló tisztálkodó blokk kapcsolódik. A folyosóról egy kis étkező nyílik, melyben ételmelegítési lehetőség is van.

Ugyancsak a folyosóról nyílik a szociális blokk (öltöző, mosdó, WC, zuhanyzó), valamint egy, az officinából is könnyen megközelíthető 10 m³-es beépített szekrény. Itt tároljuk a nagy térfogatú termékeket (pelenkák, tápszerek, teák stb.). A helyiségek klimatizáltak, akár csak a földszinti hűvőkamra. A földszinti raktárban ezen kívül külön-külön helyiségbe kerültek a csomagolóanyagok, a magisztrális alapanyagok, a specialitások, a kötszerek és a gyógyászati segédeszközök valamint az égvényes anyagok. Az egyszerű polcrendszerek jó áttekinthetőséget biztosítanak a szoros ábc-be rendezett termékeknek.

Áruérkezéskor az alsorsori áruátvevőben van mód a gyógyszerek tételes átvételére, s rögtön ezután azok raktári elhelyezésére.



4. ábra. Az officina egy részlete



5. ábra. A laboratórium egy részlete



6. ábra. Az ügyeletes szobában lévő szakkönyvtár



7. ábra. Fedett alsorsori rakodó

A személyi állomány és az üzemvitel

A kétszer 120 m² elég teret ad a nyugodt és kellemes munkavégzéshez. A patika két gyógyszerészt, két szakasszisztent és egy asszisztent, valamint egy takarítónőt foglalkoztat, napi 10 órás folyamatos nyitva tartás mellett. A patikában 1+2 állomásos Novodata számítógépes rendszer üzemel.

A patika gyógyszerbeszerzés szempontjából kedvező fekvésű: mind a budapesti, mind a pest megyei telephelyű gyógyszer-nagykereskedők a rendelés napján, de legkésőbb másnap szállítanak. A patika folyamatos gyógyszerkészlete ennek ellenére kb. 2 heti mennyiség. A rendszeres napi rendelést könnyíti a számítógéphez kapcsolt elektronikus modem.

Az itt beváltott vények döntő többségét a szakorvosi rendelőintézet orvosai mellett a két családorvos és a két gyer-

mekorvos írja, de nem hanyagolhatók el a környező településekről származó receptek sem. A sok magisztrális vény miatt sok az előre laborált készítmény (főként FoNo-s készítmények), de a változatos receptúra miatt az ex tempore készített, főleg gyermekgyógyászati és bőrgyógyászati magisztrális készítmények is sok munkát adnak.

A betegeket írásos és szóbeli információval egyaránt ellátjuk. Az officinába kihelyezett tárolókból a betegek saját érdeklődésük szerint kereshetik ki az ismertetőket, de speciális kérdéseikkel természetesen az expedáló gyógyszerészekhez fordulnak. Ilyenkor a szakmai tanácsadás, a felvilágosítás mellett arra is mód nyílik, hogy a betegek egyéni problémáit is megbeszélhessük. Ellentétben a nagyforgalmú nagyvárosi patikákkal, a mi patikánk légköre kedvez az ilyen beszélgetéseknek és a betegek nagy része szívesen él is ezzel a lehetőséggel.

Az orvosok is rendszeresen megfordulnak a patikában. Hol kérdéssel, hol kéréssel jönnek, de mindig bizalommal fordulnak a gyógyszerészhez, hasznos szakmai társat látva és tisztelve benne. Mind az orvosokkal, mind a másik gyógyszertárral kialakult a korrekt szakmai kapcsolat. Hasonlóan jó a viszony az önkormányzattal is.

A patika mindennapjait kitölti a betegek szolgálata. A jó gyógyszerész-beteg kapcsolat alapja a megfelelő empátia és a segíteni akarás, beleértve pl. a gyógyszerkincs ill. a termékválaszték folyamatos fejlesztését is. Ha a beteg látja és megtapasztalja azt, hogy kívánságára bővül pl. a fogkrémválaszték, vagy "–1 nap alatt rendelkezésére áll bármilyen ritka gyógyszer is, netán a korábban oly sok utánajárást igénylő gyógyvizet is beszerzi a gyógyszertár, ez a betegség-hozta kényszer-kapcsolat mindkét irányban kellemesebbé válik.

Mindemellett a gyógyszertár dolgozói között kialakult jó hangulat és egymást segítő munkakapcsolat is erősíti a Szent István patika iránt érzett bizalmat.

A patika forgalmának jellemzése

A napi betegforgalom 180–200 fő. A 10 órás nyitva tartást a betegek végig kihasználják, de a csúcsidő a késő délelőtti és korai délutáni órákra koncentrálódik. A patikában havonta átlagban 6000 vényt váltanak be. A gyógyszerforgalom korábban 90%-ban a vényre kiadott gyógyszerekre korlátozódott, napjainkban azonban nálunk is az OTC-készítmények előretörése figyelhető meg. A gyermekgyógyászati és bőrgyógyászati rendelőkben jelentős számmal érkeznek magisztrális vények. A magisztrális vényeknek mintegy 16–20%-a ex tempore készítendő, a többi előre laborálható ill. FoNo-s készítmény.

A gyógytermékek a teljes forgalomnak csak 1–2%-át teszik ki. A gyógytermék-forgalom egyenletes eloszlású: a meghűlés-megfázás elleni szereket éppúgy keresik, mint a fog- és szájjápolási vagy babaápolási cikkeket. Az OTC és gyógytermék-forgalom jelentős tanácsadási tevékenységgel társul: egyre többen kérnek segítséget panaszaik otthoni kezelésére. A gyógyszerész szakértelem, a kellő kritika és a segítőkészség elengedhetetlen ahhoz, hogy a betegekben jó vélemény alakuljon ki a patikáról. E tekintetben rendszeres továbbképzéssel és a szakfolyóiratok nyomán követésével igyekszünk lépést tartani a szakma fejlődésével.

Az állatgyógyászati forgalom elenyésző, mivel az állatorvosok maguk látják el állatgyógyszerrel a gazdákat. A gyógyászati segédeszköz forgalom ugyancsak alacsony, mert a városban működik egy kifejezetten gyógyászati segédeszközöket forgalmazó üzlet is.

Pharmacy of the year 1997. II. part.

K. Télesey-Fóris: *The pharmacy „Szent István” at Aszód*

Szent István patika, Aszód, Kondoros tér 49. – 2710

A GYÓGYSZERTÁRAK JÖVEDELMEZŐSÉGÉRŐL

A gyógyszertári vállalkozások gazdasági helyzete a gyógyszerügy egyik központi kérdése, mert a gyógyszerbiztonsági előírásoknak, az egészségpolitikai elvárásoknak és a betegek igényeinek megfelelő ellátás alapját a stabil és kiszámítható gazdasági háttér teremti meg. A gyógyszertárak jövedelmezőségének alakulása, bevételeinek és kiadásainak értékelése hosszú évek óta viták forrása.

Vannak, akik a „gyógyszer-kiskereskedelmet” még ma

is kiemelten jövedelmező ágazatnak tekintik és alaptalan rioratással vádolják azokat, akik a folyamatok negatív tendenciáinak veszélyeire hívják fel a figyelmet.

Ugyanakkor a vállalkozó gyógyszerészek többsége a nehezedő feltételekre panaszkodik. A most közölt dolgozatokat egy közgazdász és egy gyógyszerész írásai. Reméljük, hogy hasznos adatokkal járulnak hozzá a szakmában és szaklapunkban is évek óta kiemelten kezelt témához. Várjuk kollégáink írásait, észrevételeit.

Gyógyszertárak költségszerkezetének alakulása

Kerekes Csaba

A „Gyógyszertár-működtetés '98” továbbképző konferencián elhangzott előadásom alapján készített közlemény célja, hogy (ügyfeleink adatainak felhasználásával) bemutassam a gyógyszertárak jellemző költségszerkezetét, annak változását és a változásokat előidéző legfontosabb okokat.

További célom, hogy pontosan definiáljam a gyógyszertárak gazdálkodásával kapcsolatos, a gazdaságosságot és a jövedelmezőséget bemutató legfontosabb fogalmakat, amelyek ismerete, megítélésem szerint feltétlenül fontos a gyógyszertárvezetők és tulajdonosok számára, annak érdekében, hogy a gyógyszertár gazdálkodási eredményeit tükröző éves beszámoló ne csak egy „ellenérzést kiváltó” papírhalmaz legyen.

A költségek elemzése után, ismertetem az elmúlt három év vonatkozásában a forgalom alakulását jellemző viszonyszámokat, majd legvégül összegzem az eredmény meghatározását, annak „szerkezeti megjelenését, lehetséges összetételét”, hatását a vállalkozás vagyonának alakulására.

A leírtakban elsősorban a gazdasági társasági formából és a kettős könyvvezetésből indulok ki. Ennek fő oka, hogy az egyszeres könyvvitel pénzforgalmi szemlélete miatti költségtorzításokat kiküszöböljem.

A gyógyszertári vállalkozás gazdálkodásával kapcsolatos néhány fogalom

A számviteli informatikai rendszer (amelynek szerves része a gyógyszertárakban működő készletnyilvántartó és elszámoló programrendszer, főkönyvi könyvelés, bérszámfejtés, tárgyi eszköz nyilvántartás) végcélja olyan valós, megbízható összesítő információk létrehozása, amelyek a cégvezetést, a tulajdonosokat, a külső üzleti partnereket (pl.: szállítók, pénzügyetvek, befektetők) precízen informálják a cég jövedelmezőségéről, vagyonváltozásairól.

A számviteli törvény pontosan rögzíti az előzőekben említett információkat tartalmazó ún. egyszerűsített éves beszámolóra vonatkozó alaki és tartalmi kelleket. A be-

számoló tartalmazza a vállalkozás tárgyevi és megelőző adóévi eredményét, a társaság vagyonának alakulását az üzleti év elején és végén. Részei a mérleg, az eredménykimutatás, a cash flow kimutatás és a kiegészítő melléklet. A számviteli törvény célja az egységes szerkezetű beszámolók előírásával, a makrogazdasági mutatók és eredmények összeállításának megkönnyítése.

A költségek és azok szerkezetének elemzése, az eredménykimutatás adatainak elemzésével végezhető el, mivel ez a kimutatás a beszámoló azon része, amely a gyógyszertárat működtető vállalkozás összes bevételét és az ezen bevétel elérése érdekében felmerülő valamennyi költségét és ráfordítását tartalmazza. Az eredménykimutatás tartalmazza továbbá a bevételek valamint a költségek és ráfordítások különbségét képezve az időszak eredményét vagy veszteségét.

Az eredménykimutatás adatai minden esetben általános forgalmi adó nélkül értendők mind a bevételek, mind a kiadások vonatkozásában. A gyógyszer-kiskereskedelmet folytató vállalkozások, ellentétben az egészségügyi és szociális ellátást folytatókkal (pl.: házi orvos) jogosultak, az általános forgalmi adó visszaigénylésére. Ennek oka az, hogy az általános forgalmi adóról szóló törvény az egyes termékek és szolgáltatások értékesítésének adómértékét, a KSH Ipari Termékek Jegyzékébe, valamint a Szolgáltatási Tevékenységek Jegyzékébe való besorolás alapján határozza meg.

A besorolás szerint a gyógyszerkereskedelmet terhelő általános forgalmi adó mértéke 0%, míg az egészségügyi és szociális ellátásokat az ÁFA törvény a tárgyi adómentes szolgáltatások közé sorolja. A tárgyi adómentes szolgáltatásnyújtás végzése érdekében felmerült költségek általános forgalmi adó tartalma nem levonható így nem is visszaigényelhető adó, míg a 0%-os mérték alá tartozó termékértékesítés (csak gyógyszer) érdekében felmerült költségek és kiadások általános forgalmi adó tartalma levonható és ezáltal visszaigényelhető.

A gyógyszer-kereskedelemben (mint minden kereskedelemben) az *árréstömeg a forrása* a működési költségek fedezetének (költségfedezeti rész), valamint a cég jövedelmének (nyereségének) (nyereségfedezeti rész), és az

ezen jövedelemből a tulajdonosoknak juttatott hányadnak (az osztaléknak).

Az árréstömeget megkapjuk, ha az időszak (gyógyszer)-értékesítésének ÁFA nélküli bevételeiből (lakossági térítési díj + Tb. támogatás + közületi számlák) levonjuk az ezen bevétel eléréséhez az adott, vizsgált időszakban eladott áru (gyógyszer) ÁFA nélküli beszerzési árát.

A költségek szerkezetének vizsgálatakor az eladott áruk beszerzési értékét, vagyis az értékesített gyógyszer mennyiséget teljesen külön célszerű kezelni, mivel ezen költség nem és a forgalom alakulása határozza meg az árréstömeg nagyságát, amely a többi költség fedezetének a forrása.

Figyelemmel a gyógyszer-kereskedelem teljesen sajátos voltára megállapítható, hogy az egyes cikkek (specik) nagykereskedelmi listaára különböző nagykereskedőket összehasonlítva megegyeznek. A beszerzési árak a listaáraktól a valóságban különböznek, hisz a nagykereskedők, a vállalt fizetési határidők és a vásárolt mennyiségek függvényében, különböző mértékű engedményeket adnak.

Kiemelt jelentősége van a hatékony készletgazdálkodásnak, amelynek célja a megfelelő gyógyszerellátást biztosító értékesítési forgalomhoz szükséges, legkisebb átlagkészlet elérése. Az értékesítési forgalom nagyságához szükséges legkisebb készletnagyság biztosítja a vállalkozás egyéb eszközeinek hatékony finanszírozását, javítja a cég jövedelmezőségét, hisz nincsen feleslegesen lekötött tőke a készletben. Ebben segítséget tud nyújtani a készletnyilvántartó program alapos ismerete, szolgáltatásainak kihasználása.

A készletgazdálkodást esetenként nehezíti a gyógyszer-nagykereskedők nem megfelelő szállítási fegyelme és egyes gyógyszerek hiánya, javítását viszont elősegíti a gyógyszertár készletének valamint az egyes cikkek forgási sebességének az ismerete, folyamatos figyelemmel kísérése.

A forgási sebességet a *fordulatok számával* vagy a *forgásnapok számával* jellemezzük.

A készlet forgási sebessége fordulatokban (*fordulatok száma*) azt fejezi ki, hogy az adott időszakban a készletet hányszor forgatjuk meg (*időszak 30, 90, 180, 360 nap*). Számítása: az időszak forgalmát osztjuk az időszak átlagkészletével.

A készlet forgási sebessége forgásnapokkal jellemezve (*forgásnapok száma*) azt fejezi ki, hogy az időszak egy napi forgalma hányad része az átlagkészletnek, vagyis az átlagkészlet hány nap alatt értékesült az adott időszakban. Számítása: az időszak átlagkészletét osztjuk az időszak átlagos egy napi forgalmával.

A forgási sebességmutatók számítása az egyes cikkek vonatkozásán is elvégezhető. A számításokból a gyógyszertár készletgazdálkodásán túl az adott gyógyszer fogyasztására, ezen keresztül az azt felíró orvosok gyógyítási szokásaira is levonhatunk következtetéseket.

Nyilvánvaló, hogy a készletfinanszírozás szempontjából legelőnyösebb helyzetben a régóta működő, nagy

forgalmat bonyolító, tőkeerős gyógyszertárak vannak, míg a leghátrányosabb pozíciót egyfelől a nemrég privatizált azon kisforgalmú gyógyszertárak foglalják el, amelyek esetében a bérleti- vagy tulajdonjog megszerzéséhez pénzügyi hitelt kellett igénybe venni, másfelől az azon nagyforgalmú gyógyszertárak, amelyek megvásárlása érdekében jelentős hitel felvételére került sor.

Az értékesítés pontos *árrése* (százalékban) a könyvelési adatokból nem számítható ki, mivel a degresszív árrés miatt matematikailag pontos érték csak akkor adódik, ha az egyes cikkek fogyasztásának megfelelő súlyozott átlagárréssel, illetve átlag beszerzési árakkal számolunk valamennyi cikkelemnél, mert az így kiszámított árrések súlyozott átlagolása után kaphatunk csak pontos árrést. A fentiekben leírt algoritmus szerint a készletnyilvántartó programok segítségével a számítás elvégezhető. A könyvelési adatokból a *gyógyszertár árréstömege* oly módon határozható meg egyértelműen, hogy az adott időszakban értékesített gyógyszer mennyiség beszerzési árát (eladott áruk beszerzési értéke) kivonjuk az időszak gyógyszerértékesítési bevételeiből. Ezt az árréstömeget osztva az időszak forgalmával (értékesítési bevételeivel) kapunk egy tájékoztató árrésszintet (egységnyi árbevételre jutó árréstömeg). Tapasztalatok szerint ez az árrésszint az 1997-es üzleti évben (a fogyasztói árba vetítve) 17–21% pont között mozgott.

A gyógyszertárak költségelemzése

A költségek elemzésekor az alábbiakat vizsgáljuk:

1. A költségszerkezetet befolyásoló legfontosabb tényezőket, így:

- a forgalom nagyságrendjét;
- az alkalmazotti létszámot;
- az alkalmazottak bérszínvonalát;
- a gyógyszertár földrajzi elhelyezkedését;
- a működést biztosító ingatlan tulajdonviszonyát (saját tulajdon vagy bérlet);
- a finanszírozásban a pénzügyi hitel hányadát;
- a tulajdonosi szerkezetet, a külső pénzügyi befektetők tulajdoni hányadát;
- a vezetést, a gyógyszertár szakmai színvonalát, az emberi tényezőket.

2. Az egyes költségnemek hányadát azon költségnem főcsoportban, ahová tartoznak, illetve az arányukat az összes költséghez viszonyítva.

3. A költségnemek növekedésének várható trendjét.

4. Az egyes költségnemek növekedésének vagy csökkenésének befolyásolhatóságát a vállalkozás által, a költséggazdálkodási lehetőségeket.

5. Az eredményeket torzító, általánosan nem jellemző tényezőket.

6. A gyógyszertárak egymáshoz viszonyított költségszerkezetét.

A költségszerkezet vizsgálatakor azon költségnemekre fordítottam kiemelt figyelmet, amelyek teljesen valóságos és fiktív elemeket lehetőségek szerint nem tartalmaznak.

I. táblázat

Gyógyszertárak költségszerkezete (1997. évi adatok alapján %-ban)*

Megnevezés	Forgalmi sávok MFt/hó			
	0-4	4-8	8-13	Átlag
ANYAGJELLEGŰ RÁFORDÍTÁS	15,52%	16,11%	18,79%	16,81%
<i>Anyagköltség</i>	<i>8,79%</i>	<i>8,58%</i>	<i>6,76%</i>	<i>8,04%</i>
Áram	19,82%	20,97%	19,57%	20,12%
Fűtőanyag	19,69%	6,27%	0,90%	8,95%
<i>Anyag jellegű szolg.</i>	<i>6,73%</i>	<i>7,53%</i>	<i>12,03%</i>	<i>8,76%</i>
Telefon	39,13%	15,87%	24,97%	26,66%
Posta	4,31%	1,82%	1,52%	2,55%
Más vállalkozó által végzett javítás	31,45%	63,45%	62,19%	52,36%
Szakkönyv, folyóirat	20,00%	13,81%	7,93%	13,91%
SZEMÉLYI JELLEGŰ RÁFORDÍTÁS	37,82%	45,33%	42,84%	42,00%
ÉRTÉKSÖKKENÉSI LEÍRÁS	4,58%	11,94%	15,84%	10,79%
EGYÉB KÖLTSEGEK	42,08%	26,62%	22,53%	30,41%
Bérelti díjak	38,96%	44,54%	25,04%	36,18%
Lízingdíjak				0,00%
Hirdetés, reklám	2,41%	2,45%	1,52%	2,13%
Könyvelés	17,88%	19,00%	23,40%	20,09%
Folyószámla forgalmi jutalék	5,45%	7,19%	9,99%	7,54%
Vagyonbiztosítás	2,22%	2,23%	2,67%	2,37%
KÖLTSEGEK ÖSSZESEN	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<i>Hitelkamat</i>	<i>9,62%</i>	<i>12,04%</i>	<i>21,08%</i>	<i>14,25%</i>
KÖLTSEGEK, RÁFORDÍTÁS ÖSSZESEN	109,62%	112,04%	121,08%	114,25%

*magyarázat a szövegben

Az I. táblázatban található költségszerkezeti arányok 12 gyógyszertár 1997. évi költség és ráfordítás adatainak feldolgozása alapján adódtak.

A költségnem főcsoportok (félkövér dőlt nagybetűs formátum) az illető költségnem hányadát mutatják az összes, a működés érdekében felmerült költségre (Költség összesen) vetítve a hitelkamatok figyelembevétel nélkül.

A hitelkamatok hányada az összes költség kamattal növelt értékére (Költség, ráfordítás összesen) vetítve van meghatározva.

A költségnem főcsoportokból kiemeltém a jellemző költségnemeket [pl.: áram, fűtőanyagdíj az anyagköltségekből, és ezek hányadát az őket összegyűjtő költségnem összegére vetítve mutattam ki (pl.: az anyagköltség 20,12%-át teszi ki átlagosan az áramdíj)].

A táblázat adatait elemezve az alábbi következtetéseket vonhatjuk le.

Személyi jellegű ráfordítások

A gyógyszertárak esetében jellemzően, a legnagyobb költséghányadot a bér és ezek járulécai (átlag 42%), vagyis a személyi jellegű ráfordítások teszik ki. Ezen költségnem természetesen a kis forgalmú gyógyszertárak esetén kisebb (38%), míg a nagyobb forgalmúaknál nagyobb (45%) hányadot képvisel.

A bérköltségek alakulását leginkább a gyógyszertár elhelyezkedése, az ebből fakadó munkaerő-piaci helyzet, (falu, város, nagyváros, Budapest), a forgalmához szükséges létszám nagysága, a gyógyszertár szakmai színvonala, az előzőekből adódóan a gyógyszertár alkalmazottainak bérszínvonala határozza meg.

Az elemzésbe bevont gyógyszertárak nagy hányadának magánosítása 1996 negyedik negyedévében történt. Privatizációs követelmény volt az alkalmazottak egy éven keresztül változatlan feltételekkel történő továbbfoglalkoztatása, emiatt a vizsgált gyógyszertárak jól jellemzik a bérköltségek alakulását.

Fontos kiemelni, hogy a bérköltségek a gyógyszertár-vezető-tulajdonosok vonatkozásában, betéti társaságok esetén, jellemzően a Tb.-járulék takarékoság érdekében, csak a minimálbért tartalmazzák; a tulajdonos jövedelme az adózott eredmény terhére osztalékfizetés formájában realizálódik.

Hosszú távon a bérköltség valószínűleg az infláció értékéhez közeli mértékben fog növekedni. Figyelemmel a végzett munka komoly felelősségtartalmára, mind az asszisztensi, mind a gyógyszerészeti munkakör vonatkozásában a szakma feltételezhetően a már említett földrajzi elhelyezkedés függvényében, kialakította az egyes munkakörökhöz tartozó javadalmazás közel egységes szintjeit. Kérdés, ha az árrepszint a jövőben is az elmúlt évek romló tendenciáit mutatja és a béreket az indokolatlanul magas közterhek (39% Tb.-járulék, 4,5 munkaadói járulék, 1,5% szakképzési hozzájárulás, összesen 45%) terhelik, a tulajdonosok mennyire tudják a bérek inflációkövetését biztosítani saját jövedelmük jelentős csökkenése nélkül?

A szakmai színvonal csökkenését okozhatja, ha a tulajdonos gyógyszertár-vezetők jövedelmük megőrzése érdekében a saját, már eddig is jelentős túlmunkájukat tovább fokozzák.

Megjegyzendő, hogy 1997. január 1-jétől, figyelemmel a magán-nyugdíjpénztárak megjelenésére, a vállalkozások Tb.-járulék mentes jövedelem-kifizetési lehető-

ségei némiképp bővültek, ez a bővülés azonban lényeges változást nem okozott, továbbá az előnyök kihasználásához szükséges az alkalmazottak megfelelő hozzáállása is.

A számviteli előírások szerint az egyéb költségek között kell szerepeltetni a más vállalkozásnak fizetendő oktatás, továbbképzés díját, logikai okokból azonban a személyi jellegű ráfordítások között teszek említést róla. Ezek nagysága a vizsgált időszakban kevésbé meghatározó, figyelemmel azonban a gyógyszerek, gyógyhatású készítmények választékának bővülésére, valamint a szakmai színvonal megőrzésére, a jövőben ezek a költségek várhatóan emelkedni fognak. Ezen költségek elemzésekor figyelemmel kell lenni a továbbképzésben részt vevő alkalmazottak munkából való kiesésére is!

Anyagjellegű ráfordítások

Az anyagjellegű ráfordítások a gyógyszertárak összes költségének 15–17%-át teszik ki. Ezen belül a legnagyobb hányadot az energia, a telefon, és a más vállalkozók által végzett karbantartás jellegű javítások adják.

Az energiaárak 1997. január – 1998. január között 36%-kal növekedtek. A tervezett további áremelések költségnövelő hatásai nem hanyagolhatók el.

Egyéb költségek

Az egyéb költségek alakulása rendkívül változó, nagyságrendjét alapvetően befolyásolja, hogy a működtető cég tulajdonosa, avagy bérlője-e az ingatlan, ahol a gyógyszertár működik.

Bérleti jogviszony esetén a fizetendő bérleti díj meghatározó (átlag 36,18%). Kedvezőbb helyzetben vannak azok a gyógyszertárak, ahol a bérbeadó az önkormányzat, míg lényegesen magasabb bérleti díjakat kell fizetni a magántulajdonos bérbeadóknak.

A bérleti díjak várhatóan közeledni fognak a piaci Ft/négyzetméter/év díjakhoz, így egy „keményebb” önkormányzati hozzáállás esetén ezek akár 30–50%-kal is emelkedhetnek.

Az egyéb költségek további vizsgálata során a hirdetés-reklám, a folyószámla forgalmi jutalék, a vagyonszolgáltatás és az ügyviteli szolgáltatások arányát emeltem ki az összes egyéb költséghez viszonyítva.

Értékcsökkenési leírás

Az olyan tárgyi eszközök értéke (tárgyi eszköz minden olyan dologi eszköz, amely tartósan, egy éven túl szolgálja a vállalkozás adóköteles tevékenységét pl.: bútortart, számítógép...), amelyek egyedi ÁFA nélküli beszerzési értéke meghaladja a 30 000 Ft-ot, nem számolható el a vásárláskor egy összegben költségként, hanem csak elhasználódásuk arányában, több év alatt. Ezt az évről-évre elszámolt összeget nevezzük értékcsökkenési leírásnak, amelynek mértékét a társasági és oszdtulajdonosi törvény eszközcsoporthozként %-os értéken meghatározza.

Az értékcsökkenési leírás nagysága rendkívül változó, és alapvetően a befektetett eszközökhöz való hozzájutás összege, a privatizációs licit során kialakult ingatlan- vagy bérleti jog bekerülési értéke határozza meg. Bérleti jog esetén az amortizáció értéke nagyságrendekkel nagyobb, mivel a vagyoni értékű jogra 16,6% (6 év) míg az épületekre 2% (50 év) az amortizáció. Ugyanakkor a bérleti jogos illetve bérlő pozícióban levő vállalkozás az ingatlan amortizációját a bérleti díj egy részében nyilván megtéríti a tulajdonosnak.

Az amortizációt jelentősen befolyásolja a tulajdonosi szerkezet, ugyanis nem mindegy, hogy a tulajdonos meg egyezik-e a gyógyszertárvezetővel (beruházási döntési szabadság), vagy külső pénzügyi befektetői döntések is hatással vannak a vállalkozás beruházási döntéseire.

* * *

A gyógyszertárak működéséhez szükséges legjellemzőbb költségnevek: a bér és járulékaik, az energia, távközlés, a helyiség-bérleti díjak alakulását a gyógyszertár üzemeltető vállalkozások nem tudják számottevően befolyásolni, emiatt ezen költségnevek vonatkozásában hatékony költséggazdálkodás nem, vagy csak nagyon kis mértékben lehetséges.

A felsorolt költségnevek közül a bért és járulékait a tulajdonosoknak különös figyelemmel kell kísérniük saját maguk, a beosztott gyógyszerészek és az asszisztensek szakmai színvonalának megőrzése és folyamatos fejlesztése érdekében.

A gyógyszertárban végzett munka olyan tevékenység, amelynek gyakorlásához a szükséges áruismeret egyetemi végzettséget, a folyamatosan megjelenő új készítmények ismeretét, folyamatos szakmai tájékozódást, továbbképzést igényel.

A forgalom és az árréstömeg alakulása 1995–1997 között

A gyógyszertár árrésének alakulását az alábbi tényezők befolyásolják:

- az értékesítési forgalom (ÁFA nélküli eladási ár, árbevétel) nagysága,
- az áruforgalom összetétele és
- az árintézkedések (árpolitika, árdifferenciálás, beszerzési források megválasztása).

Fontos megjegyezni, hogy a realizált árrés illetve árréstömeg nagyságát, *alapvetően meghatározza*, hogy a magasabb, illetve alacsonyabb haszonkulcsú gyógyszerek milyen hányadot képviselnek az összes értékesítésen belül.

Az árréstömeg átfogó elemzése az értékesítési forgalom nagyságrendjének változásain kívül *az értékesítés összetételének, valamint az árváltozásoknak* a cikkelemes szintű vizsgálatával végezhető el pontosan. Ez a munka a jelen dolgozat kereteit meghaladja, továbbá az ilyen jellegű vizsgálathoz adatokkal nem rendelkezem.

Figyelemreméltó tény, hogy az egyes gyógyszertárak mint önálló gazdasági egységek befolyása a felsorolt té-

nyezők közül csak az értékesítési forgalom vonatkozásában számottevő. Az áruforgalom összetételét alapvetően az orvosok által felírt, a mindenkori gyógyítási szokásoknak megfelelő gyógyszerek határozzák meg.

Hosszú távon jelentős hatással lehet a forgalom összetételére a gyártók által alkalmazott orvoslátogatók aktivitása, az új termékek belépése. A írott és elektronikus sajtóban erősödő reklámkampány figyelhető meg a gyógyszerek, gyógyhatású készítmények vonatkozásában. Ez feltehetően tovább fokozódik, és ez a jelenség is befolyásolja a forgalom összetételét.

Az értékesített termékek ár- és árrésmértékeinek alakulását meghatározó árintézkedésekre azok központi jellege miatt az egyes gyógyszertárak hatni nem tudnak. Emiatt megnőtt a szakmát tömörítő és „tömegében képviselő” érdekképviselői szervezetek jelentősége, mivel hatékony árrésbefolyásolás csak ezek fellépésével történhet.

Már a költséggazdálkodási lehetőségeknél is megjegyeztük, hogy a gyógyszertárak mozgási szabadsága az egyéb kereskedelmi vállalkozásokhoz viszonyítva csekély. Az előzőekben leírtak alapján ugyanez a helyzet az értékesítés összetétele és az árak vonatkozásában is. Ebből adódóan a gyógyszer-kiskereskedelem a magánszféra azon szegmense, ahol a forgalmazott termékek jellege miatt rendkívül nagy központi (állami) szabályozás érvényesül. A hosszú távú jövedelmezőséget alapvetően nem az egyes gyógyszertárak gazdálkodása, hanem a gyógyszer-kiskereskedelem szabályozása fogja jelentősen befolyásolni.

II. táblázat

Egy nagyforgalmú gyógyszertár értékesítési forgalom- és árréstömeg változása 1995–1997 között

	Értékesítési forgalom index	ELÁBÉ index	Árréstömeg index	Árrésszint index
1995	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
1996	112,73%	118,39%	95,73%	84,92%
1997	124,27%	127,24%	115,32%	92,80%

Egy stabil piaci helyzetben levő, aránylag nagy forgalmú patika esetében az 1995-ös üzleti évet tekintve bázisnak megállapítható, hogy az értékesítési forgalom a teljes vizsgált időszakban 24,27%-kal növekedett a bázisához képest, azonban az értékesített gyógyszer mennyiség értéke az árbevétel dinamikáját meghaladóan 27,24%-kal emelkedett. Az árréstömeg 15%-kal nőtt, ugyanakkor az árrésszint 7,2% pontos csökkenést mutat (II. táblázat).

Az értékesítési forgalom növekedés oka az áremelkedés. Figyelemmel az időszak gyógyszer-áremelkedési ütemére megállapítható, hogy a forgalom növekedésének üteme elmarad az áremelkedés ütemétől, tehát a forgalom volumene, vagyis az eladott gyógyszer mennyiség csökkent.

Az árréstömeg 15%-os növekménye, amely a működési költségek fedezetének forrása, 1995–1997 év között messze alulmarad az ugyanezen időszakra vonatkozó fogyasztói árindex növekményétől, tehát a költségek volumenének növekedése miatt a vállalkozásnál maradó jövedelem folyamatosan csökkent.

Az eredmény meghatározása és szerkezeti megjelenése

A vállalkozás jövedelmezőségét legkomplexebben és legpontosabban tükröző mutató a vállalkozás eredménye. Az eredménykategóriák közül kiemelt és meghatározó a szerepe az üzleti tevékenységből származó eredménynek. Gyógyszertári tevékenység esetében ez az eredmény az adott év (időszak) gyógyszer-értékesítésből származó ÁFA nélküli árbevételének és az ezen bevétel elérése érdekében az adott időszakra vonatkozó költségeknek és ráfordításoknak a különbsége.

Gyakran okoz problémát a számviteli fogalmakban kevésbé járatosak számára az eredmény fogalmának pontos megértése és annak megjelenési szerkezete. Fontos annak tisztázása, hogy az eredmény nem kizárólag pénzben megjelenő vagyonnövekedés. Az egyes évek pozitív előjelű adózott eredményei, vagyis a nyereségek a forrásai a cég jegyzett tőkén felüli saját vagyonának. A cég vagyonának a szerkezete a vállalkozás egyszerűsített éves beszámolójának a mérlegéből olvasható ki.

A mérleg *adott időpontban* megmutatja (statikus állapot) a vállalkozás *vagyonát szerkezet* (eszközök) és *eredet* (források) szerint. Az időpont lehet a vállalkozás megalakulása, megszűnése, átalakulása, a működés során az adóévek utolsó naptári napja. A mérleg *eszköz* oldala tartalmazza a vállalkozás vagyontárgyait, a *tárgyi eszközeit* (pl.: ingatlan, számítógép, bútorzat stb.), *vagyon értékű jogait* (pl. bérleti jog, számítógép szoftver), *befektetéseit* (pl. kötvény, részvény, üzletrész stb.), *készleteit* (gyógyszerkészlet), *követeléseit* (pl. vevőtartozások, a tárgyhót követő hóban a tárgyhóra az elszámolás alapján, a MEP által utalandó Tb. támogatás orvosi rendelőnek értékesített, de pénzügyileg még nem rendezett számla ellenértéke stb.), *pénzeszközeit* (a bankszámla és a pénztár egyenlegét). A mérleg *forrás* oldala tartalmazza a vállalkozás vagyontárgyait eredet szerinti megoszlásban, pl. azt, hogy a vállalkozás eszközeit milyen és honnan származó pénzeszközökből finanszírozták, illetve, hogy a vállalkozás működése során keletkezett-e kötelezettség nélküli eszköz-növekedés vagyis *eredmény*, illetve ennek függvényében hogyan alakul a vállalkozás *saját tőkéje*.

A finanszírozás történhet a társaság alapításakor az alapító tulajdonosok által a társaság rendelkezésére bocsátott és tőkeként lejegyzett *jegyzett tőke* összegéből, tulajdonosi, pénzügyi vagy egyéb forrásból származó hiteltől (*kötelezettségek*).

A vállalkozás *rövid lejáratú kötelezettségei* tartalmaznak a fordulónapon a gyógyszertár raktárában lévő, de még ki nem fizetett áru értékét, az egyéb, már igénybevevett szolgáltatás még ki nem fizetett értékét vagyis a szállítói követeléseket (442 főkönyvi számla követel egyenlege), a fizetendő adókat és minden olyan, a vállalkozás által még teljesítendő pénzügyi kötelezettséget, amelynek fizetési határideje egy éven belüli.

A vállalkozás *hosszú lejáratú kötelezettségei* tartalmaznak minden olyan, a vállalkozást érintő pénzügyi kötelezettséget, amelynek fizetési határideje egy éven túli.

Az eredmény szerkezete és annak összetétele úgy állapítható meg, ha a vállalkozás összes eszközértékéből,

levonjuk a vállalkozás adott időpontban meglévő összes kötelezettségének értékét, tehát megkapjuk a vállalkozás tehermentes eszközállományát. Ezt követően az egyes mérlegsorok (pl. a tárgyi eszközök és a hozzá kapcsolódó tárgyi eszköz nyilvántartás, befektetések, készletek, követelések, pénzeszközök) adatai alapján a szerkezeti megoszlás számítható.

Fontos tudni, hogy egy időszak mérleg szerinti eredménye a vállalkozás eszközeinek kötelezettség (tartozás) nélküli növekedését jelenti. Az, hogy az eszközök közül az ingatlanállomány, a készletek, a készpénzállomány vagy a bankbetét állomány növekedett-e, az eredménykategória, mint fogalom szempontjából közömbös.

* * *

A vállalkozások fő gazdasági célja az előzőekben említett eredmény évről-évre való növelése, amelynek forrása gyógyszerári vállalkozások esetében a gyógyszerár által realizált árréstömeg.

Megállapítható, hogy az elmúlt években a gyógyszerárak jövedelmezősége évről-évre csökkenő tendenciát mutat. A jövedelmezőség romlásának oka a már említett költsé-

gek növekedése és az inflációt nem követő gyógyszerárak ill. árréstömeg-növekedés.

A gyógyszerárak nagy részének műszaki állapota komoly fejlesztéseket, beruházásokat igényel annak érdekében, hogy a növekvő szakmai követelményeknek meg tudjanak felelni.

A gyógyszerárak ügyeleti rendszerének megváltozása és fenntartása létszámnövekedést és ezzel együttjáróan bérköltség-növekedést eredményez.

A gyógyszer és gyógyhatású készítmények széles skálájának növekedése nehezíti a hatékony készletgazdálkodást, növeli a selejtszintet.

A gyógyszerforgalom mennyiségi növekedésére hosszú távon nem számíthatunk, hisz az egy főre jutó gyógyszerfogyasztás az egészségügy irányítóinak értékelése szerint már így is magas.

A gyógyszerárak jövedelmezőségének szinten tartása vagy javításának a lehetősége a haszonkulcsok illetve az árrésszintek növelésével oldható meg.

Cs. Kerekes: *The structure of expenditures in pharmacies.*

HoKe Bt., Veszprém, Bajcsy-Zsilinszky E. u. 8. – 8200

Egy nagyközség gyógyszerésznének észrevételei III.

Dr. Nagy Levente

A gyógyszertárban még létező receptúrai tevékenység végzése úgy szakmai, mint gazdasági szempontból is egyre mostohább körülmények között történik. Ez az 1997-es évben még inkább hangsúlyosabbá vált. Az elmúlt években [Gyógyszerészet 39, 383 (1995) és 40, 869–870 (1996)] megjelent észrevételeim rövid összefoglalását és kiegészítését szükségesnek tartom. Teszem ezt annak reményében, hátha a gyakorló gyógyszerészek által jól ismert tények felsorolása a felelős beosztásban dolgozó kollégákat, a Népjóléti Minisztérium, az OGYI, az ÁNTSZ, és az OEP vezetőit arra kényszerítik, hogy határozottabban álljanak ki a receptúrán dolgozó gyógyszerész érdekei mellett.

1. A *gyógyszeralapanyagok* – habár kiskereskedelmi árrésük 33,1%-a a nagykereskedelmi eladási árak – viszonylag kis értékbeni forgalmuk miatt alacsony árréstőmeget biztosítanak, ugyanakkor a *legköltségesebb cikkcsoportot képezik*. Ennek bizonyítására a következőket említem:

a) A gyógyszeralapanyagok bevizsgálása, impleálása, felhasználása a gyógyszerkészítés során, jelentős veszteséggel jár. Nem véletlenül engedélyezték a gyógyszertári központokhoz tartozó gyógyszertáraknál a 6%-os káló érték felszámítását a forgalom után. Ennek figyelembevételével 100 Ft fogyasztói árú alapanyag forgalmazása csak 18,87 Ft árréstőmeget biztosít. A fogyasztói árra számított árrésből (24,87%) a 6%-os kálót levonva kapjuk a 18,87%-ot.

b) Ezen cikkcsoport tárolása jelentős értékű állványedényzetet igényel.

c) A gyógyszeralapanyagok „kötelező” készletezése gazdaságilag nagyon költséges. Ez szükséges, mert másképpen nem biztosítható a magisztrálisan felírt gyógyszer elkészítése. Ezen a naponkénti gyógyszerkiszállítások sem változtattak, sőt egyre több nagykereskedő előre csomagoltatja a gyógyszeralapanyagokat 3–5 féle kiszerelésben, így a legkisebb kiszerelés is sok esetben a kis gyógyszertárak több hónapos, akár éves szükségletét is meghaladja. A gyári készítmények esetében a készletek csak néhány napos, néhány hetes nagyságrendűek. A megnövekedett alapanyag készletek további állványedényzet beállítását teszik szükségessé, mely újabb költséget jelent a gyógyszertárnak. Egyes nagykereskedők még kimérési díjat is felszámolnak, sőt 1998-tól az alapanyagok árához számlázzák az ún. tapadó göngyöleg értékét is. Pl. 1 kg Magnesium sulfuricum esetében

az alapár	336 Ft,
a kimérési díj	20 Ft,
a tapadó göngyöleg	240 Ft,
összesen	596 Ft.

A Taxa szerint 100 g Magnesium sulfuricum fogyasztói ára 45 Ft! A göngyölegek visszarúzása nagyon bürokr-

ratikus, értékük átutalása a gyógyszer-nagykereskedők részéről akár több hónapig is eltarthat.

2. A *magisztrális gyógyszerkészítés* gazdaságilag a patikának a legráfizetésebb tevékenysége. Ennek bizonyítására a következő egyszerű számítást közlöm (a Füzes gyógyszertár receptúrai és bér adatait használva).

A *táblázat* 100 db magisztrális vény készítési díj *bevételei adatait* tartalmazza, díjosztályok szerinti bontásban.

Készítési díjosztályok	Érték Ft-ban	Előfordulások száma 100 magi vénynél	Összérték Ft-ban
II. Elegy 200 g-ig	40	10	400
III. Osztott por XX db	100	10	1000
IV. Hüvelygolyó, v. kúp X db	100	10	1000
VI. Emulzió, kenőcs orrcsepp... 100 g-ig	50	55	2750
IX. Szemcsepp 10 g-ig	120	15	1800

Eszerint a Füzes gyógyszertárban 100 magisztrális vény készítési díja tehát ~ 6950 Ft. Ehhez adódik a felhasznált alapanyagok árréstőmege. Ha vényenként 150 Ft fogyasztói értéket számítunk, 100 vénynél ez (100x150x18,9%) 2835 Ft-ot eredményez. A bevétel összesen 9785 Ft.

A 100 db magisztrális vény elkészítésénél a következő *kiadásokkal* számolhatunk:

a) Átlagosan 5 db ingyenes címkét használunk egy magisztrális készítmény jelölésére ~ 0,60 Ft-os egységárban. Tehát 100 db magisztrálisan elkészített vénynél ez ~ 300 Ft kiadást jelent.

b) Egy óra alatt ~ 4 db magisztrális vény készíthető el. Ebben a gyógyszerész ~ 30%-ban, az asszisztens ~ 70%-ban vesz részt. Így 100 vény elkészítéséhez ~ 25 munkaóra szükséges, ebből ~ 7 óra a gyógyszerész munkaideje, ~ 18 óra az asszisztensé.

– A gyógyszerész órábéré 450 Ft, a közterheivel ~ 650 Ft.

– Az asszisztens órábéré 250 Ft, a közterheivel ~ 360 Ft.

– 100 vény elkészítésénél tehát 11030 Ft a járulékokkal növelt bérköltség.

c) Ezekhez a kiadásokhoz adódik a készítésnél felhasznált energia, a tisztítószeres és más anyagok (pl. az aszeptikus gyógyszerkészítésnél használtak) ára, mely becslésem szerint vényenként ~ 5 Ft-ot tesz ki. Ez 100 vénynél ~ 500 Ft.

100 vény általam számított *közvetlen* elkészítési költsége 11 830 Ft, ami több, mint 2000 Ft veszteséget jelent. A vényenkénti veszteség az egyéb költségeket figyelmen kívül hagyva tehát min. 20 Ft.

A fenti számítások értéke gyógyszertáranként változik, de a kis- és közepes forgalmúknál az egyedi vényképzítés – a jelenlegi magi díjak mellett – pénzügyileg ráfizetéses tevékenység. A magisztrális gyógyszerkészítés csakis más cikksoportok kiadásából származó árréstőmeg révén tartható fenn.

Az utóbbi években elterjedtek a közforgalmú gyógyszerterákok azon típusai, ahol főleg a gyári készítmények kiadása történik. Elsősorban a rendelőintézetekben, kórházakban, bevásárló központokban engedélyezettékre gondolok, de legújabbban az önkiszolgáló rendszerűek is bővítik ezek sorát. Ezek a gyógyszertárak csak kis mértékben vesznek részt a magisztrális gyógyszerkészítésben. A magisztrális vények beváltása az esetek többségében a betegek lakóhelyéhez közeli gyógyszertárakban történik, így a veszteség is ezeket a gyógyszertárakat érinti elsősorban.

3. A gyógyszeres üveg beszerzését és a visszaváltást szeretném még megemlíteni, mint egy másik, pénzügyileg ráfizetéses tevékenységet. Az utóbbi időben a ráfizetés mértéke azáltal fokozódott, hogy

– a nagykereskedők csak eredeti gyűjtőcsomagot hajlandóak szállítani, így a gyógyszertárban felhalmozódott üvegekészletek többhónapos, akár éves szükséglet nagyságrendűek is lehetnek;

– egyre növekszik azon személyek száma, akik a szemétkerakó helyeken összegyűjtött gyógyszeres üvegeket beváltják. Ilyen esetekben az alapos tisztítást a szárítószekrényben történő sterilizálásnak kell követnie, ami jelentős költségnövekedést eredményez;

– a visszaváltott üvegek újraforgalmazását késlelteti, hogy a csavarkupakok beszerzése üvegek nélkül sokszor hosszú hónapokat vesz igénybe.

4. A gyógyszerkészítést sokszor megakadályozza az egyre gyakrabban előforduló *alapanyaghiány*. A többcsatornás gyógyszerellátás nem csökkentette a hiánycikkek számát, hanem épp ellenkezőleg, egyre inkább növekszik a tartósan nem beszerezhető listája. Amióta megszűntek a gyógyszertári központok gyógyszergazdálkodási osztályai, nincsen olyan szerv az országban, amelyet ez a kérdés foglalkoztatna. Így fordulhat elő, hogy egy még viszonylag gyakran felírt FoNo-s készítmény sem egységes módon készül el a gyógyszertárakban. A Susp. bism. sub-salicyl. pro infant. előíratában aromás alapoldatként szerepel a Dil. aromat., melynek elkészítése lehetetlen, mivel a Solutio aromatica hosszú idő óta országos hiánycikk. A szuszpenzió terápiás értékét az aromás alapoldat nem befolyásolja, de a készítmény organoleptikusan észlelhető

tulajdonságait igen, attól függően, hogy milyen megoldást alkalmazunk: kihagyjuk az aromás oldatot, vagy másikat használunk. Ilyen esetben szükséges a FoNo előíratának megfelelő módosítása pl. a Dil. aromat. helyett a Spir. anis. használata, hiszen az Aetherol. anis. régóta használatos a gyerekgyógyászatban, szemben a Tutti-frutti aromával.

Az alapanyag hiánycikkek száma valószínűleg a jövőben sem fog csökkenni, hiszen ezen cikksoport forgalmazása a nagykereskedők számára sem gazdaságos. Ezen felül a volt gyógyszertári központokból átalakult nagykereskedőkön kívül a galenusi laboratóriumok termékeit, közöttük a desztillált vizet, a steril szemészeti alapoldatot úgyszólván senki sem forgalmazza.

Merem remélni, hogy az illetékes szervek olyan intézkedéseket foganosítanak a közeljövőben, amelyek előírják, hogy gyógyszer-nagykereskedői tevékenységet csak az folytathat, aki a közforgalmú gyógyszertárak számára kötelezően előírt tevékenység biztosításához szükséges összes cikksoportot forgalmazza, (alapanyagokat, a galenusi laboratóriumok termékeit, címkéket, gyógyászati segédeszközöket stb.), nemcsak a gazdaságilag kifizetődőket.

5. A magisztrális gyógyszerkészítés sanyarú gazdasági feltételeivel szemben a gyógyszergyártóknak sikerül a készítményeik „árkarbantartása”. Ennek igazolására a következő példát említem. Az Oticur fülcsepp egy molekuláris oldat, így a biohasznosíthatóság szempontjából nem lehet különbség attól függően, hogy gyógyszergyárban vagy gyógyszertárban készül el. Az Oticur fogyasztói ára 1993-ban 60 Ft volt. A gyógyszertárban magisztrálisan készítve, úgy ~ 40 Ft-ot taxálhattak volna. A 20 Ft-os különbség azt jelentette, hogy a gyógyszergyárban a felszámítható munkadíj jóval nagyobb, mint a patikai készítési díj. A különbség 1998-ban még kihangsúlyozottabb, és eléri a ~ 180 Ft-ot. Az Oticur fogyasztói ára ugyanis már 281 Ft, míg magisztrálisan készítve csak ~ 103 Ft-ba kerülne.

Joggal tehető fel az a kérdés, hogy a magisztrális díjak esetében miért nem alkalmazzák az éves árkarbantartást? Hiszen az infláció és a költség növekedés egyformán hat az iparban, a nagykereskedelemben és a gyógyszertárban.

L. Nagy: *Remarks of a pharmacist of a large village in Hungary III.*

Füzes gyógyszertár, 5225 Füzesgyarmat, Kossuth u. 6.

Patikusmérleg a gyógyszerár-képzés rendjéről

Hankó Zoltán

Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvény 6. §-ának (1) bekezdése úgy fogalmaz, hogy „gyógyszer – a magisztrális és galenusi gyógyszer kivételével – csak akkor kerülhet forgalomba és akkor alkalmazható, ha a külön jogszabályban meghatározott hatóság a gyógyszerterzskönyvbe bejegyezte, forgalomba hozatalát engedélyezte. A termelői (import beszerzői) és a fogyasztói árat a Népjóléti Minisztérium a hivatalos lapjában közzéteszi.” Ennek az előírásnak a teljesítése, vagyis az, hogy a gyógyszer fogyasztói ára kihirdethető legyen, csak akkor lesz lehetséges, ha a gyógyszerek árképzésére vonatkozó, jelenleg hatályos egyéb jogszabályi rendelkezéseket felülvizsgálják és a szükséges módosításokat megteszik.

Mint ismeretes, az árak megállapításáról szóló 1990. évi LXXXVII. sz. törvény 7. §-ának (1) bekezdése szerint a törvény mellékletében felsorolt termékekre, illetve szolgáltatásokra az illetékes miniszter „legmagasabb árat” vagy „legalacsonyabb árat” állapít meg; a melléklet pedig a legmagasabb árhoz kötött szolgáltatások között nevesíti a „humán célú gyógyszerek kereskedelmi árrését.” Ez azt jelenti, hogy a gyógyszer termelői (és fogyasztói) ára az ún. szabadárak kategóriába került (és csupán a társadalombiztosítás „mint legnagyobb vevő” vállalja az áralkura), míg a kereskedelmi árrések kialakítása során a forgalmazó nagykereskedő és gyógyszerár a népjóléti miniszter által rögzített maximális értéktől alacsonyabbat is érvényesíthet. Ez a megfogalmazás a gazdaság- és pénzügypolitika akkori irányítóinak indokolása szerint a szociális piacgazdaság kiépítésének akkori szakaszában szükségszerű volt.

Ennek a törvényi rendelkezésnek az alapján került megalkotásra a gyógyszerek kereskedelmi árréséről szóló 22/1992 (VIII. 19.) NM. sz. rendelet, amelynek kétszer módosított és jelenleg hatályos szövege szerint a gyógyszer legmagasabb nagykereskedelmi árrését a termelői (import beszerzési) ár függvényében, a gyógyszer legmagasabb kiskereskedelmi árrését a nagykereskedelmi eladási ár függvényében, a rendeletben rögzített árrés-mértékek figyelembe vételével kell kialakítani. A maximált „kiskereskedelmi” eladási ár képzésének alapja tehát nem egy fix bázis, hanem a nagykereskedő és a gyógyszerár közötti áralkura folyamán kialakított nagykereskedelmi eladási ár. (Csupán zárójelben jegyzem meg, hogy a legmagasabb nagykereskedelmi árrés érvényesítésére az az engedéllyel rendelkező nagykereskedő jogosult, amely többek között a gyógyszert közvetlenül a gyógyszerárhoz, legalább hetenkénti gyakorisággal, megfelelő kiszámlázásban juttatja el és „folyamatosan gondoskodik a gyógyszerrel kapcsolatos szakmai és egyéb tájékoztatásról”. Ha a nagykereskedő ezen előírásoknak nem tesz eleget, a nagykereskedelmi árrés egy része megállapodás alapján a gyógyszerárt illeti.)

Időközben megalkotta az Országgyűlés az ún. gyógyszerári törvényt, amely azon megfontolásból, hogy el kell kerülni a személyi joggal rendelkező gyógyszerészek egymás közötti árversenyét (és az egységes gyógyszerárak iránti társadalmi igényből kiindulva) úgy rendelkezett, hogy a közfoglalmú gyógyszerár a gyógyszer fogyasztói árból az intézeti gyógyszerár nem rendelkező közvetlen betegellátást végző fekvő-

beteg gyógyintézet kivételével engedményt senkinek nem adhat. Némi zavart ugyan okozhat, hogy a leírtakat szó szerint értelmezve a korlátozás nem vonatkozik pl. a kézi gyógyszerárakra, amely viszont (a gyógyszerterv hatályba lépéséig) csak közfoglalmú gyógyszerártól és fogyasztói áron szerezheti be a gyógyszereit, de a nagyobb gondot az okozza, hogy az ártörvény és az árrés-rendelet értelmében a fogyasztói ár kialakítása gyógyszerárként, sőt akár a nagykereskedelmi kapcsolatok függvényében beszállításonként is különböző lehet.

Emiatt fogalmaz pl. a 11/1995. (II. 8.) Korm. rendelet, majd a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. sz. törvény végrehajtásáról rendelkező 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet úgy, hogy a társadalombiztosítási támogatás a „támogatás alapjául elfogadott”, ÁFA-val növelt árból képezett fogyasztói ár százalékában kerül megállapításra, ugyanis egységes fogyasztói ár nem határozható meg.

Tovább bonyolítja a helyzetet a társadalombiztosítási támogatás nélkül forgalmazott gyógyszerekről szóló 25/1997. (VIII. 22.) NM. sz. rendelet, amely szerint az újonnan forgalomba kerülő és nem támogatott gyógyszerek körét a népjóléti miniszter negyedévente közzéteszi, és ez a közlemény többek között tartalmazza „a forgalomba hozatali engedély jogosultja által meghatározott termelői (import beszerzői) és fogyasztói árat”. Ez a rendelkezés, függetlenül az eddig megjelent előírásoktól, egyrészt azt rögzíti, hogy ezen termékfogyasztói árának meghatározása a gyártó joga és ennek során sem a társadalombiztosítással, sem a népjóléti miniszterrel, sem a forgalmazókkal, sem pedig a betegek képviselőivel nem kell áralkut folytatnia (pedig a kórházak gyógyszerköltségeit ezen gyógyszerek ára is befolyásolja, és ez a kórházak költségvetésén keresztül a társadalombiztosítás kiadásait is érinti), másrészt nem utal arra, hogy a forgalomba hozatali engedély jogosultja az ármeghatározás során köteles az árrésrendelet előírásait figyelembe venni.

A gyógyszerterv fogyasztói árra vonatkozó, idézett megfogalmazása feltételezi, hogy a hatálya alá tartozó valamennyi gyógyszer fogyasztói ára központilag meghatározható és az ország valamennyi járóbeteg-ellátást végző gyógyszerárban azonos. A törekvés feltehetően a gyógyszerészek egyöntetű helyeslését váltja ki, és valószínű, hogy a betegek számára is kedvező. Ugyanakkor ismételtelen megfogalmazódhat olyan igény, akár a gazdaság- és pénzügypolitika különböző szintjein, akár a gyógyszerterv egyéb szereplőinek körében, hogy az egységes gyógyszerárak előírása helyett lehetővé kell tenni az árversenyt. A kérdés gyógyszertervnek megfelelő rendezése sürgető, ugyanis az egymástól eltérő jogszabályi rendelkezések idején harmonizációjának elmaradása magában hordozza annak lehetőségét, hogy az egységes fogyasztói árra vonatkozó törvényi előírás a gyógyszerári törvény 4 évvel ezelőtti előírásához hasonlóan érvényesíthetetlen lesz. Ehhez elsősorban az ártörvény és az árrés-rendelet előírásait kell felülbírálni, de a harmonizáció érdekében valamennyi jogszabályt elemezni kell.

Z. Hankó: *The “pharmacist’s balance” in formation of drug prices.*

HÍREK

A SZAKMAI ÉS A TUDOMÁNYOS ÉLET HÍREI

DR. SZIGETVÁRY FERENC (1926–1998)

Nagyon nehéz tudomásul venni, hogy kollégánk, barátunk már nem él közöttünk. Halálával ismét a gyógyszerész társadalom sokat próbált, nagy egyénisége távozott sorainkból...

Közismert személyét, gazdag életútját, emberi és szakmai-társadalmi szerepét a teljesség igényével – még vázlat-szerűen sem – idézhetem. Történelmi tudományos életművét e téren tudós munkatársai ismertetik.

Róla, mint Vas megyei gyógyszerészről szeretnék emlékezni.

Aktív katonai frontszolgálat és a világháborút követő nehéz évek után 1951-ben szerezte gyógyszerészi oklevelét a Budapesti Orvostudományi Egyetemen.

A hivatástudatot édesapjától *Szigetváry Zoltántól* örökölhette, akinek szombathelyi gyógyszerésztárában töltötte gyakornoki éveit is. (Hivatása szinte „családi” vonás, kiterjedt rokonságában több gyógyszerészt ismertünk, ismerünk.) Ezt követően gyógyszerésztárvezető Szombathelyen, majd 1961-től a Vas Megyei Tanács Gyógyszerügyi Központjánál gyógyszer-gazdálkodási szakelőadó.

Munkája során, a gyógyszerésztárakat látogatva alkalmá volt a régi gyógyszerészi relikviákat (technológiai eszközöktől a bútorokig) lajstromba venni, restaurálni. Nevéhez kötődik műemlék jellegű patikáink nyilvántartásba vételének szorgalmazása.

Évek-évtizedek – alatt az összegyűlt leletanyag, dokumentumok birtokában munkatársai segítségével létrehozta a Kőszegi Patikamúzeumot és könyvtárat, melynek az 1979-ben történt megnyitásától kezdve igazgatója volt.

A szorosán vett aktív „tára melletti”, vagy azt segítő gyógyszerészi munkája mellett kiemelkedő tevékenysége volt a hálózatfejlesztés *dr. Küttel Dezsővel* együtt. Régi patikák felújítása, új létesítmények tervezése a laboratóriumtól az officináig. (Szakértelmére jellemző, hogy több új gyógyszerésztár kialakításához is kérték a vállalkozó gyógyszerészek az ő segítségét.) E téren is jelentek meg publikációi, a témát oktatta is.

Ezt követően hűen a gyakorló és szervező gyógyszerészi múltjához, 1994–1997-ig a Pharmaco Rt. főgyógyszerész helyettesi munkakörét látja el Vas megyében.

Szakmai-társadalmi tevékenysége:

– Ügyszólván fennállása óta vezető-ségi tagja a MGYT Vas megyei Szervezetének.

– Mint az MGYT Gyógyszerésztörténelmi Szakosztályának több cikluson keresztül választott elnöke, tagja Társaságunk országos vezetőségének.

– Az MGYK alapító tagja, a megyei szervezet Etikai Bizottságának elnöke.

Talán ide kívánkozik: hagyományaink alapos ismerete, kifinomult ízlése, MGYK tisztsége révén ő bírálta felül és javasolta engedélyezésre országosan az új gyógyszerárneveket.

Emberi és hivatástudattól mélyen áthatott természetéből, sokoldalú műveltségéből fakadóan szerettett és bölcs partnere volt minden kollégának. Diplomáciai érzéke példamutató a mai, sorsokat újraformáló években. Karizmatikus egyénisége, empátiája sokszor segített kollégáink problémáinak megoldásában. Ifjúsága óta – a tiltott években is – őrizte a cserkész szellemet: „Légy emberebb ember és magyarabb magyar” (Sík Sándor). Élmény és tanulságot adó volt vele minden együttlét.

Dr. Szigetváry Ferenc gyógyszerészi pályafutása, tudományos tevékenysége, a hivatás sorsa iránti figyelme haláláig folytatódott. Egy életmű – vallom – sohasem igazán befejezett, mégis kedves Feri enged meg az alábbi, – Rád igazán jellemző – sorokat: „A jó harcot végigharcoltam, a pályafutást bevégeztem, a hitet megtartottam.” (2. Tim 4, 7)

Emléked őrizve búcsúzunk Tőled!

Dr. Pelle Pál

A temetésen *dr. Grabarits István* a Gyógyszerésztörténelmi Szakosztály elnöke az alábbi búcsúbeszéddel köszönt el *dr. Szigetváry Ferenc*től.

Búcsú Szigetváry Ferenctől

Fájdalmas gyár érte a magyar gyógyszerészetet. *Szigetváry Feri* is elment a minden előke útján. Jeremiás próféta szavaival mondva: „Oda van a mi szívünk öröme” (Jer. Sir. 5:15). Betegségét ismerve, messzi hónapok óta tudtuk, hogy leselkedik ez a vég, de vele együtt hosszabb kegyelmi időt reméltünk. A gyász napjaiban lehetetlen számba venni életének történetét, munkásságát. Ő maga hártana el minden dicsőítést.

A végső főhajtáskor emlékünkből él egy ember, egy különleges gyógyszerészi

életmű. Szerteágazó munkásságának adatait a szakirodalom őrzi, és amíg az íráskor fennmaradnak, addig nemzedékről nemzedékre ismert lesz, hogy élt itt egy ember, aki úgy szerette gyógyszerészi hivatását, hogy minden idejét mesteriségének szentelte, és maradandót alkotott. Ember- és pályaszeretete különösen abban nyilvánult meg, hogy megbecsülte, gyűjtötte, restaurálta és kutatta az egykoron élt pályatársak alkotásait, vállalta azok eszközeit, életét és tudományát. A gyógyszerészet történetében egykoron használt tárgyak, bútorok, technikai eljárások tekintetében nemcsak képzett volt, hanem őstehetséggel rendelkezett. Így vált ő a magyar gyógyszerészi múzeológia legnagyobbjává. Múzeológiai tevékenységének legnagyobb eredménye a Kőszegi Patikamúzeum gyűjteményeinek és kiállításainak létrehozása volt, amelyek világvízióval kiemelkedő létesítmények. Nem volt és nincs az országban olyan gyógyszerésztörténelmi kiállítás vagy múzeum, amely ne hordaná magán az ő keze nyomát. A gyógyszerészek és patikák történetét hasonló odaadással és ismeretekkel kutatta.

Nemcsak dolgos kezű kutató volt *Szigetváry Ferenc*, hanem iskolateremtő és szervező is. Negyedszázadon át vezette a Gyógyszerésztörténelmi Szakosztályt, fórumot teremtve az ismeretek terjesztésének és múltunk megbecsülésének. A Magyar Orvostörténelmi Társaságnak is tisztségviselője volt. Munkásságát határainkon túl is ismerték, számos nemzetközi kongresszuson tartott előadást. A Nemzetközi Gyógyszerésztörténelmi Társaság magyar tagozatának elnöke 1981 óta.

Amikor megdöbbenve itt állunk korporsója előtt, és elsiratjuk halottunkat, mindnyájunk szívében az élő *Szigetváry Ferenc* jelenik meg. Ki-ki a maga röviddebb vagy több évtizedes ismeretségének képét hordozza róla. Hosszan sorolhatnánk életének nehéz és keserves küzdelmeit a világháború borzalmaitól kezdve, szeretteinek elvesztésén át egészen halálos betegségéig. De nem ez a kép jelenik meg róla, ha emlékünkből idézzük. Soha nem a nehézségeiről panaszkodott, hanem azok elviselésére mutatott példát. „Múltamban nagyon sok öröm volt” hirdette egy vele készült beszélgetésben. Példamutató volt emberségében és tisztességében. Csüggedést és megalkuvást nem ismert, különösen nem, ha az elnyomó rezsimnek elleni vé-

lekedésére emlékezünk. Csüggedésben vagy vigasz nélkül nem hagyott senkit. Jó kedélyű ember volt. Anekdotái és történetei felejthetetlenek míg élünk. Régóta megfigyelhető határainkon belül és messzi azon túl, hogy ha nevét említjük, akkor az, aki csak egyszer is találkozott vele, derűs jókedvvel emlékezik rá.

Így él Feri a mi szívünkben, szegényeb-

bek maradtunk eltávozásával. A végtesztesség órájában búcsúzzunk a gyógyszerésztársadalom nevében; a Magyar Gyógyszerészeti Társaság, a Magyar Orvostörténelmi Társaság, a Magyar Gyógyszerész Kamara, a Nemzetközi Gyógyszerésztörténelmi Társaság és kiváltképpen a vas megyei gyógyszerészek és a Gyógyszerésztörténelmi Szakosztály nevében.

Búcsúszavunkat is tőle kölcsönözzük. Nagy betegségben így köszönt el a látogatótól: „örülök, hogy láthattál”. Feri! Örülünk, hogy ismerhettünk! Örülünk, hogy az Isten téged adott nekünk!
„Atyámfiáiért és barátaimért hadd mondhassam: béke veled!” (Zsolt. 122.8.)

Dr. Grabarits István

PROF. DR. EMER. SZABÓ JÁNOS (1926–1998)

Elhunyt dr. Szabó János nyugalmazott egyetemi tanár, a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem emeritus professzora, a Gyógyszerkémiai Intézet köztitizetletben álló oktatója.

Szabó János 1926. január 18-án született Szegeden. Egyetemi tanulmányait is itt végezte 1947 és 1951 között; a Szegedi Tudományegyetemen szerzett vegyész oklevelet. 1952 óta dolgozott az Egyetem Gyógyszerészi Vegytani Intézetében. Az egyetemi doktori fokozatot 1960-ban, a kémiai tudomány kandidátusa tudományos minősítést 1970-ben, a tudomány doktora fokozatot 1989-ben szerezte meg. 1990-ben nevezték ki egyetemi tanárrá.

Oktatói és kutatói pályafutása töretlen és egyenes ívű volt: egész pályáját

egyetlen intézetben töltötte. A tudományos kutatásba mestere, *Vinkler Elemér* vezette be, akitől a preparatív szerves kémia szépségeit és hasznosságát sajátította el. Fő kutatási területe egy nagyon érdekes és farmakológiai szempontból kiemelten fontos vegyületsopórt, a benzotiazinok- és a benzotiazinokkal kondenzált 3, 4 és 5 gyűrűs kén- és nitrogéntartalmú heterociklusok szintézise, reakciómechanizmusa és konformáció analízise volt. 90 közleménye jelent meg, hazai és külföldi szaklapokban, nagyrészt angol nyelven.

Zárkózott, nehezen barátkozó ember volt, de hallgatói és fiatal munkatársai mégis nagyon tisztelték és szerették, mert szívesen és örömmel tanított, szigorú és igényes oktató volt.

A kutató munka életeleme volt. Bár 1995-ben nyugdíjba vonult, ez az esemény életében nem hozott döntő változást, mert változatlanul bejárta az intézetbe, töretlen munkakedvvel dolgozott tovább.

Hitvallása a következetesség, a lelkiismeretes munka és a bölcs mértéktartás volt. Tanácsai, csendesen, de határozott hangon megfogalmazott kritikái észrevételei nagyon fognak hiányozni közvetlen munkatársainak és az egész gyógyszerésztudományi karnak egyaránt.

Emlékét kegyelettel megőrizzük!

A SZOTE Gyógyszerésztudományi Kar oktatói és dolgozói nevében:

dr. Erős István

1948 EMLÉKEZETE

„A márciusi forradalom és szabadságharc emlékezete a magyar orvos- és gyógyszerész társadalomban” címmel a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Gyógyszerésztörténelmi Szakosztálya a Magyar Orvostörténelmi Társasággal közös ünnepi előadótűlést rendezett 1998. május 3-án az 1848–49-es forradalom és szabadságharc 150. évfordulójára. Az ünnepi előadótűlés az 1. Magyar Gyógyszerész Napok keretében került megrendezésre a Liget Kongresszusi Központban.

Az előadótűlést az alkalomhoz illő rézfűvós zene vezette be. A mintegy egyórás, klasszikus magyar zeneművekből összeállított műsort a híres Kalocsai Helyőrségi Zenekar szolgáltatta. Az előadótűlést *prof. dr. Karasszon Dénes*, a Magyar Orvostörténelmi Társaság elnöke, és *prof. dr. Vincze Zoltán* a Magyar Gyógyszerészeti Társaság elnöke vezette. A következő előadások hangzottak el:

1. *Dr. Bona Gábor* (honvéd ezredes, a Hadtörténelmi Intézet igazgatója): Hon-

védorvosok és orvoshonvédek a szabadságharcban.

2. *Prof. dr. Karasszon Dénes* (MOT elnök): Zlamál Vilmos és a szabadságharc.

3. *Dr. Szállási Árpád* (főorvos): Flór Ferenc és a Kossuth kormány.

4. *Dr. Honti József* (MOT főtitkár): Arányi Lajos és a 48-as szabadságharc.

5. *Dr. Kapronczay Károly* (történész, Semmelweis Orvostörténelmi Könyvtár főigazgató): Az ország egészségügyi szervezetének kérdései 1848 tavaszán.

6. *Dr. Grabarits István* (Gyógyszerésztörténelmi Szakosztály elnök): Gyógyszerészeti reformtörekvések 1848-ban.

7. *Prof. dr. Kedvessy György* (MGYT tb. elnök): Az 1948-as Centenárius Gyógyszerész Hét emlékezete.

A megemlékezéshez tartozott a háromnapos rendezvényen látható „150 éves a magyar nyelvű gyógyszerészeti szaksajtó” című kiállítás, amely az 1848-ban megindított Gyógyszerészi Hírlap évfordulóján mutatta be az azóta megje-

lent sajtótermékeinket. Mintegy nyolcven szaklap és évkönyv egy-egy lapjának bemutatásával először tárult a nagyközönség elé a hazai gyógyszerészeti periodikák majdnem teljes anyaga.

Az előadótűlést követően a résztvevők a budavári Arany Sas Patikamúzeum (I. ker. Tárnok u. 18.) falán megkoszorúzták az 1848/49-es szabadságharcban részt vett gyógyszerészek emléktábláját. A koszorúzási beszédet *prof. dr. Vincze Zoltán* MGYT elnök tartotta. Röviden megemlékezett a márványtáblán szereplő 17 gyógyszerész életútjáról. Az emlékezés méltóságát emelte, hogy a koszorúzási ünnepségen szintén közreműködött a Kalocsai Helyőrségi Zenekar a Himnusz és a Szózat előadásával.

Az ünnepséget követően a zenekar – a résztvevők kíséretében – menetoszlopban a közeli Mátyás templom melletti térre vonult és ott látványos műsort adott az ünneplők és az oda sereglett turisták nagy örömeire.

Dr. Grabarits István

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG ORSZÁGOS VEZETŐSÉGI ÉS ELNÖKSÉGI ÜLÉSE
1998. MÁJUS 19., BUDAPEST

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság országos vezetősége 1998. május 19-én 11 órai kezdettel tartotta meg első félévi ülését Budapesten, *prof. dr. Vincze Zoltán* elnök vezetésével.

Az elnöki köszöntő után az országos vezetőség egy perces néma felállással adózott a közelmúltban elhunyt kollégáink emlékének, tisztelve *dr. Szigetváry Ferenc*, *dr. Erdei Tibor* és *A. Bedat* (a FIP volt elnöke) életműve előtt.

Ezután az elnök gratulált *dr. Lipták József* főtitkárnak országos tisztifőgyógyszerésszé történt kinevezéséhez, valamint a március 15-e alkalmából kitüntetett gyógyszerész kollégáknak.

Megemlékezett a szegedi Gyógyszerésztudományi Kar 40 éves fennállásának tiszteletére megrendezett ünnepségről és az ott kiüntetettekről.

Szakmapolitikánk sikereként értékelte az elnök, hogy a Magyar Tudományos Akadémián megalakulhat az Orvosi Tudományok Osztályának és a Kémiai Tudományok Osztályának közös Gyógyszerész Bizottsága, és hogy *dr. Noszál Béla* tanszékvezető egyetemi tanárt akadémiai közgyűlési képviselővé választották.

A jövőben az MGYT mindenkori elnöke tagja a Népjóléti Minisztérium Egészségügyi Tudományos Tanácsának.

Megalakul a régóta szorgalmazott Gyógyszerész Szakmai Kollégium is, melynek titkárát az MGYT adja.

Elkészült Társaságunk szakmai továbbképzési munkaterve.

Első félévi rendezvényeink jól sikerültek. Ebben az évben öröndetes aktivitást lehetett tapasztalni a rendezvény-szervezésben. Szinte valamennyi szakosztály, szervezet rendez egy vagy több rendezvényt. Örömmel szolt az elnök helyi szervezeteink új kiadványairól is (pl. Hajdú-Bihari Gyógyszerész).

Ismertette az elnök, hogy ettől az évtől kezdődően, a három gyógyszerész szervezet: az MGYT, a MOSZ és az MGYK közös rendezvényeként kerül megrendezésre októberben a Gyógyszerész Országos Kongresszusa. Ezen kongresszus keretében rendez meg Társaságunk az ezévből esedékes rendes küldöttközgyűlést.

Jövőre Congressus Pharmaceuticus Hungaricus XI. megrendezésével köszöntjük az MGYT 75 éves fennállását. A kongresszus elnöke: *dr. Vincze Zoltán*, főtitkára *dr. Lipták József*, Szervező Bizottságának elnöke: *dr. Küttel Sándor*, Tudományos Bizottságának új elnöke: *dr. Takácsné dr. Novák Krisztina* lesz.

Társaságunk résztvesz – szintén a

másik két gyógyszerész szervezettel együtt – a Gyógyszerész Almanach szerkesztésében.

Az elnöki megnyitót követően *dr. Lipták József* főtitkár beszámolóját hallgatta meg az országos vezetőség. (A főtitkári beszámoló lapunk más helyén olvasható).

Következő napirendi pontként beszámolók hangzottak el az első félévi rendezvényekről.

A hozzászólók a Társaság által kidolgozott szakmai továbbképzési tervvel kapcsolatban tettek fel kérdéseket. Ezért olyan döntés született, hogy a továbbképzési munkatervet a közeljövőben a szaklapban megjelentetjük.

Az országos vezetőségi ülést a Pharmarex Fejlesztő és Kereskedelmi Kft. bemutatkozása zárta, akik büfét is adtak az ülés résztvevőinek.

Az országos vezetőségi ülést megelőzően tartotta meg az MGYT elnökség ezévi második elnökségi ülését. Ennek napirendje keretében megtárgyalták az aktuális ügyeket, előkészítették az országos vezetőségi ülést, s meghatározták az őszi küldöttközgyűlés helyét és időpontját.

Konrádné Abay-Nemes Éva
jegyző

40 ÉVES A SZOTE GYÓGYSZERÉSZTUDOMÁNYI KARA

Szegeden 1921 óta van gyógyszerészképzés, viszont a Gyógyszerésztudományi Kar csak 1957-ben alakult meg. Városunkban eddig 4530 gyógyszerész – közöttük közel 300 külföldi – végzett és 480 kollégánk szerzett doktori címet. Az ebből az alkalomból szervezett jubileumi ünnepség gazdag programjára 1998. május 6-án került sor

A vendégek ragyogó napsütésben érkeztek a Széchenyi téren lévő Polgármesteri Hivatalba, ahol a díszteremben – a Himnusz hangjai után – *dr. Dobozy Attila* tanszékvezető egyetemi tanár, a SZOTE rektora nyitotta meg ünnepséget – az Egyetemi Tanács rendkívüli ülését – és köszöntötte a vendégeket. Az elnökségben – a rektoron kívül – helyet foglalt *dr. Erős István* tanszékvezető egyetemi tanár, a Gyógyszerésztudományi Kar dékánja, *dr. Mészáros Tamás* professzor, az ÁOK dékánja, *dr. Boda Márta*, a Főiskolai Kar főigazgatója, *Kerekesné dr. Nemes Mária* az NM főosztályvezetője, *dr. Csontos András* az MKM képviselője és *dr. Szalay István* Szeged város polgármestere.

Rövid és érdemi megnyitójában a rektor emlékezett a szegedi gyógyszerészképzés kezdeteire és a Kar 40 évvel ezelőtti, 1957 végén történt megalapítására.

Ünnepi beszédében *dr. Erős István* dékán – miután ő is megemlékezett a Kar alapításáról – elemezte a jelenlegi helyzetet: a Kar öt intézetében most 50 oktató dolgozik és 58 munkatárs segíti munkájukat. Kitért a hallgatók létszámára, a végzett gyógyszerészek és gyógyszerészek, illetve egyetemi doktorok adataira. Érdemben méltatta a Kar első dékánjai – *Dirner* és *Novák* professzorok – tevékenységét. Kiemelte a fakultás fejlődésének fő szakaszait, majd részletesen értékelte a Kar öt intézetének aktivitását. Ez az összegzés valóban hiteles és méltó volt Karunk történetéhez.

Ezután *dr. Szalay István* polgármester emelkedett szólásra és mint egykori TTK-s egyetemi oktató, aki kitűnően ismeri helyzetünket, méltatta a Kar tevékenységét és a rektornak, illetve a dékánnak átadta a 750 éves Szeged város Emlékérmét.

Erős dékán előterjesztésére az Egyetemi Tanács Szent-Györgyi Albert Emlékéremmel ismerte el *dr. Kedvessy György*, *dr. Minker Emil* és *dr. Selmeczi Béla* emeritus professzor, egykori dékánok, valamint *dr. Szendrei Kálmán* emeritus professzor, illetve *Gellértné Kovács Ilona* volt dékáni hivatalvezető kiemelkedő munkásságát. A kitérteket a rektor adta át.

Ezt követően a vendégek a Royal Étteremben szervezett ebéden vettek részt.

A jubileumi ünnepség délutáni tudományos programjában négy előadás hangzott el. Elsőként *dr. Görög Sándor* akadémikus tartott nagy érdeklődéssel kísért prezentációt, amelynek címe a *Gyógyszerészet, kémia, analitikai kémia* volt. A második előadó *dr. Paál Tamás* egyetemi tanár, az OGYI főigazgatójaként színes és őszinte előadásban mutatta be „A gyógyszerészet helyzetét”-t. Harmadikként *dr. Szendrei Kálmán* „A kezdetek és a jövő – egy szubjektív predikáció” címmel ismertette egy páratlanul sikeres életút főbb állomásait és a jövő kilátásait. Végül *Mike László* államvizsgás gyógyszerészművelődési, az ideai TDK Konferencia első helyezettjének előadása hangzott el. Az Oktatási Központ Dóm téri, zsúfolásig telt épületében bemutatott előadásokon gyógyszerészek, orvosok, a JATE oktatói és – nagy számban! – gyógyszerészhallgatók vettek részt; a rendezvényről mindannyian a legnagyobb elismeréssel voltak.

A SZOTE Gyógyszerésztudományi Kar 40 éves, sokáig emlékezetes jubileumi ünnepségének tudományos programját *prof. dr. Erős István* dékán, elnök zárta be. A rendezvényt fogadás követte.

Dr. Kata Mihály

XXVIII. GYÓGYSZERANALITIKAI TOVÁBBKÉPZŐ KOLLOKVIUM, ZALAEGERSZEG
A SCHULEK ELEMÉR EMLÉKÉREM KITÜNTETETTJE LÁSZTITY ALEXANDRA

Idén Zalaegerszeg adott otthont április 14–16. között a tudományos összejövetelnek. A rendezvény a POTE Főiskolai Kar Zalaegerszegi Tagozat landorhegyi épületében volt. A kollokviumot a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Gyógyszeranalitikai Szakosztálya, az MTA Szerves- és Gyógyszeranalitikai Munkabizottsága, a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Zala megyei Szervezete, valamint az ÁNTSZ Zala Megyei Intézete szervezte. Az összejövetelen mintegy százötvenen vettek részt.

A rendezvényt Paál Tamás professzor, az OGYI főigazgatója, a Gyógyszeranalitikai Szakosztály elnöke nyitotta meg, majd Varga László a Zala Megyei Önkormányzat közgyűlésének elnöke és Papp Elemér megyei tisztifőorvos, a vendéglátók, a város és a megye nevében mondták el alkalmi gondolataikat a résztvevőknek. Végezetül Noszál Béla a Magyar Tudományos Akadémia Szerves és Gyógyszeranalitikai Munkabizottságának elnöke üdvözölte a kollokviumot és vett részt az első nap munkájában. Mindenek előtt gratulált Paál Tamás szakosztály elnök professzornak, hogy március 15-e alkalmából elismerésként a Magyar Köztársasági Érdemrend polgári fokozatú Tisztí Keresztjével tüntették ki.

Ezen ünnepi megnyitó keretében került sor a Schulek Elemér Emlékérem átadására, amit idén dr. Lásztity Alexandra gyógyszerész az ELTE Szervetlen és Analitikai Kémiai Tanszék munkatársa nyert el. A kitüntetett tudományos pályáját Noszál Béla professzor ismertette.

Dr. Lásztity Alexandra tudományos életrajza

Gyógyszerészi diplomát 1959-ben, a Budapesti Orvostudományi Egyetemen szerzett. Két év gyógyszerári munka után, 1961-ben került az Eötvös Loránd Tudományegyetem Szervetlen és Analitikai Kémiai Tanszékére, ahol Schulek Elemér mellett, 1963-ban szerezte meg doktori fokozatát „Fémzennyezések kimutatása gyógyszerekben karboxicellulózson” témakörben. E munka eredményei a VI. Magyar Gyógyszerkönyvbe is bekerültek.

1971-ben, Alimarin professzorral folytatott, a kobalt, nikkelt és réz megköttése és elválasztása témájú kutatásai eredményeként elnyerte a kémiai tudomány kandidátusa fokozatot.

1986. és 1993. között, összesen 3 évet dolgozott az Egyesült Államokban, a Massachusetts-i Egyetemen, Raymond Barnes professzorral biológiai minták atomspektrometriás jellemzésén, ólom, arzén és egyéb, toxikológiai, környezeti vagy gyógyászati szempontból lényeges komponensek indukált csatolású plazmatömegspektrometriás meghatározásán.



1991-ben Rómában, az ottani Országos Közegészségügyi Intézetben, az Instituto Superiore di Sanitán, Sergio Caroli professzorral dolgozott Cr(III) és Cr(VI) környezeti és tengervíz mintákból való meghatározásán.

1961. és 1998. közötti oktatómunkájának eredményeképpen mintegy 3000 Budapesten végzett gyógyszerész és több száz vegyész végzettségű szakember köszönheti analitikai, általános és szervetlen kémiai ismereteit jelentős részben dr. Lásztity Alexandrának, akiről kollégái körében köztudott, hogy előadói, gyakorlatvezetői, vizsgáztató tevékenységét a legnagyobb fokú hivatástudattal és a kivételesen magas empátiás érzék jellemzi.

A doktorandusaival jelenleg folytatott kutatómunkája középpontjában a gyógyszeranyagokból, biológiai és környezeti mintákból történő érzékeny és szelektív palládium és platina-meghatározás áll, atomspektroszkópiás módszerekkel.

Az emléklapoktat Paál Tamás professzor, a szakosztály elnöke nyújtotta át a kitüntetettnek.

A háromnapos kollokvium első napján súllyal az atomspektrometriás módszerekről, az atomszorbpcióis vizsgálatokról, gyógyszer és biológiai anyagok, környezetünk fémzennyezésének kimutatásáról, meghatározásának lehetőségéről volt szó. Ennek keretében tartotta meg a Schulek díjjal kitüntetett Lásztity Alexandra bevezető előadását.

A második nap délelőttiének előadásai az inzulin kapcsolatos újabb eredményekről számoltak be, tekintettel arra, hogy „75 éves” már az inzulin (Banting, Best és Macleod 1921-ben nyerte ki a hatásos hasnyálmirigy kivonatot Torontóban). Az előadások az inzulin minőségvizsgálata, a klinikai alkalmazás, a cukorbetegség gyógyszeres terápiája témakört fogták át.

A harmadik nap délelőtti az antiepileptikumokkal foglalkozó díjazott Rozsnyay Máttyás Emlékverseny előadás kivételével a parenterális terápiával, a készit-

ményekkel és minőségük ellenőrzésével, a kapcsolatos problémákkal foglalkozott. Ennek keretében került sor Paál Tamás professzor koordinálásával a kerekasztal megbeszélésre, vitára.

A témában érintettek (mind a gyártás, mind a felhasználás, mind az ellenőrzés területéről) hozzászólásaikban a kórházi gyógyszerári körülmények között készülő ill. a betegágy mellett közvetlenül elkészített infúziók, keverék infúziók és parenterális tápláló oldatok előállításának, ellenőrzésének nehézségeit taglalták.

Szó volt az alapanyag megfelelő minőségben való beszerzésének nehézségeitől kezdve a gyári specialitások felhasználásával fellépő jogi felelősség tisztázásán át, a szigorú ellenőrzéssel telepített készülékeken keresztül sok olyan problémáról, mellyel nap mint nap szembetalálja magát a gyakorló gyógyszerész, aki kórházi gyógyszerárban ezen a területen dolgozik. A jövő útja természetesen a szigorúan kontrollált gyártás és ellenőrzés, de a kórházak napi infúzió ill. tápláló oldat igényét részben jelenleg a kórházi gyógyszerár készíti és szolgáltatja, és napi feladat az itt folyó munka megkönnyítése.

A kollokvium munkájában részt vettek még mint üléselelnökök Takács Mihály professzor, Falkay György professzor és Ladányi László osztályvezető (EGIS).

Elhangzott előadások

Lásztity Alexandra (ELTE): Atomspektrometriás módszerek és helyük a gyógyszer- és biológiai anyagok analízisében;

Füri Rajmondné (Biogal Rt.): Ph. Eur. szerinti atomszorbpcióis vizsgálatok gyógyszersegédanyagokban és hatóanyagokban;

Posta József (KLTE): „On line” krómspeciációs módszerek kidolgozása és alkalmazásuk a gyógyszer- és környezetanalitikában;

Ballók Istvánné, dr. Bartha András, Horváth Róbert (MÁFI): Béres Rt. termékeinek vizsgálata JY70 ICP AES készülékkel;

Gasztonyi Balázs (EGIS Gyógyszergyár Rt.): Nemesfém katalizátor-nyomok atomszorbpcióis meghatározása gyógyszerhatóanyagokban;

Iványi Tibor (Lilly Hungária Kft.): A sertésinzulintól a humán inzulinig;

Szepesi Gábor (Pannonpharma Kft., Pécs): Az inzulin minősége és az ellenőrző módszerek fejlődése a gyógyszerkönyvi analitikában;

Falkay György (SZOTE): A diabetes mellitus klinikai analitikája;

Blaskovics Aladár, Gampe László, Borvendég János (Országos Gyógyszerészeti Intézet): Állati eredetű inzulin készítmények tisztaságának vizsgálata gélelektroforézissel;

Simon Attila, Hajdú Félix, Farkas Gyula, Major Andrea, Kálmánné Máthé Irma, Vitányiné Morvai Magdolna (Chinoin Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.): A buformin stressz-stabilitás vizsgálata a hatósági elvárások tükrében;

Takács József (Dél-Pesti Kórház): Cukorbetegség önellenőrzése vérglükózmérő célfotométerekkel;

Gál Adél (Tavirózsa Patika, Hévíz): Antiepileptikumok mérése (A XXXII. Rozsnyay Emlékversenyen, 1997-ben Szombathelyen a legjobb analitikai módszert bemutató előadónak felajánlott különdíjat elnyert előadás);

Pethő Gábor (Human Rt.): Parenterális oldatok analitikája a Humán Gyógyszergyárban;

Szabóné Schirm Szilvia, Sántáné Koszó Erzsébet (POTE): Parenterális tápoldatok stabilitásának és kompatibilitásának problémái;

Takács Gézáne (Békéscsabai Kórház): Parenterális készítmények vizsgálata kórházi gyógyszerteráiban.

A tudományos munka mintegy egészségítő programjai a második nap délutáni társas összejövetel, ahol az érintett területek szakképviselői a hagyományos kiránduláson találkozhatnak, és a társas vacsorák. Így került sor az első este a fogadásnak is beillő társas vacsorára, valamint a másnap az Őrségbe vezető jól sikerült autóbusz kirándulásra, ami a „csögei Sárkány Bio-Panzió”-ban fogyasztott hangulatos vacsorával zárult.

A vendéglátók körütekintő, gondos munkája nagyban hozzájárult a rendezvény sikeréhez. Mindnyájan tapasztalhattuk a Zala megyei rendező kollégák kedvességét, vendégszeretetét. Ezen szervező, koordináló munkában meghatározó szerepet vitt *dr. Nagy Lajos*

gyógyszerész, kandidátus, az ÁNTSZ Zala megyei tisztii főgyógyszerésze; köszönet ezert mindnyájuknak.

Ezen tudományos kollokvium megrendezéséhez, a munka feltételeinek biztosításához nagyban hozzájárultak a rendezvény támogatói, amit mindnyájan köszönünk és elismerünk.

A rendezvény támogatói

Biogal Gyógyszergyár – EGIS Gyógyszergyár Rt. – Hewlett-Packard Magyarország – ICN Alkaloida Rt. – K & B Medi-Galen Kft. – Lilly Hungaria – Perkin-Elmer Hungaria – Pharmavit Rt. – Richter Gedeon Rt. – Westpharma Rt. – Simkon Kft. – Glaxo Wellcome Kft.

Dr. Brantner Antal

XXXIII. ROZSNYAY MÁTYÁS EMLÉKVERSENY KECSKEMÉT, 1998. MÁJUS 13–16.

A sorrendben XXXIII. Rozsnyay Mátyás Emlékversenyt tavaly elnyert pályázata alapján a Magángyógyszerészek Országos Szövetsége és az MGYT Bács-Kiskun Megyei Szervezete közösen rendezte a Rozsnyay Mátyás Alapítvány és a Pharma Tours Kft. közreműködésével Kecskeméten, az Aranyhomok Szállóban május 13–16. között. Az emléktverseny rendező bizottságának elnöke *dr. Kraszkó Károly* MGYT alelnök a helyi szervezet elnöke, ügyvezető elnöke *dr. Weltler János* a Rozsnyay Mátyás Kuratórium intéző bizottságának elnöke, titkára *dr. Mikola Bálint* a MOSZ elnöke volt.

Az emléktverseny színvonalát a sokas és hagyományos kereteken kívül satellite rendezvényekkel is emelték a szervezők. Az emléktverseny megnyitóját megelőzően került sor a Rozsnyay Alapítvány kuratóriumi ülésére és közgyűlésére, melyen az elnökség és a felügyelő bizottság beszámolt az előző évi munkáról, az alapítvány pénzügyi helyzetéről és a megváltozott támogatási rendszer fogadtatásáról. Úgyszintén a megnyitót megelőzően került sor az MGYT Bács-Kiskun Megyei Szervezete előadóülésére, valamint a NOVODATA Rt. számítógépes rendszerének konzultációval egybekötött bemutatására.

Az emléktverseny ünnepélyes megnyitójára május 13-án délután a Technika Házának dísztermében került sor, ahol *dr. Kraszkó Károly* és *dr. Mikola Bálint* házigazdák bevezető mondatait és a kecskeméti Kodály Zoltán Zeneiskola tanáraiból alakult kamarazenekar hangulatos műsorát követően köszöntötte a megjelenteket *dr. Ferenczy István* a Bács-Kiskun Megyei Közgyűlés főjegyzője, *dr. Molnár Ilona* országos tisztifőorvos, *dr. Lipták József* országos tisztifőgyógyszer-

ész, *Kerekesné dr. Nemes Mária*, az NM főosztályvezetője, *dr. Szabó Sándor*, az MGYK elnöke és *dr. Vincze Zoltán*, az MGYT elnöke. Az emléktversenyt *dr. Erős István* a zsűri elnöke nyitotta meg.

Az ünnepélyes megnyitón hangzott el *dr. Péter H. Mária*: „Az erdélyi magyar gyógyszerészek szakmai egyesületei” c. plenáris előadása. A marosvásárhelyi egyetem tanára az erdélyi magyar nyelvű gyógyszerészet több évszázados szakmai és szakpolitikai szerveződéseinek jól dokumentált összegzését adta, rámutatva arra, hogy az erdélyi és az anyaországi gyógyszerészet számos ponton erősítette egymást. Az ünnepélyes megnyitót *Bartha Anikó* és *Zsigmond Andrea Zsuzsanna* erdélyi fiatal gyógyszerészek előadásai zárták, akik az emléktverseny hagyományait követve, a szervezők meghívásának eleget téve versenyen kívül tartották meg előadásait. Az ünnepélyes megnyitót követően a Kecskeméti Nagytéplomban *Nagy Péter* organaművész játszott klasszikus organadarabokat.

Az emléktverseny második és harmadik napján a zsűri által kisorsolt sorrendben hangzott el a 28 versenyelőadás, amelyek az előadók névszerinti ABC-sorrendjében a következők voltak:

Blum Anita (Szeged, Makkosháza Gyógyszertár, MGYT Csongrád Megyei Szervezet): Polimer gél alapú FoNo-s készítmények. *Témakör*: gyógyszertechnológia.

Csaba Miklós (Polcommerce Kft., MGYT Vas Megyei Szervezet): Alkoholbeteg komplex farmakoterápiája – trendváltások. *Témakör*: gyógyszerterápiák.

Csukor László (Korona Gyógyszertár, Baja; MGYT Bács-Kiskun Megyei Szervezet): A *Hypericum* fajok kémiaja és (nép)gyógyászati alkalmazása. *Témakör*:

gyógynövény és népgyógyászat.

Fáy Orsolya (Szent György Patika, Kecskemét; MGYT Bács-Kiskun Megyei Szervezet): Betegkövető gyógyszerfelhasználás. *Témakör*: Klinikai gyógyszerészet.

Gábor Fruzsina (SOTE Biofizikai Intézet, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye; MGYT Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Szervezet): A szoláriumok használatának előnye és kockázatai a gyógyszerész szemével. *Témakör*: gyógyszerészet.

Gősiné Schön Anita (Mosonmagyaróvár, Fehér Kígyó Patika 9200; MGYT Győr-Moson-Sopron Megyei Szervezet): Adatok a gyógyszerészi gondoskodás köréből. *Témakör*: gyógyszerügyi szervezés.

Gyimóthy Zsuzsa (Aesculap Gyógyszertár, Szekszárd; Magángyógyszerészek Országos Szövetsége): A gyógyszerész szerepe az otthoni szakápolásban. *Témakör*: gyógyszerügyi szervezés.

Havasi Erika (Zalár Patika, Eger; MGYT Heves Megyei Szervezet): Kísérletek száraz szirupok előállítására a gyógyszerteráiban. *Témakör*: gyógyszertechnológia.

Horváth Lajos (Helio Patika, Mosonmagyaróvár; MGYT Győr-Moson-Sopron Megyei Szervezet): A kalcium szerepe és megítélése napjainkban. *Témakör*: gyógyszerügyi szervezés.

Dr. Kapus Istvánné (Szekeres Andrea) (Zöldkereszt Gyógyszertár, Dunaújváros; Magángyógyszerészek Országos Szövetsége): A gyógyszerteráti törvény egy 50 évvel ezelőtti jogszabály tükrében. *Témakör*: gyógyszerügyi szervezés.

Kerti Márta (Szent Margit Gyógyszertár, Jászárokszállás; MGYT Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Szervezet): Nyújtott hatású teofilin tableta előállítása különböző cellulózsármazékok felhasználásával. *Témakör*: gyógyszertechnológia.

Kőhegyiné Tomosovszki Ágnes (Ba-

ranya Megyei Kerpel-Fronius Ödön Gyermekkorház; Magángyógyszerészek Országos Szövetsége): A hyperlipidaemiának, mint a koszorúér megbetegedések fő rizikófaktorának kezelési lehetőségei. **Témakör:** gyógyszerhatástan.

Lászlóné Illés Enikő (Westpharma Gyógyszerkereskedelmi Rt., Zalaegerszegi Területi Igazgatóság, Galenusi laboratórium; MGYT Zala Megyei Szervezet): Az Efedrin-klorid mennyiségi meghatározása néhány FoNo-s készítményben. **Témakör:** analitika.

Légrádi Gabriella (Érd, Kármelita Patika Bt.; MGYT Pest Megyei Szervezet): Dr. Kempler Kurt élete és munkássága. **Témakör:** gyógyszerészettörténet.

Matejcsik Csaba (POTE I. sz. Belgyógyászati Klinika; Magángyógyszerészek Országos Szövetsége): A nozokomialis infekciók gyakorlati kezelése és áttekintése gyógyszerészeti szemmel. **Témakör:** klinikai gyógyszerészet.

Mérész Edina (Máté Edina) (ICN Alkaloida; Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Szervezet): A terhesség alatti gyógyszerhasználat anomáliái. **Témakör:** gyógyszerhatástan

Orosz László dr. (Arany Oroszlán Gyógyszertár, Veszprém; MGYT Veszprém Megyei Szervezet): Számítógépes gyógyszerforgalmazás. **Témakör:** gyógyszerügyi szervezés.

Pataki Tünde (Debrecen, DOTE Gyógyszertani Intézet; MGYT Hajdú-Bihar Megyei Szervezet): A humán haj folliculus metabolizmusának vizsgálata hajhullást csökkentő gyógyhatású készítmény alkalmazása során. **Témakör:** gyógyszerhatástan.

Pongrácz Zoltán (Szent Imre Gyógyszertár, Bonyhád; MGYT Tolna Megyei Szervezet): Állatgyógyászati készítmények jogi szabályozása az EU csatlakozás küszöbén. **Témakör:** gyógyszerügyi szervezés.

Remsei Judit (Szent István Patika, Székesfehérvár; MGYT Fejér Megyei Szervezet): Az Euphorbia hirta L. növénykémiái vizsgálata. **Témakör:** gyógynövény- és drogismeret.

Sándorné Raisz Ildikó, Sándor Árpád (Oroszlán Gyógyszertár, Szerencs és Viridis Pharma Gyógyszer-nagykereskedelmi Kft., Bekecs; MGYT Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Szervezet): Egy új gyógynövény, a kisvirágú fűzike. **Témakör:** gyógynövény és népgyógyászat

Sánta Tamás (Szent Rókus Gyógyszertár, Baja; MGYT Bács-Kiskun Megyei Szervezet): Az OTC termékek és a vényköteles készítmények forgalmának alakulása az elmúlt években. **Témakör:** gyógyszerügyi szervezés.

Dr. Sárváriné Pindzsulya Tünde (Aranymérleg Patika Bt., Kiskunhalas; Magángyógyszerészek Országos Szövet-

sege): A gyermekgyógyászatban alkalmazott antibiotikumok farmakopeidemiológiai vizsgálata Kiskunhalason. **Témakör:** gyógyszerügyi szervezés.

Szabó Csaba, Szabóné Sas Enikő (Főtéti Patika, Hatvan; Magángyógyszerészek Országos Szövetsége): A generikus gyógyszerek forgalombahozatalának hatása a gyógyszerfogyasztás nagyságára, az OEP és a lakosság gyógyszerköltségeinek változására. **Témakör:** gyógyszerügyi szervezés.

Tabajdi Gyula (Korona Gyógyszertár, Ócsa; MGYT Pest Megyei Szervezet): Magisztrális gyógyszerek múltja, jelene és jövője. **Témakör:** Gyógyszerügyi szervezés.

Tárczy Éva (Országos Gyógyszerészeti Intézet, Előértékelő Osztály; MGYT Budapesti Szervezet, MGYT Kórházi Gyógyszerészeti Szervezet): A Helicobacter pylori fertőzés kezelésének klinikai, gyógyszerutilizációs aspektusai és jövője: a vakcináció. **Témakör:** gyógyszerhatástan.

Tóth Béla (György Gyógyszertár, Balatonalmádi; MGYT Veszprém Megyei Szervezet): Belső ellenőrzés a gyógyszer-tárakban a Pharmainfo 2. segítségével. **Témakör:** gyógyszerügyi szervezés.

A bíráló bizottság értékelése szerint a Rozsnyay Mátyás emléklapok idén **Tárczy Éva** nyerte el. Dicséretben és kiemelt díjazásban (megosztott második helyezéssel) részesült **Remsei Judit, dr. Sárváriné Pindzsulya Tünde, Blum Anita**. Megosztott harmadik helyezést, dicséretet és kiemelt díjazást nyert **Orosz László, Csaba Miklós, Sándorné Raisz Ildikó és Sándor Árpád**, valamint **Légrádi Gabriella**. A további 20 versenyző dicséretben és díjazásban részesült.

Az emlékverseny alkalmából számos különdíj odaítélésére is sor került. Valamennyi versenyző megkapta a Rozsnyay Mátyás emlékversenyek történetét feldolgozó könyvet a Rozsnyay Alapítvány jóvoltából, a Kórképek, tünetek, terápia c. könyvet a MOSZ felajánlásaként és a Solvay Pharma által ajánlékozott patikaedényeket. Az MGYT Kórházi Szervezete által felajánlott különdíjat a kórházi gyakorlatban legjobban hasznosítható előadásért **Tárczy Éva**, a Galenus Lapkiadó különdíját **Remsei Judit**, az MGYK Bács-Kiskun Megyei Szervezete által a legjobb Bács megyei versenyzőnek felajánlott különdíjat **dr. Sárváriné Pindzsulya Tünde**, a **dr. Kóhalmi Józsefné** (Kiskunfélegyháza, Körpatika) által a legjobb technológiai előadásnak felajánlott különdíjat **Blum Anita**, a Magyar Gyógyszerész Kamara által felajánlott különdíjat **dr. Orosz László**, a Pharma Tours Kft. utazási utalványát **Csaba Miklós**, a Novodata Rt.

küldődíjat **Sándorné Raisz Ildikó és Sándor Árpád** nyerte el. A Gyógyszerészet Szerkesztősége évek óta a legjobban dokumentált előadásra ajánl fel különdíjat. Ez évben szerkesztőségünk különdíjat **Légrádi Gabriella** nyerte el. Az Albetfalva Patika Bt. (**Hávelné Szatmári Katalin**) által az új gyógyszerészeti szerepkör kialakítását elősegítő előadásnak járó különdíjat megosztva **Gábor Fruzsina és Mérész Edina**, míg a Polfa-Polcommerce tárgyutalmait **Havasi Erika, Lászlóné Illés Enikő és Pongrácz Zoltán** nyerte el. **Havasi Erika** egyben meghívást kapott a soron következő gyógyszeres technológiai, **Lászlóné Illés Enikő** a gyógyszeranalitikai, **Pongrácz Zoltán** pedig az állatorvos-gyógyszerész konferenciára. A Magángyógyszerészek Országos Szövetsége különdíját **Tabajdi Gyula** nyerte el, aki részt vehet a Gyógyszerészek VIII. Országos Kongresszusán, míg a **dr. Lipták József** országos tisztifőgyógyszerész által felajánlott könyvutalmat **Gősiné Schön Anita** kapta. A Bács-Kiskun megyei polgármester által felajánlott különdíj nyertese **Fáy Orsolya**. A versenyen kívül indult fiatal erdélyi gyógyszerészek a Tölgyfa Patika Bt. (**Hankó Zoltáné**) különdíjat vehették át.

Az ünnepélyes díjkiosztón **dr. Erős István**, a zsűri elnöke az emlékversenyt pozitívan értékelte és külön kiemelte, hogy nemcsak a versenyelőadások magas száma, hanem azok túlnyomó többségének színvonala is biztató a jövőre nézve. Ez nemcsak a versenyzőket, hanem a felkészítésükben részt vállaló kollégákat és a szervezőket is dicséri.

Az emlékverseny szervezői a szűkre szabott szabadidőben részben szakmai, részben pedig szabadidőprogrammal kedveskedtek a résztvevőknek. Csütörtökön délután került megrendezésre az MGYT Szervezési Szakosztályának II. negyedéves programja (beszámolóját ld. külön). Pénteken délután először a Városháza dísztermét nézhettük meg, majd lovasbemutató és a lajosmizsei Tanyacsárdában fogadás szolgálta a kikapcsolódást. A jövő évi Rozsnyay Mátyás Emlékverseny rendezési jogát az MGYT Hajdú-Bihar Megyei Szervezete nyerte el, amely az MGYK és a MOSZ helyi szervezeteinek közreműködésével vállalta ezt a megfizető feladatot.

A XXXIII. Rozsnyay Mátyás Emlékverseny bizonyította, hogy az utánpótlás nevelése és kiválasztása szempontjából a tehetséges fiatalok ezen megmértése szükséges és hasznos, ezért mindenkit köszönet illet, aki hozzájárult az emlékverseny programjához és megrendezéséhez.

Hankó Zoltán

**AZ ÚJ GYÓGYSZERTÁRMODELL
SZAKMAI ÉS ÉPÍTÉSZETI ASPEKTUSAI
AZ MGYT SZERVEZÉSI
SZAKOSZTÁLYÁNAK KONFERENCIÁJA**

A Szervezési Szakosztály ez évi II. negyedéves rendezvényeként a címben jelzett témában a XXXIII. Rozsnyay Mátyás Emlékverseny satellite programjaként tartotta konferenciáját május 14-én Kecskeméten az Aranyhomok Szálló I. emeleti előadótermében, mintegy 80 fő részvételével. *Dr. Simon Kis Gábor* szakosztályelnök és *Hankó Zoltán* üléselelnök köszöntő szavait követően *Szél László*, a Pharmaservice Kft. ügyvezető igazgatója (*Csapó Zoltánnal* közösen írt) előadást tartott „A gyógyszerterek berendezésének tapasztalatai”-ról. A több száz gyógyszerteret kialakító és felújító cég ügyvezető igazgatója szerint a szakmailag indokolt igények és a jelenlegi jogszabályi lehetőségek harmonizációja indokolt lenne. Ezt követően *Dudits István*, a Gyógyszerellátó INSTRUCTUS Kft. ügyvezető igazgatója „A 15/1997. (VI. 20.) NM rendeletben felsorolt gyógyszertereti eszközök és felszerelések” című előadásában ismertette a gyógyszerterek munkáját elősegítő eszközökkel kapcsolatos igények alakulását és a cég rendelkezésére álló lehetőségeket. *Dr. Simon Kis Gábor* (Simon Patika, Budapest) „A gyógyszertereti marketing szakmai szempontjai” címmel tartott előadást arról, hogy a gyógyszerteret egészségügyi szolgáltató tevékenységéhez mely marketing eszközök használhatók és melyek nem. *Makay Judit* (Börzsöny Patika, Budapest) „Betegtájékoztatás, konzultáció az officinában” c. előadásában elsősorban a gyógyszerteretörvényből fakadó új feladatok köré csoportosította mondanivalóját, *Perjés Zsuzsa* (fővárosi tisztifőgyógyász) pedig részben az előző előadásokra is reflektálva, ellenőrzési tapasztalatait osztotta meg a hallgatósággal „A gyógyszerterek kialakítása, működtetése a szakmai előírások figyelembe vételével” c. előadásában.

A nagy érdeklődésnek megfelelő, jövőbe mutató témaválasztás és problémaelemzés tapasztalataként elmondható, hogy az új elvárásoknak megfelelő gyógyszerteret és gyógyszertereti munka kialakítása sok egyeztetést és további együttgondolkodást igényel. A gyógyszerteret célja, hogy az új gyógyszereszi szerepkörnek és a hagyományos gyógyszereszi feladatoknak egyaránt megfelelő, azok végzését minden vonatkozásban elősegítő gyógyszerteretben végezhesék munkájukat.

A szakosztály a Rozsnyay Mátyás Emlékverseny bíráló bizottságának ülése alatt, szombaton délelőtt a konferencia témájából fórumot tartott, melynek moderátora *Dr. Simon Kis Gábor* és *Perjés Zsuzsa* voltak.

Hankó Zoltán

**A MOSZ ORSZÁGOS
VÁLASZTMÁNYÁNAK ÜLÉSE
KECSKEMÉTI, 1998. MÁJUS 14.**

A XXXIII. Rozsnyay Mátyás Emlékverseny második napjának estéjén Kecskeméten tartotta a Magángyógyászok Országos Szövetsége országos választmánya soron következő ülését *Dr. Mikola Bálint* MOSZ elnök vezetésével.

Az ülésen a MOSZ elnöke beszámolt a Szövetség elmúlt időszakbeli tevékenységéről, a jogszabályalkotásban való véleményalkotó részvételéről, a MOSZ és a Kamara vezetősége közötti kapcsolatfelvételről.

Az elmúlt időszakban a Népjóléti Minisztérium számos jogszabály-tervezet előkészítésébe bevonta a MOSZ-t és kikérte a véleményét. Részben ezzel kapcsolatban adott tájékoztatást *Dr. Simon Kis Gábor* a gyógyszerteretörvényről, és a gyógyszereszeket érintő, a törvényből fakadó legfontosabb feladatokról.

Dr. Mikola Bálint tájékoztatott arról, hogy a MOSZ és az MGYK elnöksége a tavaly decemberi egyeztetést követően május 8-án találkozott ismét. A megbeszélésen a MOSZ vezetése kifejtette, hogy a kamarai tisztújítás az egész gyógyszerésztársadalom ügye. Segíteni kell egy új, átfogó reprezentáció kialakításának lehetőségét és fokozottan kell figyelni a választások tisztaságára. Egyezség született arról, hogy a Nemzeti Egészségvédelmi Intézettel kialakított többcsatornás együttműködések helyett a jövőben az MGYK, az MGYT és a MOSZ közös bizottsággal vesz részt a munkában. A MOSZ vezetősége meghallgatta az MGYK elnökségének beszámolóját, a Zala és Nógrád megyei patikaprivatizáció állásáról, a MOSZ vezetése pedig kérte a Kamarát, hogy a ceglédi önkormányzati tulajdonban lévő gyógyszerteret ügyében is kezdeményezze módon járjon el. A Magángyógyászok Országos Szövetsége elnöksége fontosnak tartja, hogy a megrekedt privatizációs folyamat mindenhol megnyugtató módon záruljon és a gyógyszereszek valódi tulajdonosként, a személyi joggal és a Bt. beltagsággal arányos jogokkal és kötelezettségekkel rendelkezzenek.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyászattudományi Kara nemrég ratifikálta a MOSZ-szal kötött együttműködési szerződést, amelynek eredményeképpen a gyógyszerész-képzésben, az oktató gyógyszerteret és az oktató gyógyszereszek kiválasztásában hangsúlyozottan veszik figyelembe a MOSZ véleményét.

Beszámoló hangzott el a MOSZ gazdasági társaságokban való részvételéről. Eszerint a MOSZ kilépett a Pharma Tours Kft.-ből és tulajdonrészét a Kft. jelenlegi tagjainak kínálta fel eladásra, a Pharmadata Kft.-nek pedig új vezetése van.

Az elnökség tagjai beszámoltak a személyre szóló referenciaként kapott feladataik végzéséről, így pl. a tagozatok szervezéséről, a MOSZ iroda működéséről, a kiadványterv alakulásáról és a munkacsoportok tevékenységéről, majd az országos vezetőség megvitatta a kamarai tisztújítással kapcsolatos MOSZ álláspontot. A választmány álláspontja szerint a MOSZ-nak a kamarai tisztújításban megyei és országos szinten egyaránt részt kell vállalnia, hogy olyan új képviselőt és vezetést jöjjön létre az egyes régiókban és országosan egyaránt, amely a gyógyszereszi érdekek és értékek teljeskörű képviselőjére képes és mindezeket tevékenységében érvényesíti.

Az országos választmány ülésén a HC Pointer marketing igazgatója bemutatta azt az intrakció-jelző és azonos hatóanyag-kereső programot, melyet már több gyógyszerteretben alkalmaznak és amelynek alapötletét az előző évi Rozsnyay emléktársaság egyik díjnyertes előadása adta.

Hankó Zoltán

**BESZÁMOLÓ AZ EURÓPAI KLINIKAI
GYÓGYSZERÉSZI KONFERENCIÁRÓL
BUDAPEST, 1998. ÁPRILIS 22–24.**

Az Európai Klinikai Gyógyászati Társaságot (ESCP) 1979-ben alapították 12 európai ország – Egyesült Királyság, Franciaország, Németország, Olaszország, Svájc, Svédország, Dánia, Norvégia, Finnország, Belgium, Hollandia, Portugália, Spanyolország – adott témával foglalkozó gyakorló, kutató és oktató gyógyszerészei.

A Társaság célja a gyógyszerek racionális, helyes alkalmazásának fejlesztése és elősegítése az egyes betegek vonatkozásában, individuális és társadalmi méretekben egyaránt.

A cél megvalósítása érdekében újságokat, könyveket ad ki, közös kutatási programokat és konferenciákat szervez, hogy fórumot teremtsen a problémák megtárgyalására különböző országokból jövő tagjai számára.

Rendszeresen, évente kétszer – őszszel és tavasszal – szerveznek kongresszust valamelyik tagországban.

Az őszi az ún. éves összejövetel, amely felöleli a klinikai gyógyszerészet gyakorlatilag egész területét és ezen bonyolódik a Társaság Közgyűlése is. A tavaszi konferenciát egy-egy kiemelt terület részletes tárgyalásának szentelik.

Jellegetességei a konferenciáknak a kics csoportos megbeszélések, a Workshopok ahol ténylegesen kötetlen formában kerülhet sor az adott témák megtárgyalására.

A magyar kórházi gyógyszereszek képviselői 1990. óta vesznek részt rendszeresen az ESCP életében: látogatják a

kongresszusokat, kapcsolódnak a közös kutatási programokhoz. Aktivitásuk eredményeként kérték fel az MGYT-KGYSZ-t az 1998. évi tavaszi konferencia házigazdájának. A konferenciára Budapesten 1998. április 22–24-én került sor. Témája, ahogy a cím jelezte az „Anyá és gyermek egészsége”, azaz a terhesség és a gyermekorvos gyógyszerterápiás, klinikai gyógyszerészeti problémái.

Ennek megfelelően a három nap plenáris előadásainak keretében a következő volt:

1. nap: Racionális gyógyszeralkalmazás terhességben.
2. nap: Az újszülöttek terápiájának rizikói.
3. nap: Gyakori gyermekkori betegségek terápiás lehetőségei.

A plenáris előadások mellett a konferencia gerincét a workshop-foglalkozások jelentették. Ezek témái rendre a következők voltak:

1. Terápiás tanácsadás terhességben.
2. Újszülöttek klinikai táplálása.
3. Malignus betegségek szenvedő gyermekek gyógyszerészeti problémái.
4. Gyakori gyermek-bőrgyógyászati problémák.
5. „Mindennapi” gyermekbetegségekben szenvedők gyógyszerészeti gondozása.

6. Pszichológiai problémák a krónikusan beteg gyermekek családjában.

Az előre megtervezett programhoz tartoztak még az ún. miniszimpóziumok, amelyek egy-egy gyógyszergyártó által támogatott, a konferencia főtémájához csatlakozó (90 perces) előadásorozatok voltak a következő címekkel:

- a) Antibakteriális terápia a gyermekgyógyászatban (EGIS);
- b) Malignus gyermekbetegségek kezelési lehetőségei (Bristol-Mayer-Squibb);
- c) Fájdalom és lázcsillapítás (Smith-Kline-Beecham Consumer Health Care);
- d) Gyermekkori asthma (Astra);
- e) Allergiás betegségek gyermekkorban (Schering Plough).

A szervezők által felkért előadásokhoz csatlakoztak a résztvevők közlései: poszterek és szabad előadás formában.

A konferenciának közel 500 résztvevője volt, fele-fele arányban a külföldi és a magyar hallgatóság, a hivatalos nyelv az európai társasági hagyományoknak megfelelően angol volt. A konferenciának a HILTON Szálló adta a helyszínét, amely a résztvevők egybehangzó véleménye szerint optimálisnak bizonyult. A kulturális programként szervezett folklor est (Rajkó együttes-Stefánia Palota) és a Gellért Szállóban megtartott hangulatos búcsú vacsora ugyancsak jótékonyan járultak hozzá a konferencia sikeréhez.

Hivatalos kongresszus szervezőként a Coopcongress iroda munkatársai végezték a szükséges feladatokat a nemzet-

közi elvárásoknak 100%-ban megfelelően. Hostessként budapesti és szegedi gyógyszerészhallgatók teljesítettek szolgálatot és egyben kaptak lehetőséget egy nemzetközi konferencia tudományos munkájába is bekapcsolódni.

Dr. Soós Gyöngyvér, a Konferencia elnöke

A GYÓGYSZERÉSZTUDOMÁNYI KAR TANÁCSÜLÉSE A BUDAPESTI EGYETEMEN

Oktatói fórum a gyógyszerészképzés feladatairól

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar *Vincze Zoltán* professzor dékán vezetésével 1998. április 1-jén tartotta soron következő kari tanácsülését. *Vincze* dékán bevezetőjében tájékoztatta a tanács tagjait, hogy *Nász István* professzornak, a Mikrobiológiai Intézet korábbi igazgatójának, az MTA rendes tagjának, karunk hosszú időn keresztül volt dékán-helyettesének, ez év március 15-én a köztársasági elnök a Parlamentben, tudományos munkásságának elismeréséül a „*Széchenyi-díjat*” nyújtotta át. A magas kitüntetés *Nász* professzor az orvosi víruskutatás terén elért nemzetközileg is elismert kimagasló eredményeiért és a több évtizedes értékes oktatói-nevelői munkásságáért kapta. *Szeri Ilonát*, a Mikrobiológiai Intézet ny. professzorát a művelődési és közoktatásügyi miniszter „*Pedagógus Szolgálati Emlékérem*”-mel tüntette ki. A professzorasszony évtizedeken keresztül oktatta gyógyszerészhallgatóinkat. *Sujbert Lászlót*, a Közegészségügyi Intézet professzorát, a közegészségügy területén kifejtett kiemelkedő munkásságának elismeréséül, ez évben a Magyar Higiénikus Társaság által alapított „*Fodor József Emlékérem*”-mel tüntették ki, amit a Társaság elnöke nyújtott át.

Megvalósulni látszik a magyar gyógyszerészet immáron évtizedes törekvése, a gyógyszerészet önálló akadémiai képviselése. Az Akadémia Orvostudományi Osztálya és Kémiai Tudományok Osztálya közös „*Gyógyszerészeti Bizottságot*” hoz létre. Ez ügyben *Magyar Kálmán*, *Rácz István* és *Vincze Zoltán* professzorok tárgyaltak és tartottak akadémiai előadást ez év március 18-án. A Bizottság felállítása az Akadémia elnökségi döntésétől függ.

A tanácsülés mindenek előtt személyi ügyekkel foglalkozott: az 1999. évre meghirdetett egyetemi tanári és egyetemi docensi pályázatok ügyét tárgyalta. Ezt követte a Kar Gazdasági Bizottsága elnöke *Vajda Pálné* egyetemi docens beszámolója az elmúlt évek Kart érintő pénz-

ügyi, gazdasági eseményeiről. Végezetül a Záróvizsga Bizottság valamint a Felvételi Vizsgabizottság elnökeit választották meg, majd tájékoztató hangzott el az 1997/98. tanév I. félévének vizsgaeredményeiről.

Vincze dékán a „*Högyes tömb*” lehangoló műszaki állapotáról tájékoztatta a tanács résztvevőit. Szomorú a helyzet, ha egy nagy egyetem, egyetlen hagyományosan gyógyszerészeti ingatlanának halaszthatatlan felújítására a költségvetés évek óta nem tud anyagi bázist biztosítani. Gyógyszerészetünk ügye kell, hogy legyen ezen egyetlen, immáron klasszikus épülettömbünk jelene és jövője.

A követelményeknek mind jobban megfelelő gyógyszerészképzés hangsúlyozottan jelentős része a 10. félév során a gyógyszerári gyakorlat – mondta *Vincze* dékán. Kívánatos, hogy a képzés során az oktató gyógyszerész szervezetekben legyen része az oktatói gárdának. Ennek érdekében kölcsönösen vannak feladataink. Az „*oktató-gyógyszerész*” megtisztelő feladatkör, és mivel a gyógyszerár részt vesz az egyetemi képzésben, az érintett gyógyszerártnak is rangot kell adjon.

*

A Gyógyszerésztudományi Kar április 20-án „*A gyógyszerészképzés jövőbeni feladatai*” címmel oktatói fórumot rendezett. A fórumon *Takács Mihály* professzor „*A curriculum-fejlesztés kérdései*” címmel tartotta bevezető előadását, majd azt követően *Vincze Zoltán* dékán a „*Gyógyszerész továbbképzés és szakképzés*” valamint „*Az Egyetem és a Kar akkreditációja*” című elemző, tájékoztató előadása hangzott el. A Fórumot a szép számmal összegyűlt oktatók hozzájárulásai gazdagították.

Dr. Brantner Antal

MAGYAR PROFESSZOROK VILÁGTALÁLKOZÓJA

A Magyar Tudományos Akadémia dísztermében 1998. április 21-én kezdődött az a háromnapos rendezvénysorozat, amelynek keretében először találkoztak a világon élők magyar, vagy magukat magyarnak is valló professzorok.

Kecskés Mihály, az MTA Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Tudományos Testületének elnöke vállalta a szervezés szépségeit és nehézségeit. Egyébként a világon ma több, mint kettőezer magyar professzor van; közülük kb. 1400-an hazánk területén élnek, míg több, mint 600-an külföldön (és hozzávetőleg 200-an éppen a Kárpát-medencében).

A felhívásra összesen csaknem 300-an jelentkeztek. Legtöbben Romániából érkeztek (75 fő); Jugoszláviát 33-an, Uk-

ránát 16-an, Szlovákiát 8-an képviselték. Ausztráliából, Belgiumból, Kanadából, Németországból, Olaszországból, Svájc-ból, Svédországból, Szlovéniából és az USA-ból 1–3 professzor vett részt. Itthonról 116-an regisztrálták magukat.

A gyógyszerészek vonatkozásában Marosvásárhelyről *Csedő Károly*, *Gyéresi Árpád* és *Tökés Béla* dékán, továbbá a SOTE-ről *Marton Sylvia*, *Noszál Béla*, *Rácz István* és *Szöke Éva*, míg a SZOTE részéről *Kata Mihály* vett részt a rendezvényen.

A világtalálkozó elsődleges terve az volt, hogy a kiemelkedő magyar szellemi terület művelői számára fórumot teremtsen, továbbá oktató, kutató és közéleti tevékenységüket összehangolja. E célt szolgálták az előadások is.

A világtalálkozót – a Magyar Tudományos Akadémia dísztermében – *Glatz Ferenc*, az MTA elnöke nyitotta meg. Előadásában hangsúlyozta, hogy az állam-nemzet kultúr- és tudomány-politikájának kultúr-nemzetinek kell lennie. Értékelése szerint az emberiség története az alternatívák története, s az egyéni döntéseken nagyon sok múlik, talán a legtöbb. Elvárható, hogy a politikai elit az adófizetők pénzéből áldozzon a tudományra is.

Ezt követően *Oláh György* Nobel-díjas professzor és *Magyar Bálint* miniszter levélét olvasták fel. A miniszter szerint „nem kell zseninek lenni, elég egy napal előtte lenni a többieknek”.

Nagy érdeklődés előzte meg *Csoóri Sándor*, a Magyarok Világszövetsége elnökének előadását, aki összegezve az előzményeket is, kitért a Magyarok III. (1995-ös) Világtalálkozójára, amelynek talán legjelentősebb vívmánya a Duna TV alapításának ötlete volt. Emlékeztetett egyik rövid washingtoni jellemzésére, ami szerint hazánk a középkorban annyi szentet adott a világnak, mint századunkban Nobel-díjast. Azt kívánja, hogy a rendezvény legyen az elit-világtalálkozó elitje.

Mihóczy László és *Mádl Ferenc* akadémikus is a professzorok felelősségéről beszélt. A tudós – a megismerés mámorában is – felelős a minőségért, a feltételek megteremtéséért, a társadalom anyagi és erkölcsi elismerésének biztosításáért, a tudomány önfejlesztéséért, a kutatás határaiért, az oktatásért és a nevelésért, ill. a professzorok etikai felelőssége különösen fontos.

Turchany Gyula (Lausanne, Svájc), *Magyar András* (Kolozsvár), *Berényi Dénes* (Debrecen) és *Láng István* (MTA) voltak a további előadók.

A rendezvény a Gábor Dénes Műszaki Informatikai Főiskola Bécsi úton lévő felújított épületeiben folytatta munkáját: *Bakoss István* (Sydney, Ausztrália), *Biacs Péter* (Budapest), *Szendrő Péter* (Budapest), *Szász Zoltán Mihály* (Washington, USA), *Ágoston Mihály* (Újvi-

dék), *Sárközi Péter* (Róma), *Szilágyi Pál* (Kolozsvár), *Gál András Levente* (Doktoranduszok Orsz. Szövetsége, Budapest) és *Skultéty Tamás* (HÖK, Budapest) tartottak előadást. A hallgatóság kiemelkedőnek tartotta *Ágoston Mihály* véleményét a határokon túli magyarság oktatásügyének anyanyelvi kérdéseiről.

Lipták András (OTKA), *Halasi-Kun György* (New York City), *Róna-Tas András* (Budapest), *Győri István* (Veszprém), *Magyar Beck István* (Budapest), *Kökényesi Sándor* (Ungvár) és *Kecskés Mihály* (Nyíregyháza) voltak a plenáris ülés előadói.

A szervezők arra is gondoltak, hogy a találkozó résztvevői ún. munkabizottságokban szintén kifejtessék álláspontjukat: összesen tucatnyi témában kérték ki a jelenlévők véleményét. E workshop-ok felölelték a professzorok tevékenységének szinte valamennyi területét, ahol a professzorok nagy aktivitás mellett – egymással is vitatkozva – végezték munkájukat.

A rendezvény a munkabizottsági elnökök beszámolóinak meghallgatásával, a következtetések és javaslatok megvitatásával, ill. határozathozattal folytatta tevékenységét.

A Könyves Kálmán kamara-kórus előadásában házi muzsikát hallgathattunk és a Mátvás-templomban orgonahangversenyt szerveztek.

A szünetközi megbeszélések, ebéd-szünetek, a fogadás, az éjszakába nyúló szállodai véleménycserék, továbbá a Kecskemét-Ópusztaszerre és a Nyírség-Tokaj-hegylárára szervezett egész napos kirándulás szintén a rendezvény fő céljait segítette.

A *Magyar Professzorok Első Világtalálkozója-t*, amely lehetőséget adott arra, hogy jelentős nemzeti értékeink egyikének – a szellemi tevékenységnek – a művelői együttesen határozzák meg magukat és tennivalóikat, sikeresnek és nagyon hasznosnak minősítem.

Dr. Kata Mihály

AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET ORVOSI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI SZAKOSZTÁLYÁNAK 8. ÜLÉSSZAKA BRASSÓBAN

Az EME-t Erdély tudományos akadémiáját – *Mikó Imre* alapította 1859-ben. Orvosi Szakosztálya Brassóban eddig már számos alkalommal ülésezett, s nevében az idén felvette a „gyógyszerészeti” jelzést is. Ennélfogva *prof. dr. Gyéresi Árpád* egyetemi tanárt az EME e szakosztályának alelnökévé választották. Az Egyesületnek jelenleg mintegy 3200 tagja van és kb. 1/3 részük orvos vagy gyógyszerész.

A 8. Tudományos ülésszakra 1998. április 30.–május 2. között Brassó központjában, az ARO Palace-ban került sor. A megnyitó elnökségében részt vett és a megjelenteket köszöntötte *Bárányi Ferenc* Románia egészségügyi minisztere, *Fesztl György* az EME jelenlegi elnöke, *Benkő Samu* akadémikus, az EME országos elnöke, *Pap Zoltán* leköszönő elnök, *Román Csaba* az RMDSZ megyei parlamenti képviselője, valamint a Brassó megyei tanács RMDSZ-es, ill. a megyei egészségügyi pénztár képviselője.

A gyógyszerészek által prezentált előadások az alábbiak voltak:

1. *Gyéresi Árpád* felkért előadó: A kromatográfia évszázada.

2. *Kata Mihály* és *Aigner Zoltán*: Gyógyszerkészítmények biohasznosíthatóságának optimalizálása: membrán-diffúziós vizsgálatok.

3. *Simon Lajos* és *Jean Rivier*: Aminoglicin előállítás és rezolválása peptidok szintéziséhez,

4. *Kincses Ajtay Mária*, *Dudutz Gyöngyi* és *Szárics Éva*: Szalicilsav-származékok membrán-transzport folyamatainak in vitro vizsgálata.

5. *Dudutz Gyöngyi* és *Kincses Ajtay Mária*: Ionpárok képződése benzil-penicillin és aminoglikozid-típusú antibiotikumok híg vizes oldataiban.

6. *Varga Erzsébet*, *Csedő Károly* és *Maráz Anna*: Mikroelemekkel dúsított élesztősejtek előállítás.

7. *Gyarmathy Miklós*: Gyógyszer-gyártók beszállítóinak ellenőrzése.

8. *Péter H. Mária*: Erdélyi magyar gyógyszerész-doktorok 1863-tól napjainkig.

9. *Zágoni Elemér* és *Zágoniné Dobos Ágnes*: Adatok az „Óranyal” gyógyszer-tár történetéhez.

10. *Kelemen Fazakas Hajnal* és *ifj. Regdon Géza*: Benzodiazepin tartalmú végbélkúpok formulálása.

11. *Sípos Emese*: Újabb típusú karboxivinil-polimerek felhasználása.

12. *Horber Márta*, *Horber Enikő* és *Horber Pál*: A paracetamol mérgezésről.

13. *Endreffy Emőke*: Molekuláris genetikai módszerekkel nyerhető információk jelentősége.

14. *Péter Mihály* és *Péter H. Mária*: Brassóban magyar nyelven tartott orvosi vonatkozású tudományos összejövetelek.

Az előadásokon – az egész Kárpát-medencéből – minden eddigénél több gyógyszerész vett részt.

Fesztl professzor a záróünnepség keretében értékelte a rendezvényt: ennyien – mintegy négyszázan – még sohasem voltak, s újszerű az a kezdeményezés is, hogy a rendezvényen mintegy 150 orvos- és gyógyszerészhallgató szintén részt vett! Összesen 139 előadást jelentettek be – ezek negyed részének előadói Magyarországról érkeztek, de voltak elő-

adók Beyruth-ból és Zentáról is – és a színvonalat is egyre inkább emelkedőnek minősítette. Az előadásokat minden esetben érdekes és érdemi vita követte.

Itt került sor a különböző díjak átadására is: a néhai Vincze Sándor-díjat és a Help Alapítvány díjait orvostanhallgatók, ill. fiatal orvosok kapták, míg a felajánlott 10 ezer Ft-os díjat – kitűnő előadásáért – *Varga Erzsébetnek*, a Marosvásárhelyi OGYE Farmakognóziái Tanácsa fiatal munkatársának ítélték oda.

A késő éjszakába nyúló szakmai-baráti beszélgetések és a hallgatók táncmulatsága, a városnézés, a Fekete templomban szervezett hangverseny, a kilátás a Cenk hegyről (ahol 1916-ig az Árpád- emlékmű állt, akkor felrobbantották) és a Brassó-Poljána turista központba tett kirándulás mind-mind a rendezvény sikerét és kapcsolataink erősítését szolgálta.

Dr. Kata Mihály

GYÓGYSZERÉSZTOVÁBBKÉPZÉS ÖNSZERVEZÉSSSEL

Napjainkban sokszor hallani olyan pesszimista nyilatkozatokat, hogy gyógyszerész kollégáink minden energiáját lekötik a privatizált gyógyszerár vezetésének technikai, pénzügyi gondjai és kevéssé foglalkoznak saját szakmai ismereteik szintentartásával és bővítésével. Ennek a vélekedésnek két cáfolatát is adjuk az alábbiakban.

Az MGYT Pest Megyei Szervezete jól sikerült továbbképzési programot állított össze és rendezett meg, 1998. március 29-én, vasárnap Pilisvörösvárott.

A téma az OTC gyógyszerelés volt, a részletes beszámolót szaklapunk előző számában közöltük.

A szervező *Magyarné dr. Pintér Gabriella* megyei MGYT elnök biztosította azt is, hogy a résztvevők az előadások anyagát jegyzet formájában is megkaphatták önköltségi térítés mellett. Így a mintegy 100 résztvevő utólag is fellapozhatja az érdekes előadások egy-egy részletét.

Hasonló közös rendezvényt tartott az MGYT Fejér Megyei Szervezete és az MGYK Fejér Megyei Szervezete 1998. április 28-án Székesfehérváron szakszettel egybekötve. A rendezvényt a Mölnycke és a Pharmaprevent cég is támogatta.

Ezen a rendezvényen megjelent a megyei tisztifőorvos és a MEP képviselője is. A szakmai program a TENA termék ismertetésével és a támogatási rendszer bevezetéséről szóló előadással kezdődött, majd az országos tisztifőgyógyász tartott előadást a népegészségügy és a gyógyszerészet összefüggő kérdéséről, végül a megyei tisztifőgyógyász rész ismertette az elmúlt időszak hatóság tapasztalatait.

Mindkét rendezvény azt bizonyította, hogy a gyógyszerészet továbbra is nyitott a szakmai kérdések iránt és a többi szervezet számára is javasolható hasonló rendezvények szervezése, ahol szakmai ismeretek mellett a kollegiális együttműködés új formáinak kiépítésére is lehetőség nyílik.

Dr. Lipták József

AZ MGYT IPARI SZERVEZET TOVÁBBKÉPZŐ ELŐADÁSA

1998. MÁJUS 20.

Mik is azok a folyadékkristályok? Az előadás néhány alapvető szempont elemzésével adott választ a kérdésre. Magyarázatot hallottunk arra, hogy miért neveznek egyes anyagokat folyadékkristályoknak, miért sorolják a kristályok vagy a folyadékok közé, miben hasonlítanak a folyadékkristályok a kristályokra, miben a folyadékokra.

Olyan anyagszerkezetet ismerhetünk meg, melyben az anyagok molekulái rendezetlen, de sohasem teljesen rendezetlen állapotban helyezkednek el. Ez a sokféleség különböző tulajdonságokkal jár együtt, melyek jól hasznosíthatóak a tudomány és a gyakorlati élet területén.

A folyadékkristályok felfedezése több, mint 100 éves múltra tekint vissza. A vizsgálatok sokáig elsősorban elméleti szakemberek érdeklődését keltették fel. A tudomány és a technika fejlődésével a mindennapi gyakorlati alkalmazásra 80 évet kellett várni.

A folyadékkristályok kialakulásuk körülményei alapján hőmérsékletfüggők illetve oldódók lehetnek.

A szerkezetek bemutatásakor és elemzésekor a meghatározó szempont a molekulák alakja. Megkülönböztetünk rúd alakú, csavart szerkezetű, lapos molekulájú és polimer folyadékkristályokat.

A gyakorlati életben a mikroelektronikára épülő szórakoztatóelektronikában, gépekben, berendezésekben, orvosi eszközökben alkalmazzák, de a hőmérséklet érzékeny kijelzők, a textilipar és a műanyagipar sem nélkülözheti.

A természetben előforduló és a szintetikusan előállított anyagok, vegyületek igen nagy számban rendelkeznek amfifil tulajdonsággal. Bizonyos hőmérséklettől függő koncentráció tartományban ezekből makroszkopikusan szabályos szerkezetek alakulnak ki, mely struktúrákat szintén a folyadékkristályokhoz soroljuk.

A fizika és a kémia a folyadékkristályokon keresztül vezet el a biológiához, az élet folyamatainak tanulmányozásához. Az emberi, az állati és a növényi szervek egyes részei folyadékkristályos tulajdonságokat mutatnak.

A bemutatott lehetőségek és eredmények nagyon ígéretesek és széles felhasználási lehetőséget kínálnak nemcsak a gazdasági élet legkülönbözőbb területein, hanem a biológiában és az orvostudományban is.

Dr. Bozsik Erzsébet

17. NEMZETKÖZI GYÓGYSZERTECHNOLÓGIAI KONFERENCIA

DUBLIN, ÍRORSZÁG,
1998. MÁRCIUS 24–26.

A konferencia a Dublin Trinity College-ben került megrendezésre, mely egyike Írország legrégebbi egyetemének. I. Erzsébet alapította 1592-ben. Az egyetem épületei egységesen tükrözik a 17. és 18. század építészeti stílusát, macskaköves terei, szépen gondozott kertjei és parkjai nyugodt, méltóságteljes légkört adnak az itt tanuló diákoknak és az oktatóknak.

A több, mint 200 résztvevő főként Európából érkezett, de számos amerikai és ázsiai egyetemi és ipari kutatóbázisból is részt vettek fejlesztők.

A konferencián 47 előadás hangzott el és 61 poszter került bemutatásra az alábbi témakörökben, a teljesség igénye nélkül: ellenőrzött hatóanyag-felszabadulás, préseléses technológiák, kapszulák, tablettázáshoz használt segédanyagok, bevonásos technológiák, emulziók, granulálás, gyógyászati segédanyagok, parenterális készítmények, keverés, stabilitás, analízis, mikrobiológia, transzdermális készítmények, validálás.

A plenáris előadások közül érdekes volt a „Glatt” cégtől *dr. Luy* előadása „Total containment and cleaning in place of fluid bed processing equipment” címmel, melyben a CIP rendszeréről, előnyeiről, az alkalmazott szűrőkről, a tömitőrendszerekről, egyéb technikai változtatásokról számolt be.

Ezt követően bradforti egyetemről *P. York* professzor tartott plenáris előadást „Particle formation by supercritical technologies” címmel. Az eljárással – a hatóanyagot vagy annak szerves oldószeres oldatát szuperkritikus CO₂-ban oldják vagy porlasztják, majd gyors expanzió után a gázfázisból a hatóanyag precipitálódik – szűk szemcseméret-eloszlású, „mikronizált” anyag állítható elő.

Számos előadás hangzott el – főként biodegradábilis bevonóanyagot alkalmazó – mikrokapszulázási eljárásokról, a mikrokapszulák vizsgálatáról. Így pl.:

V. L. Hill előadása: Characterisation of polylactic acid microspheres using modulated differential scanning calorimetry.

R. Mollo: An investigation of the release of Amoxycillin from poly (D,L-lactide-co-glycolide) biodegradable matrices;

B. Griffin: The use of spray drying for the production of sustained release antigen loaded microparticles.

A gyógyszeriparban használt segédanyagok minősége rendkívül fontos szerepet játszik a készítmény tulajdonságai szempontjából. Így érthető, hogy számos előadás foglalkozott a segédanyagokkal:

F. Mouveaux: Relationship between the properties of excipient mixtures used in compression and the performance of the tablets manufactured on an industrial press;

L. Pelaja: Effect of particle size and shape on the flowability of three Avicel PH grades using mixture desing;

J. N. Staniforth: Relating the morphological features of silicified microcrystalline cellulose to performance.

Számos előadás és poszter számolt be a hatóanyagfelszabadulással kapcsolatos vizsgálatokról pl.:

B. U. Killien: Drug release mechanism from fatty acid based compacts;

G. Reza Sadeghnajad: The influence of particle size, surface area and tablet hardness on dissolution of Spironolactone 50 mg tablets;

J. Homsek: Enhancing Nitrendipine dissolution rate by surfactant incorporation.

Az előadások kiemelése természetesen szubjektív, a konferencia teljes anyaga a beszámoló szerzőinél megtalálható és minden érdeklődő rendelkezésére áll.

Az előadások mellett a konferencián műszerbemutatóra is sor került, pl. eddig nem ismert cégek mutakoztak be kioldóvizsgáló készülékekkel. A Sanyo bemutatta stabilitásvizsgáló kamráit, a Glatt cég pedig CIP rendszerrel fejlesztett fluidágyas granulálóját.

A konferenciát megelőző napon egy intenzív, egész napos kurzuson vehettek részt a jelentkezők, melynek témája a gyógyszeripari validálás jelenlegi szabályozása és a legújabb irányelvei. A konferencia utáni nap továbbképzése pedig a gyógyszerformulálás fejlesztésének lehetőségeivel, aeroszolok minőségi ellenőrzésével, por-inhalációs rendszerekkel foglalkozott.

A dublini konferencia mind témájában, mint pedig a megrendezés helyszínében maradandó, hasznos élményeket adott a résztvevő kollégáknak.

Bálint Sándorné és dr. Bozsik Erzsébet

hatóságnál benyújtotta a „Zanamivir” nevű influenza gyógyszer törzskönyvezési kérelmét. Ez a termék legelső törzskönyvi benyújtása.

A benyújtott anyag egész sorozat klinikai vizsgálat adatait tartalmazza, melyek közül a legutóbbi egy Ausztráliában az 1997-es tél folyamán készült III. fázisú vizsgálat volt.

E vizsgálat eredménye azt mutatta, hogy a „Zanamivir” jelentősen csökkenti a tünetek fennállásának idejét és súlyosságát, amennyiben a gyógyszert a beteg közvetlenül kezdi használni az influenza fertőzés után. Csökkennek továbbá a magas rizikójú betegcsoportok – idősek és légzőszervi, valamint szív- és érrendszeri betegségekben szenvedők – körében előforduló komplikációk is. Ezek a tapasztalatok megerősítik és kiegészítik a „Zanamivir” vizsgálatok II. fázisában kapott eredményeket.

Jelenleg is folynak III. fázisú vizsgálatok Észak-Amerikában és Európában annak érdekében, hogy pontosan meghatározhassák az influenza kezelésében ill. megelőzésében a „Zanamivir” hatékonyságát a különböző betegcsoportoknál.

A „Zanamivir” a hatását az influenza vírus életciklusába való beavatkozással éri el. Gátolja a neuroaminidase enzim, mely a fertőzés egyik sejtől a másikba való átterjedésének folyamatát irányítja. A gyógyszert speciális készülékkel kell bevinni, mely a hatóanyagot egyenesen a tüdőbe, az influenza fertőzés helyszínére juttatja.

A szert Ausztráliában fedezték fel a 80-as években, és a Glaxo Wellcome az ausztrál Biota Holdings-en keresztül szerezte meg a licencét. Ez feljogosítja a „Zanamivir” kifejlesztésére és forgalmazására világszerte.

A Glaxo Wellcome kutatás-orientált vállalat, melynek munkatársai szerte a világban a kapcsolódó egészségügyi hálózatokon át innovatív gyógyszerek bevezetésével és a betegek, valamint az egészségügyben dolgozók szolgálatával küzdenek a betegségek ellen.

A „Zanamivir” a Glaxo Wellcome védjegyzett terméke.

Szent-Iványi Kristóf

ROQUETTE GYÓGYSZERÉSZETI SZIMPÓZIUM

A Roquette cég egynapos gyógyszerészeti szimpóziумot rendezett az ipar szakemberei számára, Budapesten 1998. március 24-én a Hotel Benczúrban.

A cég magyarországi képviselője mellett francia részről *Mr. Olaf Häuser* és *Mr. Jean Darcas* urak köszöntötték a megjelenteket.

A délelőtti ülés a cég bemutatásával kezdődött. Történetük ismertetése során megtudhattuk, hogy a Roquette, amely ma napjaink egyik legismertebb keményítő gyártója, valamikor kezdetleges módszerekkel készített keményítővel látta el a francia háziasszonyokat, hogy ruháikat és terítőiket megfelelő keménységre vasalhassák. Fejlődésük jelenlegi szakaszában a legmodernebb technológiák bevezetésével készítményeiket már nemcsak a háztartásvegyipar alkalmazza, hanem az élelmiszer-, ital-, papír-, biokémia- és a gyógyszeripar is széles körben használja. A keményítők és származékaik alapanyaga a kukorica, a burgonya és a búza.

A program a gyógyszeriparban felhasznált anyagaik ismertetésével folytatódott. Ide tartoznak az injekciókhoz és infúziókhoz felhasználható pirogénmentes alapanyagok, továbbá a folyékony készítményeik, melyek elsősorban édesítőszer és színezőanyagok; egyes gélesztő és nedvesítő anyagai, valamint a szilárd gyógyszerformáknál nélkülözhetetlen töltő, szétesést és gördülékenységet segítő anyagai, amelyek változatai a hagyományos tablettázási technológián kívül a közvetlen tablettázásnál és a rágótábla gyártásnál is elterjedtek.

A délelőtti program hátralevő részében és a délutáni szekcióban az egyes területek speciális és újonnan kifejlesztett termékeit ismertették minden előnyükkel és hátrányukkal együtt. Említésre került

- a parenterális használatra alkalmazható pirogénmentes dextrose monohydrate (Lycadex PF),

- a közvetlen tablettázáshoz használható maltodextrin (Lab 2509);

- a nedves granuláláshoz használható két keményítő származék (Lycatab DSH, Lycatab PGS);

- a poliolkok közül a közvetlen tablettázáshoz használatos SD mannitol új fejlesztése a Pearlitol SD 200, továbbá a cukormentes bevonatok és a cukormentes szirupok készítésénél alkalmazott mannitol szirup (Lycasin 80/55).

A szekciók közötti szünetben a terített asztalok mellett nyílt mód az ipar szakembereinek széles körű vélemény- és tapasztalatcseréjére, annál is inkább, mivel a gyógyszergyáraink mindegyike képviseltette magát a szimpóziumon

Dr. Újhelyi Gabriella

A GLAXO WELLCOME BENYÚJTOTTA ELSŐ TÖRZSKÖNYVEZÉSI KÉRELMÉT A „ZANAMIVIR” NEVŰ, ÚJ, INFLUENZA ELLENES GYÓGYSZERRE

A Glaxo Wellcome Plc 1998. március 30-án bejelentette, hogy az ausztrál

KÖZÉRDEKŰ KÖZLEMÉNYEK

A NÉPJÓLÉTI MINISZTER 14/1998. (IV. 22.) NM RENDELETE
a Gyógyszerész Szakmai Kollégiumról (Magyar Közlöny 1998/33. 2703–2705. old.)

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. §-a (2) bekezdésének *m*) pontjában foglalt felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:

1. §

(1) A Gyógyszerész Szakmai Kollégium (a továbbiakban: kollégium) a gyógyszerésztudománynak és a gyógyszerellátásnak a (3) bekezdés alapján meghatározott területére vonatkozó vagy azt érintő kérdésekben véleményező, javaslattevő szakmai tanácsadó testület.

(2) A kollégium delegált, választott, illetve felkért tagokból áll, létszáma 21 fő.

(3) A kollégium intézeti gyógyszerészi, ipari gyógyszerészeti, közforgalmú gyógyszerészeti működési területen (a továbbiakban együtt: működési terület) gyakorolja a 2. § szerinti feladatait. A népjóléti miniszter (a továbbiakban: miniszter) – a Magyar Gyógyszerész Kamara (a továbbiakban: MGYK) és a Magyar Gyógyszerészeti Társaság (a továbbiakban: MGYT) véleményének kikérése után – további működési területet is kijelölhet a kollégium számára.

(4) A miniszter az általa kijelölt szakmai működési területet, és a kollégium személyi összetételét tájékoztatóban teszi közzé.

4. §

(1) A kollégium véleményt nyilvánít

a) a gyógyszerellátásra vonatkozó szakmai koncepciókról;
b) a működési területét érintő oktatási kérdésekről;
c) a gyógyszerellátási szabályozórendszerrel, ideértve
ca) az egészségügyi intézmények gyógyszerellátásnak finanszírozási kérdéseit,

cb) a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatási rendszerét, és

cc) az ellátás közgazdasági feltételrendszerét;
d) a szakmai felügyelet szervezeti és működési feltételeiről;
e) a működési területéhez tartozó egészségügyi intézmények létesítésével, fejlesztésével és megszüntetésével kapcsolatos kérdésekről, amennyiben a fejlesztés a gyógyszerészet szakmai területét érinti;

f) módszertani levelek és a szakmai irányelvek tervezetéről.

(2) A kollégium javaslatot tesz

a) felkérésre az intézeti főgyógyszerészek kinevezésének szakmai követelményeire, és – felkérésre – véleményezi a pályázó szakmai feltételeknek való megfelelést;

b) a gyógyszergyártás és a gyógyszer-nagykereskedelem területén végezni kívánt tevékenységhez külön jogszabály szerinti engedély kiadása esetén – a Népjóléti Minisztérium (a továbbiakban: Minisztérium) felkérésére – a gyógyszerészeti szakképesítést igénylő munkakörök esetén alkalmazandó szakmai követelményekre;

c) a szakmailag illetékes országos intézet(ek)nek módszertani levelek kidolgozására.

(3) A kollégium felkérésre közreműködik

a) az egészségügyi minőségbiztosítás feltételeinek és követelményeinek kidolgozásában és a követelményrendszer aktualizálásával, továbbá a tanúsításával kapcsolatos szakmai állásfoglalások kialakításában;

b) a gyógyszerterápiás eljárások szakmai protokolljainak kidolgozásában;

c) az egészségügyi szolgáltatások teljesítményfinanszírozá-

sáról szóló, a gyógyszerfelhasználást érintő javaslatok véleményezésében.

(4) A kollégium feladatának ellátása során együttműködik a működési területe szerinti országos intézettel (intézetekkel) és az országos tisztifőgyógyszerésszel.

3. §

(1) A kollégium

a) a Minisztérium, az Ipari, Kereskedelmi és Idegenforgalmi Minisztérium, illetve a Művelődési és Közoktatási Minisztérium,

b) a működési területe szerinti egészségügyi intézmények, továbbá az egészségügyi intézményeket fenntartó és finanszírozó szervek,

c) a működési területe szerinti országos intézet (intézetek) és az országos tisztifőgyógyszerész, valamint

d) az egészségügyi területén működő köztisztviselők, érdekvédelmi szervezetek, alapítványok és társadalmi szervezetek, szakmai tudományos testületek

felkérésére vagy saját kezdeményezése alapján jár el.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott szervek felkéréseit a kollégiumhoz a Minisztérium által működtetett kollégiumi titkárságon keresztül intézik.

4. §

(1) A kollégium tagjait – a (6) bekezdésben foglaltak kivételével – a miniszter felkérése alapján

a) az MGYK,

b) az MGYT,

c) az orvostudományi egyetemek gyógyszerésztudományi kara, továbbá a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Gyógyszerészeti Tanszéke (a továbbiakban együtt: orvostudományi egyetemek), valamint

d) a Magyar Tudományos Akadémia (a továbbiakban: MTA) által jelölt személyek (a továbbiakban: Választó Testület) választják maguk közül.

(2) A Választó Testületbe az (1) bekezdés szerinti szervezetek jelölteket állítanak az alábbiak szerint

a) a megyei területi gyógyszerész kamarák 1–1 főt,

b) a fővárosi területi kamara 4 főt,

c) a gyógyszerészet területén működő szakmai tudományos egyesületek az MGYT által koordinált módon összesen 20 főt,

d) az orvostudományi egyetemek 5–5 főt.

(3) Kollégiumi tagságra az a magyar állampolgárságú gyógyszerészeti szakterületen tevékenységet folytató személy jelölhető, aki

a) az 1. § (3) bekezdés szerinti területen kiemelkedő szakmai tevékenységet folytat, továbbá

b) magyar egyetemen diplomát szerzett vagy külföldi egyetemen szerzett diplomáját honosították, és

c) szerepel a Gyógyszerészek Országos Nyilvántartásában, vagy a – jogszabályban elrendelt – szakterülete szerinti országos nyilvántartásban.

(4) Ugyanaz a személy az (1) bekezdés szerinti szervezetek közül több szerv által is jelölhető. A jelöltnek nyilatkoznia kell arról, hogy a (3) bekezdés szerinti együttes feltételeknek megfelel, és a kollégiumi tagsági jelölést elfogadja.

(5) A kollégiumi tagsági választást az MGYK bonyolítja le. A választás titkos, valamennyi jelölt választásra jogosult és választható. Megválasztott kollégiumi tagnak az a jelölt tekinthe-

tő, aki a legtöbb szavazatot kapta. Szavazategyenlőség esetén az azonos számú szavazatot kapott jelöltek közül választanak a jelöltek. A választás akkor érvényes, ha a jogosultak 2/3-a érvényes szavazatot adott le. Érvényesen szavazni csak a szavazólapon szereplő jelölt neve mellett lévő körbe tollal írt egy-mást metsző két vonallal lehet. Érvénytelen az a szavazat,

a) amelyet nem a szavazólapon adtak le; vagy
b) amelyből nem lehet megállapítani, hogy a szavazó kire szavazott; vagy

c) amelyet ceruzával kitöltött szavazólapon adtak le.
(6) Az MTA, MGYT, valamint az orvostudományi egyetemek egy-egy tagot közvetlenül delegálnak a kollégiumba.

(7) A kollégium tagjainak megbízása 4 évre szól, a tagokat a választás, illetve delegálás alapján a miniszter erősíti meg.

(8) Amennyiben a (7) bekezdés szerinti időtartam alatt a választott kollégiumi tagság megszűnik, az (5) bekezdés szerinti választás során a megválasztott kollégiumi tag után a legtöbb érvényes szavazatot kapott jelölt válik kollégiumi taggá a megszűnt tagsági viszonyból hátralévő időtartamra. Delegált tagság esetén a (6) bekezdés szerinti szerv új tagot delegál a kollégiumba a megszűnt tagsági viszonyból hátralévő időtartamra.

(9) Amennyiben az (1) és (6) bekezdésben meghatározott eljárás alapján a kollégium tagjainak száma nem érné el az 1. § (2) bekezdésében foglalt létszámot, úgy a miniszter az MGYK és az MGYT véleményének kikérése után az adott szakterületen kimagasló eredményt elért személyeket kér fel kollégiumi tagságra.

5. §

(1) A kollégium tagjai közül elnököt választ. A kollégium megválasztott elnökét a miniszter erősíti meg 4 éves időtartamra.

(2) A miniszter az MGYT által delegált tagot kijelöli a titkári feladatok ellátására.

6. §

(1) Összeférhetetlen a kollégium elnöki vagy titkári tisztségével, ha valaki

a) az egészségügy szakmai irányításában, felügyeletében vagy finanszírozásában köztisztviselőként vagy közalkalmazottként részt vesz;

b) gyógyszer, egészségügyi terméket gyártó vagy forgalmazó gazdasági társaságban vagy közhasznú társaságban tulajdonnal rendelkezik – a nem részre szóló részvénytulajdon kivételével – vagy ezen társaságokban igazgatótanácsi, illetve felügyelőbizottsági tag vagy vezető tisztségviselő.

(2) Az összeférhetlenséggel érintett személy köteles kollégiumi tisztségre jelölésekor, tisztsége idején az összeférhetlenséget okozó körülmény bekövetkeztét követő 8 napon belül írásban nyilatkozni az (1) bekezdésben meghatározott összeférhetlenségi okok fennállásáról.

(3) A jelölt köteles megválasztása előtt írásban nyilatkozni arról, hogy vele szemben nem áll fenn összeférhetlenségi ok, illetőleg, hogy megválasztása esetén az összeférhetlenségi okot haladéktalanul megszünteti. A tisztségviselő az összeférhetlenségi okot – ha az megválasztása után következett be – a (2) bekezdés szerinti bejelentést követő 30 napon belül megszünteti, vagy a tisztségről lemond.

7. §

A kollégium működési költségeit és a működés koordinálásához szükséges adminisztratív háttérrel a Minisztérium biztosítja.

8. §

(1) A kollégium a megalakulását követő 30 napon belül kidolgozza és elfogadja ügyrendjét, továbbá éves munkatervét, amelyeket az elfogadást követő 15 napon belül eljuttat a Minisztérium és az MGYK részére.

(2) A kollégium ülése határozatképes, amennyiben azon a tagoknak több mint fele jelen van. A kollégium javaslatait, állásfoglalásait az ülésen jelen lévő tagok több mint felének egyetértése esetén hozza meg.

(3) A kollégium az ügyrendjében meghatározott gyakorisággal, illetve szükség szerint tartja üléseit. A kollégiumi ülésekre tanácskozási joggal meg kell hívni a Minisztérium, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, az Országos Gyógyszerészeti Intézet és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár képviselőjét, az ülés tárgya szerint érintett tudományos társaság, egyesület elnökét, valamint szükség esetén más érintett személyeket.

(4) A kollégium üléseiről jegyzőkönyv és emlékeztető készül, amelynek egy-egy példányát az ülést követő 8 napon belül a kollégium megküldi az ETT Titkársága részére.

9. §

Ez a rendelet 1998. július 1-jén lép hatályba.

*Dr. Kökény Mihály s. k.,
népjóléti miniszter*

A NÉPJÓLÉTI MINISZTER 13/1998. (IV. 22.) NM RENDELETE

a gyógyszerárban forgalmazható termékekről szóló 43/1996. (XI. 29.) NM rendelet módosításáról
(Magyar Közlöny 1998/33. 2702–2703. old.)

A gyógyszerárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló, többször módosított 1994. évi LIV. törvény 42. §-a (2) bekezdésének a) és d) pontjában kapott felhatalmazás alapján az alábbiakat rendelem el:

1. §

A gyógyszerárban forgalmazható termékekről szóló 43/1996. (XI. 29.) NM rendelet (a továbbiakban: R.) 1. számú melléklete a következő 5. új ponttal egészül ki:

„5. A természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről szóló 11/1997. (V. 28.) NM rendelet 4. §-ának (2) bekezdése szerint nyilvántartásba vett homeopatiás készítmények. Ezen készítmények jegyzékét a népjóléti miniszter a tárca hivatalos lapjában közlésezi.”

2. §

Az R. 2. számú melléklete helyébe e rendelet *melléklete* lép.

3. §

Ez a rendelet a kihirdetését követő 8. napon lép hatályba, hatálybalépésével egyidejűleg az R. 2. §-ának (2) bekezdése, 4. §-a (1) bekezdésének a) pontja, a (2) bekezdésének b) pontja, valamint az R. 1. számú mellékletének 4. e) pontjában „a társadalombiztosítási támogatással igénybe nem vehető” szövegrész a hatályát veszti.

*Dr. Kökény Mihály s. k.,
népjóléti miniszter*

MELLÉKLET a 13/1998. (IV. 22.) NM rendelethez

„2. számú melléklet a 43/1996. (XI. 29.) NM rendelethez. Gyógyszertárban is forgalmazható termékek”

1. Az illetékes egészségügyi hatóságok által engedélyezett

- a) gyógyászati segédeszközök,
- b) orvosi kéziműszerek, eszközök,
- c) beteg- és csecsemőápolási cikkek,
- d) egészségügyi felhasználás céljára alkalmasnak minősített – minőségi tanúsítvánnyal rendelkező – egészségügyi cikkek,

e) nem steril kötőanyagok, kötészögítők, vatta, papírvatta, egyéb vattaféleségek,

f) orvosi, laboratóriumi vizsgálatokhoz szükséges vegyszerek, vegyszeroldatok,

g) in vitro diagnosztikumok (a radioaktív diagnosztikumok kivételével),

h) gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagok és készítmények, i) fertőtlenítőszer.

2. Gyógy- és ásványvizek.

3. Gyógyteák.

4. Törzskönyvezett állatgyógyászati készítmények és premixek.

5. A rovar- és rágcsálóirtó szerek, valamint a riasztószerek forgalomba hozataláról és felhasználásáról szóló 3/1969. (V. 16.) EüM rendelet alapján forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező rovarcsípés megelőzésére és kezelésére szolgáló külsőleges készítmények.

6. A kozmetikai készítmények forgalomba hozatalának egészségügyi feltételeiről szóló 7/1994. (IV. 20.) NM ren-

delet 1. számú mellékletében felsorolt kozmetikai készítmények közül 1–5., 7–9., 11., 13., 16–17. pontok, valamint a 12. pont a lakk, körömlakk lemosó, körömépítő anyagok kivételével.

7. Az élelmiszerekről szóló 1995. évi XC. törvény végrehajtásáról szóló 1/1996. (I. 9.) FM–NM–IKM együttes rendelet 8. számú mellékletének 1., 3., 5. pontjai, valamint a fogyasztószerek.

8. Nyomdai vagy elektronikus úton előállított – az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, illetve a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet által – egészségügyi témájának minősített kiadványok.

9. Közegészségügyi vizsgálati tartályok.”

FELHÍVÁS KONFERENCIA-RÉSZVÉTELRE

A GYÓGNÖVÉNYKUTATÁS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI: TERPENOIDKÉMIA, KEMOTAXONÓMIA
SZEGED, 1998. OKTÓBER 21–22.

Az MGYT Gyógynövény Szakosztálya, az MTA Terpenoidkémiai és Elemorganikus Munkabizottsága és a SZAB Farmakognózia Munkabizottsága közös szimpóziumot szervez

az MTA Biológiai Tudományok Osztálya támogatásával a fent jelzett címen.

A rendezvény időpontja: 1998. október 21–22.

A rendezvény helyszíne: Szegedi Akadémiai Bizottság Székháza, Szeged, Somogyi B. u. 7.

Szállás: Hungária Szálloda, Szeged, Maros u. 1.; egyágyas szobaár: 6300 Ft (kötelező reggelivel); kétágyas szobaár: 7600 Ft (kötelező reggelivel).

A rendezvényen vitával együtt 20 perces időtartamú orális előadásokat tervezünk. Amennyiben a bejelentett prezentációk száma szükségessé teszi,

poszterek bemutatására is sor kerülhet. Az előadások kivonatait a Gyógyszerészet című folyóirat hasábjain kívánjuk megjelentetni.

A szimpózium témakörei:

- terpenoidkémia,
- elemorganikus kémia a természetes szerves vegyületek szintézisében,
- növénykémia,
- kemotaxonómia, biodiverzitás,
- gyógynövények (terápiás) hasznosítása.

A szimpóziumra 1998. szeptember 1-jéig jelenthető be előadások a mellékelt formanyomtatványon az alábbi címen: SZOTE Gyógynövény- és Drogismereti Intézet 6701 Szeged, Pf. 121.

A szimpóziumot önköltségesen, részvételi díj befizetés nélkül kívánjuk lebonyolítani. A résztvevőknek a szállásdíj be-

fizetéséről kell gondoskodniuk. Étkezési lehetőséget a SZOTE menzáján biztosítunk. Október 21-én a Hungária Szállodában társas vacsorát rendezünk szponzorok támogatásával. A szimpóziummal kapcsolatos további tudnivalókat későbbi körlevelünkben közöljük. A rendezvényen kapcsolatban érdeklődni lehet:

Dr. Hohmann Judit

E-mail: hohmann@pharma.szote-u-szeged.hu

SZOTE Gyógynövény- és Drogismereti Intézet, 6701 Szeged, Pf. 121., tel: (62) 455-558, fax: (62) 324-177

Dr. Poppe László

E-mail: poppe.szk@chem.bme.hu

BME Szerves Kémiai Tanszék 1111 Budapest, Gellért tér 4., tel: 463-2229, fax: 463-3297

JELENTKEZÉSI LAP

az 1998. október 21–22-én Szegeden megrendezendő

„A gyógynövénykutatás aktuális kérdései: Terpenoidkémia, Kemotaxonómia” című szimpóziumra

Beküldési határidő: 1998. szeptember 1.

Név: Beosztás:
 Munkahely megnevezése és címe:
 Telefon: Fax:
 Levelezési cím:
 Szállásigényem lesz: igen nem
 Az előadás címe:
 Szerző(k) neve:

A jelentkezés küldendő: SZOTE Gyógynövény- és Drogismereti Intézet 6701 Szeged, Pf. 121.

Kelt:

alíírás

PÁLYÁZAT

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság és a Gyógyszertechnológiai Szakosztály Vezetősége az alapítványtevőkkel egyetértésben ötödik alkalommal hirdeti meg a

„Dávid Lajos Jutalomdíj”

pályázatot.

A pályamunka témája a gyógyszerkészítés és előállítás gyógyszertechnológiai jellegű problémáinak bemutatása illetve megoldása. A pályázat formája és terjedelme nincs külön előíráshoz kötve.

Pályázatot benyújthat minden magyar állampolgárságú, elsősorban fiatal gyógyszerész.

A jutalomdíj összege: I. díj 30 000 Ft, II. díj 20 000 Ft.

A pályázat benyújtásának helye: MGYT Gyógyszertechnológiai Szakosztály vezetősége, 1092 Budapest, Hógyes Endre u. 7.

Pályázati határidő: 1998. október 31.

1998. évi Gyógyszertechnológiai Kollokvium

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság Gyógyszertechnológiai Szakosztálya várja minden érdeklődő jelentkezését „A gyógyszergyártás aktuális kérdései” című témakörben 1998. december 4-én 10.00 órai kezdettel, a Pharmafontana Rt. előadótermében (Budapest, Zrínyi utca 3. V. em.), megrendezésre kerülő Gyógyszertechnológiai Kollokviumra.

További információ: dr. Antal István szakosztálytitkárnál, SOTE Gyógyszerészeti Intézet, 1092 Budapest, Hógyes E. u. 7., Tel.: 217-1222/56, Fax: 217-0914

A GYÓGYSZERÉSZTÖRTÉNETI SZAKOSZTÁLY FELHÍVÁSA

A Gyógyszerésztörténeti Szakosztály megalakulásának 30. évfordulója alkalmából megrendezi a VIII. GYÓGYSZERÉSZTÖRTÉNETI KONFERENCIÁT Kőszegen, 1998. szeptember 25-26-án.

Az évfordulón visszatekintünk 30 év munkájára, eseményeire. Emlékezünk előadásokkal, képekkel. Hívogatjuk mindazokat, akik ezen időszak alatt a szakosztály munkájában, vagy rendezvényein részt vettek. Kérjük jelentkezzenek emlékműveikkel, fénykép dokumentumaikkal. Hasonlóan szeretettel hívogatjuk azokat, akik a szakosztály három évtizedének eseményeiről szeretnének képet alkotni, vagy most kívánnak a szaktörténet műhelyébe bepillantani. Invitáljuk mindazokat, akik a magyar gyógyszerész múzeológia fellegvárával, és az annak otthont adó ékszerdobozzal, Kőszeg városával óhajtanak megismerkedni. A konferencia másik témájaként történeti vizsgálódás tárgyává tesszük a gyógyszerészet és az állam viszonyát. Jogi-, etikai- és gazdasági kérdések, tulajdonviszonyok, államosítás, privatizáció, stb. köréből várunk előadásra jelentkezőket, illetve ezen téma iránt érdeklődőket.

A konferencia helyszíne: Jurisich vár. Szállítás: Hotel Írótkő, két ágyas szobákkal, 4000 Ft/fő/nap, reggelivel. Étkezés: Gesztenyés Étterem, ebéd: 900 Ft, vacsora: 700 Ft. Résztvételi díj: 1000 Ft.

Tervezett program:

Szeptember 25., péntek.

- 13.00 Megnyitó
- 13.30– 30 éves a Szakosztály, előadások
- 16.00– Patikamúzeumok megtekintése, városnézés.
- 19.00– Társas vacsora

Szeptember 26. (szombat).

- 8.30– Gyógyszerészet és az állam, előadások
- 12.00–13.00 Kerekasztal beszélgetés a gyógyszerésztörténelem helyzetéről. Zárszó.
- 14.00– Fakultatív kirándulás Kőszeg környékén.

Szállásfoglalás választható kettő (24-én, 25-én) vagy egy (25-én) éjszakára. A 24-én délután érkezőknek – kellő számú jelentkező esetén – a megnyitói külön programot szervezünk. A jelentkezőknek további részletes programot küldünk. A jelentkezéskor kérjük feltüntetni, hogy hány éjszakára óhajt szállást foglalni. Írásos jelentkezéseket 1998. június 30-ig várunk a következő címre: dr. Grabarits István 6300 Kalocsa, Szt. István király út 57. Felvilágosítás: ugyanott, telefon: (78) 462-570.

Gyógyszerésztörténeti Szakosztály

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI

Gyógyszerészet 42. 308-311. 1998.

1998. április 1-jétől-április 30-ig törzskönyvezett gyógyszerkészítmények

(A felsorolt készítmények akkor kerülnek forgalomba, ha a Népjóléti Közlönyben kihirdetésre kerültek)

- Aprovel 75 mg tabletta** Sanofi Winthrop
Irbesartanum 75 mg
ATC: C09C A04
(Angiotenzin II receptor antagonist)
- Aprovel 150 mg tabletta** Sanofi Winthrop
Irbesartanum 150 mg
ATC: C09C A04
(Angiotenzin II receptor antagonist)
- Aprovel 300 mg tabletta** Sanofi Winthrop
Irbesartanum 300 mg
ATC: C09C A04
(Angiotenzin II receptor antagonist)
- Betamann 0,1% szemcsepp** Mann
Metipranololum 0,1%
ATC: S01E D04
(Glaukoma elleni szer)
- Betamann 0,3% szemcsepp** Mann
Metipranololum 0,3%
ATC: S01E D04
(Glaukoma elleni szer)
- Biostator aeroszol** Egis
Fusafunginum 50 mg/5 ml
ATC: R02A B03
(Gégészeti készítmény)
- Cliniril 200 mg tabletta** MSD
Sulindacum 200 mg
ATC: M01A B02
(Nem szteroid gyulladásgátló)
- Divigel 0,1% gél, 0,5 g** Orion
Oestradiolum 0,1%
ATC: G03C A03
(Ösztrogén pótlás gyógyszere)
- Divigel 0,1% gél, 1 g** Orion
Oestradiolum 0,1%
ATC: G03C A03
(Ösztrogén pótlás gyógyszere)
- Duratears szemkenőcs** Alcon
Farmakológiailag aktív hatóanyag nélküli
ATC: S01X A20
(Szemszárazság elleni gyógyszer)
- Estraderm MX 25 tapasz** Novartis
Oestradiolum 0,75 mg
ATC: G03C A03
(Ösztrogén pótlás gyógyszere)
- Estraderm MX 50 tapasz** Novartis
Oestradiolum 1,50 mg
ATC: G03C A03
(Ösztrogén pótlás gyógyszere)
- Estraderm MX 100 tapasz** Novartis
Oestradiolum 3,0 mg
ATC: G03C A03
(Ösztrogén pótlás gyógyszere)
- Gaviscon rágótabletta** Rechitt and Colmann
Acidum alginicum 500 mg
Na-hydrogencarbonicum 170 mg
Al hydroxydatum siccum 100 mg
Mg trisilicicum 25 mg
ATC: A02E A01
(Antacidum)
- Gaviscon citrom ízű rágótabletta** Rechitt and Colmann
Acidum alginicum 500 mg
Na-hydrogencarbonicum 170 mg
Al hydroxydatum siccum 100 mg
Mg trisilicicum 25 mg
ATC: A02E A01
(Antacidum)
- Granocyte 13 injekció** Rhône-Poulenc
Lenograstimum 33,6 M NE
ATC: L03A A10
(Immunstimuláns szer)
- Granocyte 34 injekció** Rhône-Poulenc
Lenograstimum 33,6 M NE
ATC: L03A A10
(Immunstimuláns szer)
- Huma-Metazol 0,1% orrspray** Human-pharma
Xylometazolinium chloratum 0,1%
ATC: R01A A07
(Orr-ödéma csökkentő szer)
- Linoladiol-H N krém** Wolff
Prednisolonum 0,10 g/25 g
Oestradiolum 1,25 mg/25 mg
ATC: G03C C59
(Lokális kortikoszteroid és ösztrogén gyógyszer)
- Linola-sept emulzió (külsőlegesen használatra)** Wolff
Clioquinolum 0,5 g/100 g
ATC: D08A H30
(Bőrfertőzés elleni szer)
- Lomusol 2% orrspray** Rhône-Poulenc
Natrium cromoglicicum 2%
ATC: R01A C01
(Allergia elleni szer)
- Mianserin-Merck 30 mg tabletta** Merck
Mianserinium chloratum 30 mg
ATC: N06A X03
(Antidepresszáns)
- Mianserin-Merck 60 mg tabletta** Merck
Mianserinium chloratum 60 mg
ATC: N06A X03
(Antidepresszáns)
- Mirena levonorgestrel intrauterin eszköz** Leiras/Schering
Levonorgestrelum 52 mg
ATC: G03A C03
(Nőgyógyászati készítmény)
- Orociol oldat** Novartis Consumer Health
Benzoxonium chloratum 0,5 mg/1 ml
ATC: R02A A19
(Gégészeti készítmény)
- Orofar oldat** Novartis Consumer Health
Benzoxonium chloratum 0,5 mg/1 ml
Lidocainium chloratum 0,5 mg/1 ml
ATC: R02A A29
(Gégészeti kombinációs készítmény)
- Pentohexal injekció** Hexal
Pentoxiphyllinum 100 mg
ATC: C04A D03
(Perifériás értágító)
- Pentohexal 300 injekció** Hexal
Pentoxiphyllinum 300 mg
ATC: C04A D03
(Perifériás értágító)
- Pharmatex egydagos krém** Innothera
Benzalconium chloratum 0,054 g/4,5 g
ATC: G02 BB
(Helyi fogamzásgátlás)
- Pharmatex hüvelytabletta** Innothera
Benzalconium chloratum 20 mg
ATC: G02 BB
(Helyi fogamzásgátlás)
- Pharmatex hüvelykúp** Innothera
Benzalconium chloratum 18,9 mg
ATC: G02 BB
(Helyi fogamzásgátlás)
- Pharmatex krém** Innothera
Benzalconium chloratum 0,012 g/1 g
ATC: G02 BB
(Helyi fogamzásgátlás)

Ritmetol 50 tabletta ICN-Alkaloida
Metoprololum 50 mg
ATC: C07A B02
(Szelektív béta-receptor blokkoló)

Ritmetol 100 tabletta ICN-Alkaloida
Metoprololum 100 mg
ATC: C07A B02
(Szelektív béta-receptor blokkoló)

Solian 50 mg tabletta Synthelabo
Amisulpridum 50 mg
ATC: N05A L05
(Schizophrénia elleni szer)

Solian 200 mg tabletta Synthelabo
Amisulpridum 200 mg
ATC: N05A L05
(Schizophrénia elleni szer)

Solpaflex tabletta Smith Kline Beecham
Consumer Health
Ibuprofenum 200 mg
ATC: M01A E01
(Nem-szteroid gyulladásgátló)

Taracef 250 mg kapszula Krka
Cefaclorum 250 mg
ATC: J01D A08
(Béta-laktám baktérium elleni szer)

Taracef 500 mg kapszula Krka
Cefaclorum 500 mg
ATC: J01D A08
(Béta-laktám baktérium elleni szer)

Taracef 125 mg/5 ml granulátum szuszpenzióhoz Krka
Cefaclorum 125 mg/5 ml
ATC: J01D A08
(Béta-laktám baktérium elleni szer)

Taracef 250 mg/5 ml granulátum szuszpenzióhoz Krka
Cefaclorum 250 mg/5 ml
ATC: J01D A08
(Béta-laktám baktérium elleni szer)

Tasmar 100 mg tabletta Roche
Tolcaponium 100 mg
ATC: N04B X01
(Parkinson elleni szer)

Tasmar 200 mg tabletta Roche
Tolcaponium 200 mg
ATC: N04B X01
(Parkinson elleni szer)

Telebrix N 300 injekció, 50 ml Byk
Acidum ioxitalamicum 300
ATC: V08A A05
(Jódtartalmú kontrasztanyag)

Uromitexan 400 mg filmtabletta Asta
Mesnum 400 mg
ATC: V03A F01
(Méregtelenítőszer)

Uromitexan 600 mg filmtabletta Asta
Mesnum 600 mg
ATC: V03A F01
(Méregtelenítőszer)

Vancomycin 500 mg por injekcióhoz (oldószer nélkül) Sanofi Winthrop/Chinoi
Vancomycinum 500 mg
ATC: J01X A01
(Baktérium elleni szer)

Vibrocil adagoló orrspray Novartis
Consumer Health
Dimetindenium maleinicum 3,75 mg
Phenylephrinum 37,5 mg
ATC: R01A B01
(Orr-ödéma csökkentő szer)

Viru-Merz gél Merz+Co
Tromantadinium chloratum 10 mg/1 g
ATC: D06B B02
(Vírus ellenes szer)

Xanomel 150 mg filmtabletta Clonmel
Ranitidinum 150 mg
ATC: A02B A02
(Peptikus fekély elleni szer)

Xanomel 300 mg filmtabletta Clonmel
Ranitidinum 300 mg
ATC: A02B A02
(Peptikus fekély elleni szer)

Az adatokat az Országos Gyógyszerészeti Intézet bocsátotta rendelkezésünkre
(Összeállította: *dr. Hardy Gézáné*)

1998. április 1–1998. április 30. között forgalomba hozott új készítmények

GYÓGYSZEREK

- **Accolate 20 mg tabletta 28x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 4524 Ft
- **Accolate 40 mg tabletta 28x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 9047 Ft
- **Actovegin 5% krém 20 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 475 Ft
- **Actovegin 5% krém 50 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 969 Ft
- **Actovegin 20% krém 20 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 941 Ft
- **Actovegin 20% krém 50 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 1837 Ft
- **Cerebrolysin 1 ml injekció 10x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 1400 Ft
- **Cerebrolysin 10 ml injekció 5x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 5008 Ft
- **Diclofenac-B 25 mg bélben oldódó filmtabletta 30x**
Tb. támogatás: 70% (181 Ft); 90% (233 Ft)
Nagyker. ár: 203Ft
- **Diclofenac-B 50 mg bélben oldódó filmtabletta 30x**
Tb. támogatás: 70% (264 Ft); 90% (339 Ft)
Nagyker. ár: 299Ft
- **Flunitrazepam-B 2 mg tabletta 10x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 162 Ft
- **Gyneiod hüvelytabletta 14x**
Tb. támogatás: 50% (162 Ft)
Nagyker. ár: 256 Ft
- **Herpesin 250 mg injekció 10x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 15 417Ft
- **Lipantor kapszula 30x**
Tb. támogatás: 70% (924 Ft)
Nagyker. ár: 1100 Ft
- **Liquifilm szemcsepp 1x10 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 254 Ft
- **Livostin szemcsepp 1x4 ml**
Tb. támogatás: 50% (605 Ft)
Nagyker. ár: 1010 Ft

- **Livostin orrspray 1x10 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 1141 Ft
- **Maprolu 10 filmtabletta 20x**
Tb. támogatás: 50% (125 Ft); 90% (225 Ft); 100% (250 Ft)
Nagyker. ár: 192 Ft
- **Maprolu 10 filmtabletta 50x**
Tb. támogatás: 50% (228 Ft); 90% (410 Ft); 100% (455 Ft)
Nagyker. ár: 361 Ft
- **Maprolu 10 filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: 50% (374 Ft); 90% (672 Ft); 100% (747 Ft)
Nagyker. ár: 617 Ft
- **Maprolu 25 filmtabletta 20x**
Tb. támogatás: 50% (188 Ft); 90% (338 Ft); 100% (375 Ft)
Nagyker. ár: 298 Ft
- **Maprolu 25 filmtabletta 50x**
Tb. támogatás: 50% (337 Ft); 90% (607 Ft); 100% (674 Ft)
Nagyker. ár: 544 Ft
- **Maprolu 25 filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: 50% (545 Ft); 90% (981 Ft); 100% (1090 Ft)
Nagyker. ár: 910 Ft
- **Maprolu 50 filmtabletta 20x**
Tb. támogatás: 50% (148 Ft); 90% (266 Ft); 100% (296 Ft)
Nagyker. ár: 235 Ft
- **Maprolu 50 filmtabletta 50x**
Tb. támogatás: 50% (341 Ft); 90% (613 Ft); 100% (681 Ft)
Nagyker. ár: 551 Ft
- **Maprolu 50 filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: 50% (680 Ft); 90% (1224 Ft); 100% (1360 Ft)
Nagyker. ár: 1134 Ft
- **Maprolu 75 filmtabletta 20x**
Tb. támogatás: 50% (368 Ft); 90% (662 Ft); 100% (736 Ft)
Nagyker. ár: 606 Ft
- **Maprolu 75 filmtabletta 50x**
Tb. támogatás: 50% (625 Ft); 90% (1125 Ft); 100% (1250 Ft)
Nagyker. ár: 1045 Ft
- **Maprolu 75 filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: 50% (1145 Ft); 90% (2061 Ft); 100% (2290 Ft)
Nagyker. ár: 1942 Ft
- **Micropaque H. D. oral 20x416 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 14 015 Ft
- **Multi-Tabs rágótabletta 30x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 438 Ft
- **Multi-Tabs vitamin ásványi anyagokkal filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 881 Ft
- **Multi-Tabs vitamin ásványi anyagokkal és bétakarotinnal filmtabletta 80x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 881 Ft
- **Multi-Tabs 1–10 éves gyermekeknek rágótabletta 30x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 438 Ft
- **Nootropil 800 mg filmtabletta 150x**
Tb. támogatás: 50% (1280 Ft); 90% (2034 Ft)
Nagyker. ár: 2170 Ft
- **Omnipaque 350 mg 1/ml injekció 6x200 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 109 179 Ft
- **Omniscan 0,5 mmol/ml injekció 10x10 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 134 742 Ft
- **Omniscan 0,5 mmol/ml injekció 10x15 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 186 894 Ft
- **Omniscan 0,5 mmol/ml injekció 10x20 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 226 530 Ft
- **Ortho-Gynest D hüvelykúp 6x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 825 Ft
- **Pirorheum tablettá 20x**
Tb. támogatás: 70% (223 Ft)
Nagyker. ár: 253 Ft
- **Pirorheum tablettá 50x**
Tb. támogatás: 70% (459 Ft)
Nagyker. ár: 525 Ft
- **Pirorheum tablettá 100x**
Tb. támogatás: 70% (896 Ft)
Nagyker. ár: 1066 Ft
- **Pirorheum 20 mg tablettá 20x**
Tb. támogatás: 70% (349 Ft)
Nagyker. ár: 395 Ft
- **Pirorheum 20 mg tablettá 50x**
Tb. támogatás: 70% (784 Ft)
Nagyker. ár: 936 Ft
- **Pirorheum 20 mg tablettá 100x**
Tb. támogatás: 70% (1484 Ft)
Nagyker. ár: 1795 Ft
- **Pirorheum 20 mg injekció 1x**
Tb. támogatás: 70% (113 Ft)
Nagyker. ár: 146 Ft
- **Pirorheum 20 mg injekció 3x**
Tb. támogatás: 70% (169 Ft)
Nagyker. ár: 186 Ft
- **Pirorheum 20 mg injekció 30x**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 1697 Ft
- **Pirorheum végbélkúp 10x**
Tb. támogatás: 70% (370 Ft)
Nagyker. ár: 420 Ft
- **Pirorheum végbélkúp 20x**
Tb. támogatás: 70% (676 Ft)
Nagyker. ár: 805 Ft
- **Pirorheum végbélkúp 50x**
Tb. támogatás: 70% (1400 Ft)
Nagyker. ár: 1692 Ft
- **Recofol 10 mg/ml inj. 5x20 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 5547 Ft
- **Recofol 10 mg/ml inj. 1x50 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 2773 Ft
- **Recofol 10 mg/ml inj. 1x100 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 5720 Ft
- **Rheumon gél 40 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 344 Ft
- **Strepsils Plus tablettá 24x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 405 Ft
- **Trusopt 2% szemcsepp 1x5 ml**
Tb. támogatás: 0%; 90% (2367 Ft)
Nagyker. ár: 2230 Ft
- **Tyzine 0,05% orrcsepp gyermekeknek 1x10 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 422 Ft
- **Tyzine 0,1% orrcsepp 1x10 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 444 Ft
- **Valtrex tablettá 10x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (6372 Ft)
Nagyker. ár: 6101 Ft

- **Vepesid 100 mg inj. 10x5 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 18 714 Ft
- **Verospiron 50 mg kapszula 30x**
Tb. támogatás: 90% (816 Ft)
Nagyker. ár: 756 Ft
- **Verospiron 100 mg kapszula 30x**
Tb. támogatás: 90% (1206 Ft)
Nagyker. ár: 1114 Ft
- **Vistagan liquifilm 0,25% szemcsepp 1x5 ml**
Tb. támogatás: 90% (600 Ft)
Nagyker. ár: 537 Ft
- **Actisorb plus 10,5 cm x 10,5 cm 10x steril**
Nagyker. ár: 4235 Ft + ÁFA 12%
- **Actisorb plus 19 cm x 10,5 cm 25x steril**
Nagyker. ár: 19 663 Ft + ÁFA 12%
- **Bioclusive filmkötszer 5,1 cm x 7,6 cm 100x steril**
Nagyker. ár: 7810 Ft + ÁFA 12%
- **Bioclusive filmkötszer 10,2 cm x 10,7 cm 50x steril**
Nagyker. ár: 10 120 Ft + ÁFA 12%
- **Bioclusive filmkötszer 12,7 cm x 17,8 cm 20x steril**
Nagyker. ár: 6490 Ft + ÁFA 12%
- **Bioclusive filmkötszer 10,2 cm x 25,4 cm 20x steril**
Nagyker. ár: 4686 Ft + ÁFA 12%
- **N-A dressing 9,5 cm x 9,5 cm 40x steril**
Nagyker. ár: 1672 Ft + ÁFA 12%
- **N-A dressing 19 cm x 9,5 cm 25x steril**
Nagyker. ár: 2283 Ft + ÁFA 12%
- **Tielle hidropolimer lap 11 cm x 11 cm 10x steril**
Nagyker. ár: 6534 Ft + ÁFA 12%
- **Tielle hidropolimer lap 15 cm x 20 cm 5x steril**
Nagyker. ár: 7205 Ft + ÁFA 12%
- **Tielle hidropolimer lap 18 cm x 18 cm 5x steril**
Nagyker. ár: 7700 Ft + ÁFA 12%
- **Tielle Sacrum 5x steril**
Nagyker. ár: 8140 Ft + ÁFA 12%
- **Steripad steril sebfedő 12,5 cm x 10 cm 40x**
Nagyker. ár: 5104 Ft + ÁFA 12%
- **Steripad steril sebfedő 19 cm x 10 cm 40x**
Nagyker. ár: 7084 Ft + ÁFA 12%
- **Steripad steril sebfedő 25 cm x 10 cm 40x**
Nagyker. ár: 6468 Ft + ÁFA 12%

EGYÉB TERMÉKEK

- **Irriclenz sóoldat aerosol**
Nagyker. ár: 637 Ft + ÁFA 12%

Johnson and Johnson kötszercsalád
(TB. 90, illetve 100%-os támogatással)

- **Inadine jódos steril lap 5 cm x 5 cm**
Nagyker. ár: 1760 Ft + ÁFA 0%

- **Inadine jódos steril lap 9,5 cm x 9,5 cm 25x**
Nagyker. ár: 2613 Ft + ÁFA 0%

Az adatokat a Hungaropharma Gyógyszerkereskedelmi Rt. bocsátotta rendelkezésünkre
(Összeállította: *dr. Lázár Ágnes*)

- **Könyvelés**
- **Adótanácsadás**
- **Auditálás**
- **Könyvvizsgálat**
- **Bevallások készítése**
- **Bérszámfejtés**
- **Tb. ügyintézés**
- **APEH és Tb. előtti képviselet**
Budapesten és Pest megyében

Telefon:
06 (30) 717-482
Bartos Gyula

SZAKIRODALMI TALLÓZÓ

KITEKINTÉS

SVÁJCI GYÓGYSZERTÁRAK AKTUÁLIS PROBLÉMÁI

A svájci szaklap 1997. évi 18. száma több hasznos közleményben foglalkozik a közforgalmú gyógyszertárak időszerű kérdésével. Ezeket „Marketing” címmel foglalták össze. A marketing szó értékesítést, piacszervezést jelent, bár ezt a fogalmat különbözőképpen határozzák meg. Lényegében ez a sikeres vállalkozó számára iránymutatóvá vált, gondolkodását befolyásolta. Így fokozottabban ügyel a vásárlók igényeire, a marketing irányaira. Ebből a célból Svájcban kommunikációs tanfolyamokat is szerveznek.

A közleményeket 7 csoportban az alábbiakban ismertetjük:

1. *A gyógyszertári marketing* című cikk szerint a marketing a vállalkozás reagálása a körülötte állandóan zajló változásokra. Ezek naponta jelentkeznek. Ezen közleményben a következő témák szerepelnek:

– A napi aktualitásokhoz való alkalmazkodások tudományos ismereteket, statisztikai módszereket, piackutatást igényelnek.

– Korlátok a marketing lehetőségei terén: Saját ötleteink fontosak, de be kell tartani a gyógyszerpiac szabályait. Ügynelni kell az árak betartására.

– A marketing céljainak megvalósítására reális tervet kell készíteni, melyek lehetnek hosszú távúak is.

– Kreatív kérdőív segítheti a hozzánk forduló igényeinek megismerését, a kapcsolatok erősítését. Be kell osztani, hogy a munkatársak milyen feladatokat látnak el. Ugyanakkor a szolgáltatásainkkal (pl. vérnyomásméréssel) ne legyünk felesleges a betegek terhére.

– Legyen a gyógyszertári marketing összetéveszthetetlen, egyben érdekes. Tekintse súlypontnak a fontosságot és szükségességet. Nagyobb gyógyszertárakban kevésbé alakul ki szorosabb betegkapcsolat. A megoldás jelszava: „Az én gyógyszertáramba megyek”.

2. *Forgalmazási törekvések a gyógyszertárban.* Ez a közlemény arról szól, hogy a gyógyszerész hogyan növelheti a forgalmát. Ez is a marketing része, üzleti politikának nevezhető. Személyes tapasztalatokra kell alapozni. 500 kereskedelmi és ipari szakember véleménye alapján a következő álláspont alakult ki: A jövőben nő a kényelem szempontja, a bizalmi légkör a tanácsadás révén, valamint a minőségi szolgáltatások alapján.

– Általában csökken a vásárlók hűsége, tehát nem térnek vissza ugyanabba a gyógyszertárba. A túlzott információ bizonytalansághoz vezet. Az átlag vásárló biztonságot vár és személyes foglalkozást kíván.

– A gyógyszertár váljék az egészségügyi szolgáltatások központjává. Ezt a szerepet nem kell az ajtóra kiírni, ezt az élet hozza magával.

– A forgalmazás alapja az üzleti filozófia és a kommunikáció. A gyógyszertár vezetője által kialakított keretek, elvek irányítják a kollektíva munkáját. Ehhez naponta reggeli eligazítás, heti beszámoló, havi értékelés szükséges. Itt az összes időszerű problémákat megbeszéljük.

– A betegkapcsolat során arra kell törekedni, hogy a beteg nálunk szerezze be gyógyszerét. Emellett különböző lehetőségek nyílnak arra, hogy további segítséget is nyújtsunk a hozzánk fordulóknak.

– A forgalmazás fontos része, hogy a vénynélkül kiadható készítményeket megfelelően mutassuk be. Erre különböző lehetőségek ismereteseek. Ide tartoznak az egyéb szolgáltatások is: vérnyomás mérés, allergiával kapcsolatos ismertetés, útipatika tanácsadás stb.

– A vásárlók észrevételeit, reklamációit írásban rögzítik, kijavításukat megbeszélés után intézik.

3. *Optimális raktározás és gyógyszergazdálkodás.* Ez a közlemény leírja újabb fiókrendszer kiképzését. Ez egyrészt a nagykereskedelmi vállalatok rendszerét, másrészt a számítógépes megoldásokat kombinálja. Jó a helykihasználás, a fiókok jól görödülnek.

4. *Tanácsadó szoba az officinában.* A gyógyszertári munka jellegének változása szükségessé teszi a gyógyszerész informátori tevékenységének bővítését. Lehetőséget kell biztosítani négyeszműközi találkozásokra, kényelmes berendezéssel. Ez a megoldás eltér az eddigiektől. Nem a forgalmazás, az eladás a döntő, hanem a személyes kapcsolat kialakítása. Ezért ezt a helyiséget nem kerülő úton, hanem közvetlenül az officinából kell megközelíteni.

5. *Értékes felületek a vásárlók számára.* Az új gyógyszertárak tervezése, régiak átépítése során a kézi eladás számára megfelelő, elegendő helyet kell biztosítani. A számítógépek elhelyezése is szükségessé teszi az officina átrendezését. Ehhez adnak ötleteket.

6. *A világgóság fényében.* Az emberek a külvilágról kapott információk 80%-át szemükkel észlelik. Ennek fontos kelléke a jó megvilágítás, megfelelő technika segítségével. A közlemény tanácsokat ad a helyes megvilágításra, amely jó légkört teremt. Egyben az officina jó helykihasználására is jó megoldásokat kínál.

7. *Gyógyszerek az áruházban – kakukktójás.* Ha áruházakban is forgalmaznak gyógyszereket, az egészségügy kiadásai nőni fognak. Csökkenen ui. a gyógyszer értéke, megítélése, nő a fogyasztás. Az USA-ban a helytelen gyógyszereszedés következtében évente 75 milliárd dollár a többletkiadás. Ugyanakkor kimarad a gyógyszerész tanácsadó szerepe.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (18), 460–482 (1997)

Megjegyzés: Az ismertetett közlemények lényegében többoldalú megvilágítást adnak a gyógyszertárak forgalmáról, üzletpolitikájáról, egyben rámutatnak a hivatás jellegének változására is. Nem vitás, mindenki igyekszik forgalmát növelni. Ez a törekvés azonban legyen etikus, ne váljék merkantil jellegűvé. Tartsa meg a gyógyszerész a diplomás szakember mivoltát, aki a beteg informátora, segítője, aki nem üzleti szempontokat tart szem előtt. Ennek az irányzatnak hazánkban – a privatizáció után – még ki kell alakulnia. Ahol idegen tőke lépett be a tulajdonlásba, ott a szakmai szempontok háttérbe szorulhatnak. Hivatásunk fennmaradása érdekében összefogásra, hathatós érdekvédelmi munkára van szükség.

GYÓGYSZERPIAC: EURÓPAI KILÁTÁSOK

A jövő év elején (1998-ban) egységesítik az európai gyógyszer engedélyezést. Másik tényező: erősödik az öngyógyítás irányzata. Ez a két tényező időszerűvé teszi, hogy szélesebb körben foglalkozzanak a gyógyszerpiac helyzetével.

A gyártók nemzetközi szervezete (AESGP) Budapesten tanácskozott. Az elfogadott állásfoglalás lényege: Az Európai Unió biztosítsa az európai gyógyszer-ágazat kereteit. Foglalkozni kell az engedélyezés és a vénykötelezettség kérdésével. Az árképzés az államok belügye, nem szabályozható globálisan. Az AESGP elnöke szerint a vénykötelezettség és a törzs-könyvezés egymással összefüggésben van. Szó volt azonos hatóanyagú készítmények kölcsönös elismeréséről. 1994 óta több, mint 30 hatóanyag elismerésére döntés született. További

50 egységesítése várható. E témáról további tárgyalások szükségesek. A kemikáliák mellett növényi hatóanyagokkal is foglalkoznak. A nem vénykötelességek mellett tért hódítanak az élelmiszerekhez tartozó anyagok; ilyenek pl. a vitaminokat tartalmazó élelmiszerek. Tisztázandó, hogy az öngyógyításban alkalmazott készítmények szabadárak legyenek-e? Egy EU vezető véleménye szerint általában nem célszerű az árak ellenőrzése, mert – többek között – nem azonosak az üzemeltetési- és hirdetési költségek.

Közép-európai szövetség alakul az egységesítés szabályozása érdekében a német nyelvű államokban. Gyógyszerek, egészségügyi termékek, diagnosztikumok stb. engedélyezésével foglalkozik és kölcsönös tapasztalatcserét biztosít.

Öst. Apoth. Ztg 51, (23), 1064 (1997)

Megjegyzés: A hosszabb ideje zajló nemzetközi egységesítési törekvések fokozatosan fejlődnek. Ehhez mind a tudományos, mind a politikai szempontok koordinációja szükséges.

OSZTRÁK GYÓGYSZERPIAC

Világszerte növekszik a gyógyszerpiac. Európában a növekedés 6%-os, Ausztriában 5%. A gyógyszerforgalom 70%-át (12 milliárd Schilling) a gyógyszertárak bonyolítják. Ausztriában 1700 kisebb-nagyobb gyártó cég és 2200 raktározó hely működik. Az EU területén átlag 3000 az előállító és 130 000 a raktárak száma.

Az Egészségügyi Statisztikai Intézet több érdekes adatot tett közzé. Ezek közül kiemeljük a következőket:

Fő indikációs csoportok	Piaci részesedés
Ulcus terápia gyógyszerei	3,3%
Cerebrovaszkuláris szerek	2,5%
ACE gátlók	2,4%
Analgetikumok	2,4%
Antidepresszívumok	2,3%

A világ vezető gyógyszer konszernjei (1996-os adat):

Novartis	4,4%
Glaxo Wellcome	4,4%
Merck	4,0%
Hoechst Marion Russel	3,3%
Bristol Myers Squibb	3,2%
Johnson and Johnson	3,1%
American Home	3,1%
Pfizer	3,1%
SmithKline Beacham	2,7%
Roche	2,7%

Ez a 10 gyár teszi ki az össztermelés 34%-át.

Egy tanácskozáson Cabana, osztrák kamarai elnök az alábbiakat mondta: Ausztriában naponta negyedmillió ember vesz gyógyszert vagy kér tanácsot a gyógyszertárban. A gyógyszertárak eloszlása a településekhez képest előnyös, jól megközelíthető. 1043 közforgalmú gyógyszertár, 51 kórházi gyógyszertár működik. 4200 a gyógyszerészek száma. Napi 300 000 személyes kapcsolat bonyolódik a gyógyszertárakban.

Az Egészségügyi Statisztikai Intézet adatokat közöl Kelet-Európa országairól:

Gyógyszer kiadás fejenként az alábbi államokban:

Magyarország	70 USD
Csehország	67 USD
Lengyelország	38 USD
Orosz Föderáció	24 USD
Ausztria	195 USD
EU átlag	200 USD

Öst. Apoth. Ztg. 51, (22), 1031 (1997)

Megjegyzés: Az európai adatok ismerete számunkra is hasznos. A gyógyszerpiac mellett a gyógyszertárak száma, elhelyezkedése azért is tanulságos, mert számuknak túlzott szaporítása több szempontból sem kívánatos.

KITEKINTÉS – RÖVIDEN

Orvosok és gyógyszerészek – sziámi ikrek

A FIP folyóiratának 1997. május–júniusi számában az Orvosi Világszervezet egyik vezetője a következőket írja: Orvosok és gyógyszerészek közös érdeke, hogy tudásukat a megelőzés és a gyógyítás szolgálatába állítsák. Mindkét hivatás gyorsan fejlődő, tudományos alapon nyugszik. Évszázadok alatt sok tapasztalat gyűlt össze. Bizonyos fókig összenőttünk, mint az egykori sziámi ikrek. A két hivatás jellege változott, fejlődése eltérő. Jelenleg az öngyógyítás terén kell együttműködnünk. Itt a gyógyszerész személyes tanácsaival működhet közre.

Int. Pharm. J. 11, (3), 63 (1997).

Megjegyzés: A két nemzetközi világszervezet megnyilatkozásai mutatják, hogy hazánkban is fokozni kell a két hivatás fokozottabb együttműködését.

Megéri a pénztét

D. Steinbach, a FIP elnöke rámutat arra, hogy a gyógyszereszi hivatás újra éled a betegkapcsolat révén. A FIP két koncepciója: a „Gyógyszereszi gondoskodás” és a „Jó gyógyszertári gyakorlat” növeli a gyógyszerész felelősségét. Az információ révén elkerülhető téves, sőt tragikus kimenetelű gyógyszereszedések. Ez anyagi szempontból is fontos. Az USA-ban ezeket a károkat 70 milliárd dollárra becsülik, beleértve a kórházi ápolást is. Így a költség/haszon arány kedvezően alakul. Az egészségügyben központi téma a gyógyszerek haszna. Ebben pedig a gyógyszerész tevékenysége döntő fontosságú.

Int. Pharm. J. 11, (3), 65 (1997).

Megjegyzés: A tőkés rendszer a munka anyagi háttérét is vizsgálja. Ebből a szempontból is hasznos a gyógyszerész munkája.

Gyermekek hete a gyógyszertárban

Hollandiában 1994-ben 3 éves tervet dolgoztak ki „Közforgalmú gyógyszertárak kommunikációs terve” címmel. Ennek keretében többek között, a gyógyszertári tevékenység bemutatása, sajtókonferenciák szervezése, személyes tájékoztatások szerepeltek. 1997. áprilisában 12 év feletti gyermekeket és szüleiket hívták meg a gyógyszertárakba. Itt beszélgetésekre került sor különféle betegségekről. Emellett népszerű egészségnevelő kiadványokat osztottak, posztereket állítottak ki, rádióadásokra is sor került. Az akciónak jó visszhangja volt. A látogatók megállapították, hogy több figyelmet kell fordítani a gyermekek gyógyszerreire.

Int. Pharm. J. 11, (3), 80 (1997)

Megjegyzés: Több külföldi akció mutatja, hogy milyen fontos a gyógyszertár tevékenységének bemutatása a lakosság felé.

A gyógyszertár biztonság katasztrófák esetén is

Ausztriában (Stájerországban) 23 szervezet (tűzoltók, mentők, Vöröskereszt stb.) kiállítással egybekötött biztonsági napokat rendezett.

A sugárzási veszélyek elleni védekezésről egy közforgalmú gyógyszertár tulajdonosa tartott tájékoztatót. Ismertette, hogy

pl. atomreaktor katasztrófa esetén miként kell a káliumjodid tablettát alkalmazni.

Öst. Apoth. Ztg 51, (14) 627 (1997)

Megjegyzés: Ez a példa is tanúsítja, hogy a gyógyszerár különböző módon tud résztvenni a közérdekű feladatok ellátásában.

Gyógyszergyárak Svájcban

Lakossági kezdeményezés indult – aláírás gyűjtések formájában – annak érdekében, hogy csökkentsék a gyógyszerárakat. Ti. az árak tízszer magasabbak, mint a szomszéd országokban: A kezdeményezők remélik, hogy sikerük esetén az árak több, mint 50%-kal csökkենnek. Nehézséget jelent, hogy Svájcban a parlamenti ügymenet nem hoz gyors eredményt. Ennek ellenére folytatják az akciót.

Schweiz. Apoth. Ztg 136, (17), 436 (1997)

Megjegyzés: Svájcban nagy súlya van a lakossági kezdeményezéseknek. Fejlett gyógyszeripara magas árakat szabott, s ez káros.

Szakosítás „gyógyszerészi minőségbiztosítás”-ból

A zürichi és bázeli egyetem hatodszor rendez posztgraduális képzést fenti címmel, legalább 2–3 éves szakmai gyakorlattal rendelkezők számára. Témák: minőségbiztosítás, stabilitási kérdések, steril biotechnológiai készítményeknél. A képzést kiscsoportos (5 fős) rendszerben biztosítják. A gyártás és ellenőrzés minden fázisát gyakorlatban is bemutatják. Személyes találkozást szerveznek egyetemi és gyáripari szakemberekkel.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (17), 443 (1997)

Megjegyzés: Ezek a tanfolyamok (kiscsoportok, személyes találkozások) nagyon hasznosnak bizonyultak.

Gyógyszerbiztonság Európában

Az Európai Unió célja az összes államokban a gazdasági feltételek biztosítása. Ez a gyógyszerek engedélyezésére, változásaira, kivonására is vonatkozik. Ezzel foglalkozott egy berlini tanácskozás. Jelenleg 5000 hatóanyag van nemzeti engedélyre, 29 decentralizált és 10 hatóanyag (ez kb. 90 készítmény) szerepel az EU központi engedély listáján. Az EU keretében történő gyógyszer engedélyezést úgy tervezik, hogy a nemzeti hatóságokon keresztül jut el a kérelem az EU illetékes szervéhez, az EMEA-hoz. A gyógyszer csomagoláson belüli írásos tájékoztatóról minden ország maga dönt. Vannak még tisztázatlan kérdések, így egyes országokban más az ízek megítélése, különbségek vannak az antibiotikumok rezisztencia megítélésében, továbbá a nem kívánt hatások terén.

Pharm. Ztg 142, (26), 2193 (1997)

Megjegyzés: Hazánkban is tanulmányozzák a csatlakozás lehetőségeit. Az áttérés várhatóan nem okoz nagyobb nehézségeket.

Gyógyszerárak Ausztriában

Több országban visszatérő probléma a gyógyszerár. Ausztriában a Legfelsőbb Bíróság is foglalkozott ezzel. A gyógyszerárakban az egyéb cikkek (tápszerek, kozmetikumok) árait maga a gyógyszerész állapítja meg. Probléma, hogy azonos cikkek a drogériákban 40–45%-kal olcsóbbak. Ezért a Gyógyszerész Kamara törekvése, hogy ún. kartellképzés jöjjön létre. Bírálják a biztosítókat is, hogy engedmények előírása révén rontják az európai árakat.

Standard 26/27. 7. (1997)

Megjegyzés: A szabad verseny hátrányai jelentkeznek ebben a formában. Ez nálunk eddig ismeretlen volt.

A gyógyszerár – az Ön bizalmi együttese

A címben szereplő felirattal találkozunk a betegek a svájci gyógyszerárakban. Ezzel tudatosítják számukra, hogy a gyógyszerár kollektívája szorosan együttműködik a beteggel – az ő érdekében. A Svájci Gyógyszerész Egyesület elnöke vezércikkében rámutat arra, hogy miként alakulnak ki a gyógyszerészek és asszisztensek között reszort feladatok, milyen a munkaszervezés, hogyan alakul ki zökkenőmentesen kapcsolat a beteggel és a bizalmi légkör.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (16), 411 (1997)

Megjegyzés: Már több célszerű svájci kezdeményezésről adtunk hírt. Ezek hazai megvalósítása hasznos lehet.

Az egészségügy növekvő ágazat

A címben szereplő tényt a cikkíró azzal is alátámasztja, hogy az egészségügy a jövőben egyre fontosabb munkahely a nők számára Ausztriában, 1994-ben az egészségügyben négyeszer nagyobb volt a nők aránya a férfiakénál. Felmérések szerint a járóbeteg ellátás és a szociális gondoskodás jelentősége növekszik az intézeti ellátáshoz képest. Ausztria helyzete – más államokhoz képest – kedvező. Ehhez kellő gazdasági helyzetet is kell biztosítani. Természetesen nőnek a feladatok is. 2005-ig a 60 éven felüliek száma – várhatóan – megkétszereződik. Ez további feladatokat fog jelenteni.

Standard 26/27. 7. (1997)

Megjegyzés: Ez a hír is igazolja, hogy az egészségügyben a gazdasági helyzet milyen nagy jelentőségű.

Az összeállítást készítette: dr. Nikolics Károly

CÍMBIBLIOGRÁFIA

AZ ORSZÁGOS GYÓGYSZERÉSZETI INTÉZET KIADVÁNYAI

Gyógyszereink 48, (1), (1998).

Blaskó Gy.: A vér alvadását gátló gyógyszerek II. Thrombocyta aggregáció gátlók. 1–12 p.

Simon L., Lonovics J., Nemesánszky E.: Funkcionális dyspepsia: Klinikai áttekintés. 13–19 p.

Makara M.: Májvédelem. 20–24 p.

Gyógyszereink melléklet az 1998/1 számhoz

László G., Till A., Molnár J.: Sumamed (azitromicin) és Claforan (cefotaxim) prospektív összehasonlító vizsgálata postoperatív lágyrész fertőzésekben. 1–4 p.

Gyimesi A., Iványi J.: Tapasztalatok II. típusú cukorbeteg glikvidon (Glurenorm) kezelésével. 5–8 p.

Rapi J., Györi I.: Moxonidin vérnyomáscsökkentő hatásának vizsgálata enyhe és közepes súlyos hypertoniában. 9–11 p.

Acta Pharmaceutica Hungarica 68, (2), (1998).

Keserű Gy. M.: Elméleti és preparatív enzimmodellek alkalmazása citokrom P450 katalizált metabolikus reakciók vizsgálatára. 65–69 p.

Borosy A. P.: A szerotonin 5-HT_{1A} receptorokhoz kötődő vegyületek három dimenziós mennyiségi szerkezet-hatás összefüggéseinek vizsgálata. 71–78 p.

Gunda T., N. Szőke G., Tamás L.: Néhány érdekes új átrendeződés a kefalosporin antibiotikum származékok körében. 79–85 p.

Bölöcskei H., Szántay Cs., Mák M.: Új, antitumor hatású vinblasztin származékok. 87–93 p.

Dormán Gy.: Gyógyszer kötőhelyek meghatározása új típusú fotoaktív ligandok segítségével. 95–105 p.

Kata M., Aigner Z., Erős I.: Farmakonok biológiai hasznosíthatóságának optimálása. 107–111 p.

Szabóné Révész P., Pintyéné Hódi K., Kása P.: A szférikus kristályosítás gyógyszer technológiai vonatkozásai. 113–117 p.

Stampf Gy.: Porlasztott aeroszolos gyógyszerrendszerek. 119–122 p.

Zelkó R., Kiekens F., Antal I.: Szubsztrát-kötőanyag határfeletti interakciók jellemzése. 123–126 p.

Bódis A., Benkóczy Z., Gondár E.: Viszkózus oldatok szűrése a laboratóriumi kísérletektől a gyártásig. 127–132 p.

Jekóné Bentzik Zs.: Különböző segédanyagok hatása karbamazepin hatóanyag kioldódására szilárd gyógyszerformákból. 133–136 p.

JOGSZABÁLYOK

Népjóléti Közlöny 48, (5), (1998).

Az országos tisztifőorvos közleménye a 8011/1997. (NK. 18.) NM tájékoztatóban szereplő veszélyes anyagok osztályozásáról, a kockázatokra és biztonságos használatra utaló egységes jelölésről. 688–734 p.

Az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet közleménye az 1997. II. félévében engedélyezett és törzskönyvezett új, különleges táplálkozási igényt kielégítő élelmiszerek jegyzékéről. 734–738 p.

Népjóléti Közlöny 48, (6), (1998).

A népjóléti miniszter 5/1998. (III. 11.) NM rendelete az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosításáról. 818–827 p.

A népjóléti miniszter 10/1998. (III. 20.) NM rendelete a gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 3/1995. (II. 8.) NM rendelet módosításáról. 860–861 p.

A népjóléti miniszter közleménye a társadalombiztosítási támogatás nélkül forgalmazott gyógyszerekről. 862–864 p.

Magyar Közlöny (22), (1998).

A népjóléti miniszter 9/1998. (III. 20.) NM rendelete a szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátlása érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálat elrendeléséről szóló 5/1988. (V. 31.) SZEM rendelet módosításáról. 1731 p.

A népjóléti miniszter 10/1998. (III. 20.) NM rendelete a gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 3/1995. (II. 8.) NM rendelet módosításáról. 1731–1733 p.

Az állatgyógyászati készítményekről szóló 22/1996. (VII. 9.) FM rendelet módosításáról. 1682 p.

Magyar Közlöny 1682 (21), (1998).

Magyar Közlöny (28), (1998).

1998. évi XXV. törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről. 2385–2393 p.

1998. évi XXVII. törvény a géntechnológiai tevékenységről. 2397–2407 p.

Magyar Közlöny (30), (1998).

A Kormány 70/1998. (IV. 8.) Korm. rendelete a veszélyes anyagokkal és a veszélyes készítményekkel kapcsolatos eljárás szabályairól szóló 233/1996. (XII. 26.) Korm. rendelet módosításáról. 2507 p.

A földművelésügyi miniszter, a belügyminiszter, a honvédelmi miniszter, az ipari, kereskedelmi és idegenforgalmi miniszter, valamint a népjóléti miniszter 21/1998. (IV. 8.) FM-BM-HM-İKIM-NM együttes rendelete az élelmiszerek ellenőrzésének rendjéről. 2527–2528 p.

A Kormány 64/1998. (III. 31.) Korm. rendelete egyes társadalombiztosítási jogszabályok módosításáról.

Magyar Közlöny 2327–2332 (27), (1998).

ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

Gyógyszerpiac 6, (2), (1998).

Gyórfy Á.: Gyomorsavtúlnegés (hyperaciditás). 7–10 p.

Jávor T.: Obstipatio. A székrekedés kezelése. 14–18 p.

Prinz Gy.: Rehidráció a hasmenésekben. 20–21 p.

Pács Cs., Horváth Zs.: A székrekedés és hasmenés gyógyszereinek felhasználása. 23–26 p.

Bársony K., Ecseryné Puskás M.: Az antibiotikum-felhasználás változása Magyarországon 1990–1996 között I. 28–30 p.

Gyógyszerpiac Különszám (1998).

Poór Gy., Szathmári M.: Az osteoporosis megelőzésének, diagnosztikájának és kezelésének néhány aktuális kérdése. 3–20 p.

Matejka Zs.: A csontritkulás gyógyszereinek ártámgatási rendszere. 22–24 p.

Kórház 5, (3), (1998).

Kiss H. G., Szabó A., Rihmer Z.: Egy népbetegség korszerű megközelítése. 19–23 p.

Jakubik I.: A magyarországi kórházak energiagazdálkodása. 28–30 p.

Az új gyógyszer törvény.

Pharmorient 7, március, 1–12 (1998).

Ficzere A., Oláh L.: Egyéves Cilazapril kezelés hatása hypertóniás betegek agyi véráramlási paramétereire.

Ideggyógy. Szle 51, 94–99 (1998).

Pharm. J. 260, (6984), (1998).

Nathan, A.: A non-prescription medicines formulary: (18) Smoking cessation products. 340–343 p.

Barnes, J.: Complementary medicine: Herbal medicine. 344–348 p.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, (13), (1998).

Süssbricht, von H., Busch, A. F.: Kaliumkanäle. Struktur, Funktion und Pharmakologie. 1139–1148 p.

Müller-Bohn, T.: Qualitätsmanagement in Apotheken. 1157–1162 p.

Pharm. J. 260, (6987), (1998).

Young, P. I., Lee, A.: Adverse drug reactions: (8) Drug-induced musculoskeletal disorders. 453–457 p.

Davidson, W., Collett, J. H., Jackson, C.: An analysis of the quality and cost of repeat prescriptions. 458–460 p.

Mason, P.: Diet and the prevention of cancer – an update.

Pharm. J. 260, 382–385 (1998).

Hudson, S., McAnaw, J., McGlynn, : Pharmaceutical care: Essential hypertension.

Pharm. J. 260, 411–414 (1998).

Barnes, J.: Complementary medicine: homeopathy.

Pharm. J. 260, 492–497 (1998).

Stahl-Biskup, E.: Qualitätssicherung ätherischer Öle.

Schweiz. Apoth. Ztg 136, 239–244 (1998).

Büechi, von S.: Antivirale Gerbstoffe. Pharmakologische und Klinische Untersuchungen.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 1265–1274 (1998).

Neuwinger, von H. D.: Gift-Gottesurteile in Afrika. Ethnologische und toxikologische Aspekte.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 1471–1484 (1989).

Bielenberg, J.: Die Kinder von Tschernobyl.

Öst. Apoth. Ztg 52, 352–358 (1998).

GYÓGYSZERTERÁPIA

Arzneimittel und Therapie: Tödliche Bedrohung durch Influenza-Viren – Akute Mittelohrentzündung antibiotisch behandeln – Milch alleine ist zu wenig – Pestizide erhöhen das Brustkrebsrisiko nicht – Konsensempfehlungen zur Therapie im Internet.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 431–436 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Menschliche Ersatzteile aus sem Reagenzglas – EU-Zulassung für Nelfinavir – Postexpositionelle Prophylaxe mit Zidovudin – Aktueller Stand der Risiko-/Nutzenbewertung – Acetylsalicylsäure schützt vor Herzinfarkt – Neue Richtlinien zur Verbesserung der Diagnose.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 521–527 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Prandiale Glucoseregulation mit Repaglinid – Hormonsubstitution mit weniger unerwünschten Wirkungen – Neue Glykoprotein-II b/III a-Rezeptorantagonisten – Betaferon bei sekundär progredienter Multipler Sklerose – Besserung durch Surfactant? – Hormone für den alternden Mann.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 605–613 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Angiogenese-Hemmstoff Endostatin im Tierexperiment erfolgreich – Erlebt Theophyllin eine Renaissance? – Phytopharmaka bessern die Symptome. – Warnung vor Antibiotikaeinsatz in der Tiermast.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 697–703 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Werden Blutspenden bald überflüssig? – Brimonidid bei Glaukom – Zwei Kammern für eine leichtere Handhabung – Beclometason oder Salmeterol? – Theophyllin spart Corticoide – Ein verkanntes Leiden – Bei ersten Anzeichen sofort zum Arzt.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 798–806 (1998).

Bielenberg, J.: Alkoholhaltige Arzneimittel: Gefahr für Kinder.

Öst. Apoth. Ztg 52, 212–216 (1998).

Gyermekgyógyászat 49, (2), (1998).

Surinya M., Simon G., Gervain J.: Napi egyszer adott Netilmicin gyógyszer-szintjének monitorozásával szerzett tapasztalataink újszülött korban. 178–182 p.

Ablonczy M., Miriszlai E.: Cataflam (Diclofenac resinatum) cseppek gyermek fül-orr-gégészeti alkalmazása során szerzett tapasztalataink. 183–188 p.

Kórház 5, (3), (1998).

Budai E.: A ganglion coeliacum blokádi helye a felhási daganatos megbetegedések fájdalomcsillapításában. 8–11 p.

Kátai J., Trin Cs., Pintér I.: Veseelégtelenség és paracetamol. 38–40 p.

Diabetol. Hung. 6, (1), (1998).

Pogácsa G.: Orális antidiabetikumok alkalmazása idült májbetegségben szenvedő cukorbetegéknél. 5–11 p

Winkler G.: Dilatrend- a béta receptorgátlók új generációjának első képviselője és alkalmazásának potenciális lehetőségei a diabetológiai gyakorlatban. 45–46 p.

Lötsch, G.: Die nicht-steroidale Rheumatherapie.

Öst. Apoth. Ztg 52, 329–334 (1998).

Czuriga I.: A stabil angina pectoris diagnózisa és kezelése. Orvosképzés 72, 267–275 (1998).

Zajkás G.: Syncumar és táplálkozás – táplálkozási ajánlások Syncumart szedőknek.

Magy. Belorv. Arch. 51, 73–76 (1998).

Szekanecz Z., Szegedi Gy.: Cytokinek rheumatoid arthritisben: új terápiás lehetőségek.

Orv. Hetil. 139, 819–823 (1998).

Gergely P.: Orális tolerancia. Az autoimmun betegségek kezelésének új lehetősége?

Lege Artis Med. 8, 178–181 (1998).

Eckhardt, S.: A docetaxel hatása rosszindulatú daganatokban.

Orv. Hetil. 139, 867–972 (1998).

Pharm. J. 260, (6988), (1998).

Clinical Pharmacy: Many diabetes patients do not take their tablets, study finds – New diabetes drug: studies show positive results – Pill information updated regarding breast cancer risk – Bisoprolol heart failure trial stopped early – Clickhaler-new dry powder device – Pharmacist value on cardiology team reported. 472–475 p.

Donoghue, J., Katona, C., Tyle, A.: The treatment of depression: antidepressant prescribing for elderly patients in primary care. 500–502 p.

Pharm. J. 260, (6990), (1998).

Levonorgestrel releasing IUD tested as „final alternative” to hysterectomy – Roche updates isotretinoin depression warning – HMR selects nine priority projects – Vitamin K: more data needed on oral preparation. 547–548 p.

Livingstone, C.: Skin problems in pharmacy practice: (5)Warts and cold sores. 556–558 p.

Arzneimittel und Therapie: Tödliche Gefahr? – Wie die Resistenz gegen Chloroquin entsteht – Neue Studienresultate mit Indinavir Proteasehemmer Indinavir liquorgäging, – Gut Vertagliche Bluthochdruck-Therapie – Vom Antidepressivum zum Allheilmittel? – Hauptwirkstoff Hyperforin.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 906–913 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Wie sieht die Antibiotika-Therapie der Zukunft aus? – Erreger bakterieller Lebensmittelinfectionen – Zoonosen in Deutschland – Europaweite Großstudie vorzeitig beendet – Risedronat erhöht Knochendichte bei Frauen in der Menopause – Schutz vor Knochenbrüchen – Primärprävention mit Pravastatin – Erhöhen Masern das Risiko?

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 1019–1027 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Corticoide bei Multiorganversagen, Shock oder Sepsis – Aledronat: Signifikante Zunahme der Knochendichte – Immunsuppression nach Organtransplantation – Mycophenolatmofetil nach Herztransplantation – Erhöhtes Risiko für Schlaganfall? – Benzodiazepine und Zolpidem sind gut wirksam – Finasterid reduziert Komplikationsrisiko – Behandlung mit Arzneimitteln.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 1130–1138 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Die Waisenkinder des Medizinbetriebs – Neuer Reverse-Transkriptase-Hemmer Nevirapin – Neue Möglichkeiten der Schmerztherapie – Meloxicam: Nebenwirkungen an der Haut am Gastrointestinaltrakt – Tolterodin – ein neues Anticholinergikum für die Blase – Ein Drittel Weltbevölkerung ist infiziert.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 1233–1242 (1998).

Arzneimittel und Therapie: DNA-Chips machen Erbgutveränderungen sichtbar – Das ideale Schlafmittel gibt es noch nicht – Human-Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen (1997).

Dtsch. Apoth. Ztg 1348–1355 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Wie sich ein gefährlicher Krankheitserreger in Zellen einschleust – Ein Virus als Auslöser? – Wann ist Insulin für Typ-II-Diabetiker sinnvoll? – Finasterid gegen die Glatze – Keine Bauchschmerzen durch Olestra – Zukunftsträchtige Forschungsergebnisse.

Dtsch. Apoth. Ztg 1462–1470 (1989).

Clinical Pharmacy: MMR vaccine debate – Department of Health says „continue to vaccinate” – Government acts on „theoretical” risk from blood products – Sun and smoking campaigns, 1998 – New treatment of narcolepsy – „Under-recognized” anticoagulant instability with paracetamol – Research links medication deaths to outpatient treatment –

Chloramphenicol drops: new data support use – New isotretinoin warning in US.

Pharm. J. 260, 329–332 (1998).

Clinical Pharmacy: First of a new class of anticoagulants – More controversy over use of calcium channel blockers – Use of statins „contentious” in those at low risk of coronary heart disease – COMA report on diet and cancer – Inhaled steroids not sole cause of impaired growth in asthmatic children – Zidovudine to be available at cut price for developing countries – Bacterial contamination of enteral feeds reduced.

Pharm. J. 260, 363–365 (1998).

Clinical Pharmacy: Experts warn smokers about tooth loss – Cystagon licensed for cystinosis – Omeprazole compared with ranitidine and misoprostol in NSAID ulceration – Statin class effects on triglycerides reported – Antisense therapy reported to enhance chemosensitivity.

Pharm. J. 260, 399–401 (1998).

Clinical Pharmacy: Experts declare MMR vaccine safe – Weigh loss and reduced dietary salt can reduce BP in the elderly – Pharmacists should encourage more blood glucose testing – Tuberculosis control targets will not be achieved by year 2000, says WHO – Scar treatment for OTC sale – Study finds protease inhibitor therapy reduces HIV-related deaths... – ...but drugs may cause abnormal fat accumulation.

Pharm. J. 260, 440–442 (1998).

Clinical Pharmacy: Benefits and risks of tamoxifen in reducing breast cancer – UK response: tamoxifen trial „unblinded” too early – Gold for rheumatoid arthritis: early treatment most effective – Public information about vaccination should be balanced – New oral drug for prostate cancer.

Pharm. J. 260, 514–515 (1998).

Az összeállítást készítette: *Ottlik Miklósné*

A HÓNAP MOLEKULÁJA

A Gyógyszerészet szerkesztősége 1996 szeptemberétől „A hónap molekulája” címmel új sorozatot indított, melynek keretében kutatási fázisban lévő ígéretes farmakonokat mutat be.

A sorozat alapját a Prous Science cég „Molecule of the month” publikációi jelentik, melyek az említett vállalat World Wide Web Site-ján (<http://www.prous.es>) találhatóak. Az eredeti verziót egy „**Kommentár**” című fejezettel kibővítve adjuk közre. Az „A hónap molekulája” sorozatban szereplő vegyületek kiválasztásának alapjául az alábbi kritériumok szolgálnak:

- a kémiai szerkezet újdonsága;
- a hatásmechanizmus különlegessége;
- a kutatás-fejlesztési folyamatban való jelentős előrehaladás;
- olyan indikációkban mutatott hatás, ahol még nincs gyógyszeres kezelési lehetőség, vagy a jelenlegi terápiás beavatkozások nem kielégítőek.

1998. február

A februári „hónap molekulája” kivételes módon nem molekula, hanem szerv; konkrétan mesterségesen előállított, élő, emberi bőrkvivalens. Neve **ApligrafTM**, kifejlesztője és előállítója az Organogenesis amerikai cég. Az ApligrafTM felhámot (epidermist) és irhát (coriumot) is tartalmaz dermális mátrixba ágyazva. Alkalmazását követően a termék az alatta lévő seb alapjával kölcsönhatásba kerülve aktívan serkenti a gyógyulási folyamatot. Az ApligrafTM előállítási technológiája lehetővé teszi a sejthálózat természetéhez hasonló háromdimenziós elrendeződését. A terméket alkotó sejteket az előállító cég körülmélt csecsemők fitymabőréből szaporítja. Egyetlen eredeti bőrdarabból mintegy 200.000 egység ApligrafTM állítható elő.

Ez a világon az első mesterséges, élő szerv, melyet jelentősnek számító piacon (Kanadában) törzskönyveztek és hoztak forgalomba, továbbá az USA FDA (Food and Drug Administration = Élelmiszer- és Gyógyszerügynökség) illetékes tanácsadó testülete is törzskönyvezésre ajánlott.

Az ApligrafTM jelenlegi egyetlen javallatát a vénás keringési elégtelenség okozta lábszárfekély jelenti, de vizsgálatok folynak égési sebek, dermatológiai műtétek okozta sérülések, diabeteses fekélyek, decubitusok és krónikus gyulladással sebek sclerosisában is. A termék forgalmazási jogával világszerte kizárólag a Novartis rendelkezik.

Kommentár

A lábszárban vénás keringési elégtelenség miatt kialakuló krónikus oedemát gyakran viszketést okozó dermatitis követi, majd hyperpigmentatio, bőrotrophia, és végül a lábszár bőrének sclerosisa alakul ki. A fekély alapja lehet tiszta, de fedheti sárga, fibrines pörk is.

A megelőzés legfontosabb eszközei a gumiharisnya, illetve a pneumatikus kompressziós eszközök, melyek csökkentik az oedemát. Ez a módszer azonban arteriális keringési rendellenesség (0,7 alatti boka/brachialis nyomásindex) esetén nem alkalmazható.

A kompressziót a fekély tisztításával egyidőben kell megkezdeni. A beteg, illetve az ápoló fontos feladata a seb alapjának naponkénti tisztítása élettani sóoldattal, vagy egyéb tisztítóoldatokkal. A sárga fibrines heget a kezelőorvos távolítja el.

A sebalap megtisztítása után a fekélyt antibakteriális kezelésben részesítik. A vörös, gyulladt bőrtületeket közepes-

vagy erőshatású szteroidot tartalmazó kenőcsökkel kezelik, majd a sebet occlusiv hidroaktív kötéssel, vagy poliuretánhabbal lefedik. Ezt hetente cserélt cinkcsizma követi.

A fekély gyógyulása heteken belül elkezdődik, és 2–3 hónap múlva rendszerint be is fejeződik. A recidíva szempontjából alapvetően fontos az oedema folyamatos kezelése.

Vannak azonban olyan fekélyek, melyek ellenállnak a fenti terápiás próbálkozásoknak. Ilyenkor jöhet szóba a bőrátültetés, illetve az ApligrafTM révén most már a mesterséges bőrevivalens alkalmazása is.

Az ApligrafTM-et az illetékes kanadai hatóság, a Canadian Health Protection Branch 1997. április 7-én engedélyezte vénás keringési elégtelenség okozta lábszárfekély indikációban (forgalomba hozva 1997 augusztusában), majd 1998. január 29-én ugyanezen javallatban az FDA Általános és Plasztikai Sebészeti Eszköz Tanácsadó Bizottsága (szoros, 5:4 arányban) az USA-ban is elfogadásra javasolta. A betegség az USA-ban mintegy egymillió, világszerte négy millió embert érint. Az elfogadás alapjául szolgáló klinikai kísérletben a termék több mint kétszer annyi egy évnél hosszabb ideje fennálló fekélyt gyógyított meg (és gyorsabban), mint a hagyományos kompressziós terápia. Alkalmazása nem igényel hospitalizációt, alacsony hőmérsékletű tárolást, illetve komplex kifagyasztsági folyamatot. Az orvos egyszerűen megbeszél a beteggel egy dátumot, megrendeli a terméket, és a kért időpontban felhasználásra kész állapotban megkapja. A bőrevivalenst ezidáig már több mint 400 betegnél alkalmazták, kilökődés nélkül. Az ApligrafTM-el sikeresen lezárultak az égési sebek, illetve a bőrszöveti sérülések esetén való alkalmazhatóságot vizsgáló klinikai kísérletek, s jelenleg folyik a diabeteses lábszárfekély elleni kipróbálás. Ennek befejezése 1998 végén, 1999 elején várható. A decubitusok elleni alkalmazását vizsgáló kulcsfontosságú kísérlet feltehetőleg idén, az év közepe táján fog indulni.

Az ApligrafTM azonban már most sem az egyedüli mesterséges bőrkészítmény a piacon, hiszen rajta kívül megtalálható a Smith & Nephew cég Dermagraft nevű, csak írharéteget pótló, fehérjemátrixba ágyazott, s az ApligrafTM-al megegyező fajtájú forrásból előállított terméke, valamint az Integra LifeSciences Integra Artificial Skin nevet viselő sejtmentes, csak fehérjemátrixból és szilikonból álló, eltávolítandó felső réteget tartalmazó készítménye. E két termék felhasználása egyelőre más indikációkban történik. A Dermagraftot Kanadában és az Egyesült Királyságban diabeteses lábszárfekélyek, míg az Integra Artificial Skin-t sok országban súlyos égési sérüléseknél és rekonstrukciós sebészi beavatkozásokban alkalmazzák. Mindazonáltal a termékekkel folytatott újabb klinikai kísérletekből ítélve a konkurenciaharc már a közeljövőben is elkerülhetetlen.

Érdekes kérdést vet fel, hogy az állami engedélyező hatóságok miként kezeljék a mesterséges bőrféleségeket, esetleg más szerveket; gyógyászati segédeszközként, gyógyszerként, vagy egyéb kategóriaként? Erre egyelőre országonként más-más választ és követelményrendszert adnak a hatóságok, s feltehetően ezen a téren is hamar nemzetközi harmonizálásra lesz szükség.

1998. március

TNRF:Fc (EnbrelTM)

A humán IgG₁ fehérje Fc régiójához kötött, oldható p75 tumor nekrozis faktor (TNF) receptort tartalmazó rekombináns humán fuzionált protein.

Az EnbrelTM fejlesztését az Immunex és az American Home Product Wyeth Ayers osztálya közösen végzi. A készítmény rheumatoid arthritis kezelésére szolgáló új, génsebészeti úton előállított termék, melyet az US FDA (US Food and Drug Administration = az Egyesült Államok Élelmiszer és Gyógyszerhatósága) gyorsított, úgynevezett „fast track” elbírálási kategóriába sorolt.

Az EnbrelTM (további nevein TNF receptor, TNFR és TNRF:Fc) a gyulladásserkentő citokin tumor nekrozis faktorhoz (TNF) kötődve gátolja a rheumatoid arthritis tüneteinek kialakulásában szerepet játszó gyulladási folyamatot. A rheumatoid

arthritises betegeken (köztük a terápiarezisztens esetekkel) maximum hat hónapig végzett EnbrelTM kezelés szignifikánsan enyhítette az ízületi duzzadást és érzékenységet. Megfelelőnek bizonyult a készítménnyel szembeni tolerancia is. Alkalmazhatóságát vizsgálják korai stádiumú rheumatoid arthritisben. Hatásosságát és biztonságos voltát igazolták juvenilis rheumatoid arthritisben methotrexáttal kombinálva, illetve monoterápiásan is. További, potenciális indikációi között tartják számon a szív-élégelenséget és a coronaria-betegséget.

Kommentár

A tumor nekrozis faktor (TNF) a szakirodalomban legrégebb óta tárgyalt citokin. A humán TNF 156 aminosavból álló, monomer formában 17 000 D molekulásúlyú fehérje, melyet a makrofágok termelnek. Az előállítási forrásul szolgáló állatfajtól és az előállítás módjától függően a TNF dimer, trimer vagy pentamer állapotban található. Elsőként 1975-ben azonosították, és nevét is ekkor kapta. 1985-ben, a cachexiával (kóros testi leromlással) kapcsolatos kutatások során derült ki, hogy a korábban egerekből izolált cachexin és a TNF azonos vegyületek. Ettől fogva e két név szinonimává vált, de közülük a TNF használata terjedt el.

A TNF receptorok egy része sejtfelszínhez kötött, másik részük pedig a sejtközötti állományban oldva található. Az Immunex kutatói rekombináns DNS technológiával ilyen oldható TNF receptorokat állítottak elő, melyek megkötik a TNF-et, s ezáltal gátolják a jelzésére meginduló, rheumatoid arthritisben szerepet játszó gyulladási folyamatokat. E mesterséges TNF receptor tulajdonképpen olyan dimer, melyet a humán IgG₁ Fc részével kötöttek össze.

Az első kettős vak, placebokontrollált Fázis II. vizsgálat az Immunex 1995-ben végezte el 180 előrehaladott stádiumban lévő rheumatoid arthritises betegen. A három hónapos kezelés során az EnbrelTM legnagyobb alkalmazott dózisával kezelt betegek körében 61%-kal csökkent az érzékeny vagy duzzadt ízületek száma, a placebo-csoportban megfigyelt 25%-kal szemben. Az említett betegek 75%-a teljesítette vagy túlteljesítette a betegségben beállott 20%-os állapotjavulás ismérveit, melyeket az American College of Rheumatology módosított kritériumai alapján állapítottak meg. Ugyanezt a három hónapos kezelés után a placebo-csoport betegeinek csak 14%-a érte el.

1996-ban Fázis III. vizsgálatok indultak. Ezek egyikében terápiarezisztens betegeket kezeltek az Enbrellel. Az eredményeket az American Collage of Rheumatology 1997 novemberében megtartott 61. éves tudományos találkozóján ismertették. Ez a vizsgálat 12 hónapig tartott 234 beteg bevonásával, 13 intézményben. A résztvevő betegek 90%-a előzőleg már kapott methotrexát kezelést is (ez az amerikai betegek mintegy 20%-ára jellemző). Az eredmények szerint a súlyos rheumatoid arthritises betegek körében 25 mg-os EnbrelTM dózisok hatására a fájdalmas ízületek száma 71%-kal, míg a placebo csoportban csak 6%-kal csökkent. A duzzadt ízületek száma 51%-kal lett kevesebb (a placebo-csoportban 2%-kal). 10 mg EnbrelTM dózisok hatására a fájdalmas ízületek száma 55%-kal, míg a duzzadtaké 49%-kal esett vissza. A fenti számok medián értékek. A javulás már a 3. hónapban markáns volt. Mellékhatások ritkán jelentkeztek. Relatív leggyakoribbak az injekció beadási helyén megfigyelhető reakciók, valamint az enyhe, influenzaszerű tünetek voltak, melyek egy esetben sem tették szükségessé a kezelés megszakítását. A korai fázisú rheumatoid arthritises felnőttekkel és a rheumatoid arthritises gyermekekkel zajló vizsgálatok még nem fejeződtek be.

A rheumatoid arthritisben kívül az EnbrelTM 1998-as fejlesztési tervei között szerepel a pangásos szívelégelenség is (ezekben a páciensekben szintén emelkedett TNF szinteket figyeltek meg).

A rheumatoid arthritis egyébként világszerte összesen kb. 5 millió ember (köztük 2,5 millió amerikai) életét keseríti meg, és kezelése jelentős anyagi forrásokat igényel.

Az EnbrelTM marketingjogait Észak-Amerikában az Immunex, míg a világ többi részén a Wyeth-Ayers birtokolja. A Wyeth-Ayers részt vesz az észak-amerikai promócióban is.

Dr. Dobson Szabolcs

MIRŐL ÍRT AZ „A GYÓGYSZERÉSZ” 50 ÉVE?

1948. április

A Magyar Kommunista Párt vezető politikai szerephez jutásával a gyógyszervegyészeti gyáraink, így a Chinoin-, az Egger-, a Richter-, a Wander-gyár, továbbá a Phylaxia és a többi kisüzem állami kezelésbe került. Élükre munkás-igazgatókat neveztek ki. Székely Jenő erről így írt: „ma már mindenki előtt tisztán áll: azért volt szükség a nagyüzemek államosítására, hogy az országos hároméves terv sikerét biztosíthassuk. Bennünket közelebből a négy nagy gyógyszervegyészeti gyár államosítása érint. Ki fog majd derülni, hogy az irányított termelés a közegészségügy érdekében történik. Ez pedig egyenlő a betegek millióinak szolgálatával.”

A Szegedi Egyetem gyógyszerészhallgatói egy nagygyűlésükön csatlakoztak a „Tanulj többet – hazádat építet!” mozgalomhoz. Megnyitó beszédében dr. Dávid Lajos professzor arról szólt, hogy az ifjúság érdeke a szebb és jobb jövő szolgálata. „Arra hívja fel az ifjúságot, hogy keresse és valósítsa meg a legszorosabb együttműködést nemcsak a szegedi egyetem falain belül, de pesti társaikkal is... Az erősebb segítse a gyöngét, ossza meg tudását a társaival”. Bejelentették azt is, hogy a budapesti egyetemisták tanulmányi versenyre hívták ki a szegedi évfolyamtársaikat. Székely Jenő is felszólalt: „Az ifjúság útja, élni akarása csak előre mutathat. A célja sem lehet más: a népi demokrácia felépítése... Ezt az országot nektek építjük. A magyar gyógyszerészet új útját nektek kell kitaposnotok. Már a közeljövőben be-terjesztik a parlamentben a régóta esedékes gyógyszerési törvényt. Bizonyos, hogy ezt a Parlament még jobban kiszélesíti majd. Lehetséges, hogy a gyógyszertermelést, a behozatalt és a gyógyszerellátást csak úgy tudjuk biztosítani, ha az állam az eddiginél is szorosabban tartja majd a kezét a közegészségügyön. De ma még nem látunk mindent tisztán ebben a kérdésben...”

Ismét szóba került a patikák államosítása. A szaklap szerkesztője olyan sajnálatos dolgokról értesült, hogy egyes gyógyszerészeket ezek a hírek nagy mértékben negatívan befolyásolták. Tény, hogy ettől kezdve számos gyógyszerész – olykor kalandos körülmények között is – elhagyta az országot. A szaklap pedig ismét közzétette az államosítási tervek hivatalos cáfolatát.

„Szakmunkás-tanfolyam” címen Székely Jenő hírt adott arról, hogy a közeli napokban várható a Népjóléti Minisztérium rendeletének megjelenése a gyógyszerészi szakmunkástanfo-

lyam indításáról. „E vívmány nagy jelentőségű kari életünkben. De igen sokan támadják ezt: minek a laboránsnak külön kiképzés azon kívül, amit a gyógyszerértárban úgyszólván megtanulnak? A mi válaszuk: népi demokráciánk mindenkinek megadja a jogot, hogy tanuljon és megfelelően képezze magát! De még az is felmerült: az új szakmunkások nem veszik-e el a gyógyszerész kenyerét? Erre is csak azt felelhetjük: nem az egyén a fontos, hanem a közösség. Ez pedig arra kötelez, hogy mindenkit emeljünk fel, aki emelkedni tud és akar. Most végre eljutottunk addig, hogy egy hathónapos esti tanfolyam sikeres elvégzésével segéd munkásaink elnyerhetik majd a szakmunkási képesítést.” A múltban (1940 előtt) a gyógyszerészképzést hosszú (3–5 éves) gyakornoki idő és rövid (1–2 éves) egyetemi oktatás jellemezte. Kötelező volt egy patikában dolgozva a gyakorlati ismereteket megtanulni. Aki ezt követően eredményes tirocinális vizsgát tett, az már gyógyszerészségédként működhetett tovább a gyógyszerértárban. Két év múlva pedig beiratkozhatott az egyetemre gyógyszerészhallgatónak. A gyakornokképzés sokat változott. Így 1888-tól már kötelező volt a gyakornoki tanfolyam elvégzése. Az egyetemi gyógyszerész-oktatást 1940-től 4 évre emelték. Ettől kezdve csak az első tanév végéig kellett 1 éves gyógyszerészi gyakorlatra menni. Ezzel a régi gyakornoki tanfolyam megszűnt. A segédmunka terén is jelentős munkaerőhiány lépett fel a II. világháborút követően. A korabeli segédmunkások vezetője Pércsi Lajos, a Szakszervezet keretében mindent megmozgatott e szakmunkás-tanfolyam megindításáért.

A szaklap pályázatot hirdetett a magyar gyógyszerészet három éves tervének kiépítésére. Ennek témái: a terv irányt szabó felvázolása, a gyógyszerellátás és munkabiztonság kérdéseinek megoldása.

Dr. Schulek Elemér egyetemi tanár, „A kémia oktatása és a gyógyszerészet” címen, dr. Némegy Imre egyetemi magántanár, pedig „A gyógyszerészi testápoló készítményekről” címen értekezett. Dr. Mozsonyi Sándor egyetemi tanár, „A szabványosítás gyógyszerészi vonatkozásai”-ról, Varró Aladár Béla, pedig „A gyógynövények minőségének fontossága” címen jelentetett meg közleményt. Dr. Halmai János egyetemi intézeti tanár, a „Gyógyszerésztudományok 1848-as vonatkozásairól” c. cikkében 227 olyan gyógyszerészt sorolt fel, melyek már 100 évvel ezelőtt is működtek hazánk jelenlegi területén.

Szmodits László

HELYESÍRÁS – HELYES ÍRÁS

Dacára...

Gimnazista koromban szigorú magyartanárom volt. Eltűrte ugyan a nélkülözhetetlen idegen szavakat, de az általa fölöslegesnek ítélteteket nem szenvedhette. Például aki kiejtette a száján a „dacára” szót, az számíthatott egy „dacira”, azaz a legrosszabb osztályzatra. Tanáromnak alighanem voltak követői más katedrákon is, mert ezt az utónevet sikerült kiirtani a nyelvhasználatunkból. Magam cikkeiben, nyomtatásban évtizedek óta nem találkoztam vele.

Most azonban lapunk hasábjain, az 1997. évi 8. számban szemem elé került. Belátom, nem komoly hiba ez, de az iskolai előzményeim miatt mégis felfigyeltem rá:

„Ez azt mutatja, hogy a gyógyszeripar egészének kutatási tevékenysége nem lanyhult, dacára számos nagyvállalat azon törekvésének, hogy alapos szelekciónak vessen alá klinikai kutatási témáit.”

A Magyar Értelmező Kéziszótár (2. kiadás. Akadémiai Kiadó,

Budapest, 1975.) sem hibáztatja e szót, csupán jelzi, hogy vannak helyette más szavaink is: „Dacára nu (ragtalan, szragos v. -nak, -nek ragos szóval) Ellenére. ~ annak, hogy ...jöllehet, noha.”

A lapunkból idézett mondatban – a magyarosabbra váltással – igazítsunk egyben a szórenden is: „...számos nagyvállalat azon törekvésének ellenére, hogy...”

Nézzük ezt a mondatot a másik két ajánlott szóval:

„...kutatási tevékenysége nem lanyhult, jóllehet (noha) számos nagyvállalat törekedett arra, hogy...” (Ezzel kivettük az „azon törekvésének” nehézkes és idegenszerű szövegrészt is.)

Azért vetem föl ezt a nem éppen falrengető esetet, nehogy gyomlálatlan maradjon a nem kívánt szó, s netán „magjait szét-szórva” szaporodásnak induljon.

Egy kis gondossággal olykor elkerülhetünk egy-egy idegen szót, kifejezést, és fogalmazásunk máris igényesebbé válik.

Láng Miklós

KÖNYVISMERTETÉS

Pharmazeutische Technologie
Moderne Arzneiformen

Möller, R. H. – Hildebrand, G. E.; 2. erweiterte Auflage. 471 old., 147 ábra, 72 táblázat. Wissenschaftliche Verlagsges. mbH, Stuttgart, 1998. Ára: 64.–DM. ISBN 3 8047 1549 4.

A két német szerző – mindketten Berlinből – 30 fős szerzőtársi kollektíva közreműködésével készítette el a „Gyógyszer-technológia: Modern gyógyszerformák” című munkát, amely immáron a 2. bővített kiadás. Az egyes fejezeteket zömmel német szerzők írták, de közreműködött több svájci és osztrák szakember is.

A 471 oldal terjedelmű könyvben 147 ábra és 72 táblázat is található, amelyek igen jól dokumentálják a leírtakat és még érthetőbbé teszik a mondanivalót. A szerzők tankönyvnek és egyúttal kézikönyvnek is tekintik munkájukat, nevezetesen a gyógyszerárban, a kórházban és a kutatásban dolgozó gyógyszerészek számára egyaránt ajánlják.

A hasonló című első kiadás 1996 végén jelent meg, de a nagy érdeklődésre való tekintettel mind elfogyott, így ez motiválta a szerzőket, hogy készítsék el a 2. kiadást bővített formában. Az 1998-ban megjelent könyv 38 fejezetből áll, melyből 10 teljesen új, ezáltal számos korszerű, teljesen új információval is szolgál. Ilyenek pl. az orrgyógyászati szerek, a szisztémás terápia peptidekkel, a gyógyszerbevitel a szájnyalvakahártyán keresztül, vagy pl. a vaginális gyógyszerformák. Különös figyelemmel voltak a szerzők a növényi eredetű készítmények bioekvivalenciájára és fitoekvivalenciájára. A második kiadás így lényegesen terjedelmesebb, mint az első volt.

A könyv két fő részre tagozódik, így az I. részhez 27 fejezet tartozik, amelyeket a szerzők mint olyan új gyógyszerformákat tárgyalnak, amelyek már megtalálhatók a gyógyszerpiacon. A II. részben 11 fejezet található, melyek közös vonása: a legmodernebb technológián alapuló új gyógyszerformák és műveletek kutatása. Ide sorolhatók pl. a nanorészecskék és a nanoszuszpenziók előállításának és terápiás alkalmazásának, új parenterális gyógyszerbeviteli lehetőségek, polimerstabilizált szubmikroszkópos emulziók mint gyógyszerhordozó rendszerek, génterápiás megoldások, elektronikusan irányított gyógyszerfelfradulás, vagy a biocomputer, azaz a gyógyszerfelfradulás biológiai befolyásolhatósága.

Általánosan jellemző valamennyi könyvfejezetre a következő elvek szem előtt tartása: a korszerű gyártástechnológia alkalmazása, a megbízható stabilitás garantálása, a maximális biofarmáciai hasznosíthatóság elérése és a legszigorúbb gyógyszerellenőrzési szabályok mellett a különböző gyógyszerformák minőségbiztosítása.

Praktikus szerkesztési megoldás, hogy az egyes gyógyszerformákat tárgyaló fejezetek elején példákat sorol fel a terápiában felhasználásra kerülő gyári készítményekből. Ezek száma a százalék is elérheti (lásd a szemészeti gyógyszereket), de a gyártó cégek neveit mellőzik, így nem történik reklámtevékenység. A felsorolás viszont nagyban segíti az elmélet és a gyakorlat egységét.

Végül említésre méltóan értéke a könyvnek, hogy minden fejezet végén megtalálhatók a legfontosabb irodalmi hivatkozások, méghozzá pontos bibliográfiai adatokkal. Így pl. „A liposzómák a gyógyszerekben” című fejezet végén 89 irodalmi forrásmunka került felsorolásra, amely nagy mértékben segíti az olvasót az eddigi eredmények részletes megismerésében és a további kutatásokban.

Összességében a könyv olyan értékeket tartalmaz, melyek hazánkban is széles körben hasznosíthatók. (3127)

Ifj. dr. Regdon Géza

Rational Phytotherapy

V. Schulz – R. H. nsel – V. E. Tyler; 3. teljesen átdolgozott és bővített kiadás. Fordította: T. C. Telger. 306 oldal, 81 ábra, 42 táblázat. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1998. DM 78.– ISBN 3-540-62648-4.

Hazánkban is egyre több orvos él a fitoterápiás lehetőségekkel, s azt hogy ez valóban ésszerűvé válhasson, ahhoz megbízható és könnyen áttekinthető ismeretekre van szükség. Ezt a célt tökéletesen szolgálja a most megjelent kézikönyv. Elsősorban orvosoknak szól, hiszen tudvalévő, hogy a fitoterápia alkalmazásához speciálisan művelt és képzett orvosokra van szükség.

A könyv első fő része a legfontosabb általános ismereteket tartalmazza: Gyógynövények, növényi gyógyszerek, fitoterápia (fontosabb alfejezetek: kivonatok, farmakológiailag aktív komponensek, növényi gyógyszerformák, farmakológiai jellemzők, terápiás index, klinikai alkalmazás, indikáció, gyógyteák az orvosi praxisban).

A következő fejezetekben a gyakorlatban előforduló legfontosabb betegcsoportok szerint kapunk tömör áttekintést minden fontos tudnivalóról, számos hasznos ábrával, táblázattal és példával:

1. Idegrendszer (kb. 8 gyógynövény)
2. Szívre és érrendszerre hatók (12)
3. Légzőrendszer (25)
4. Emésztőrendszer (45)
5. Húgyúti rendszer (10)
6. Nőgyógyászati esetek (10)
7. Bőr- és kötőszövetre hatók (15)
8. Ellenállóképesség-növelők, adaptogének (7)

A függelék Németország 100 leggyakoribb növényi eredetű gyógyszerének adatait, forgalmazási jellemzőit adja közre.

A könyvet pontos és részletes tárgymutató zárja.

Gyógyszerészeti szempontból megállapítható, hogy a gyógynövények alkalmazása egyre bővül. A gyakorló gyógyszerészek nyugodt lelkiismerettel ajánlhatják e könyvet orvosoknak, érdemes megvenni. (3132)

Szabó László Gy.

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság telefonszáma
1998. június 1-jétől: 318-1573-ra változik
Kérjük a változás bejegyzését.

Köszönettel: MGYT Titkárság

Nemzetközi Klinikai Gyógyszerészeti Kongresszus

A klinikai gyógyszerészeti szolgálat értékelése

1999. április 11-14. · Orlando, Florida



az AMERIKAI
KLINIKAI
GYÓGYSZERÉSZETI
KOLLÉGIUM

és az

EURÓPAI
KLINIKAI
GYÓGYSZERÉSZETI
TÁRSASÁG



közös rendezvénye

A szekciók témái:

- A klinikai gyógyszerészeti szolgálat értékelése
- Haladás a farmakoterápiában
- Eredeti kutatások, klinikai gyógyszerészeti szolgálat és programok, valamint folyamatban levő kutatások bemutatása előadás és poszter formában.

Összefoglaló formátumért és részletes programért forduljon az alábbi címekhez:

American College of Clinical Pharmacy
3101 Broadway, Suite 380
Kansas City, Missouri 64111 USA
Phone: 1/(816) 531-2177; Fax: 1/(816) 531-4990
E-Mail: accp@accp.com
World Wide Web: <http://www.accp.com>

European Society of Clinical Pharmacy
Theda Mansholtstraat 5b
2331 JE Leiden, The Netherlands
Phone: 31/71-5722430; Fax: 31/71-5722431
E-Mail: secretariat@escp.nl
World Wide Web: <http://www.escp.nl>

Az összefoglalókat 1998. október 15-ig postára kell adni; az összefoglalók bejelentése 1998. május 1. előtt történjék.

An International Congress on Clinical Pharmacy

Documenting the Value of Clinical Pharmacy Services

April 11 - 14, 1999 ♦ Walt Disney World ♦ Orlando, Florida



American College of Clinical Pharmacy

Hosted by the



European Society of Clinical Pharmacy

Sessions will include:

- Documenting the Value of Clinical Pharmacy Services
- Advances in Pharmacotherapy
- Platform and poster presentations of Original Research, Clinical Pharmacy Services and Programs, Research in Progress

To obtain the call for abstracts and a complete program announcement, contact:

American College of Clinical Pharmacy
3101 Broadway, Suite 380
Kansas City, Missouri 64111 U.S.A.
Phone: 1/(816) 531-2177; Fax 1/(816) 531-4990
E-Mail: accp@accp.com
World Wide Web: <http://www.accp.com>

European Society of Clinical Pharmacy
Theda Mansholtstraat 5b
2331 JE Leiden, The Netherlands
Phone: 31/71-5722430; Fax: 31/71-5722431
E-Mail: secretariat@escp.nl
World Wide Web: <http://www.escp.nl>

Abstracts must be postmarked by October 15, 1998. Early notification for abstracts submitted before May 1, 1998.

SERVIER HUNGÁRIA KFT

1146 Budapest, Abonyi utca 31.
Telefon: 344 0590; Fax: 344 0588

Tisztelt Gyógyszerésznő, Gyógyszerész Úr!

Örömmel értesítjük, hogy a Servier Hungaria Kft. által meghirdetett **Bioparox értékesítési verseny befejeződött**. Engedjék meg, hogy a Servier Hungaria Kft. nevében a nyerteseknek munkájukhoz és eredményükhöz ezúton gratuláljunk.

A verseny kiírásának megfelelően az eredmények kiértékelésekor az Önök által beküldött adatok alapján a növekedést és a verseny időtartama alatti Bioparox fogyasztást vettük figyelembe. Ennek alapján kis kategóriában a budapesti Olympia Gyógyszertár nyert 13400 pontot. Közepes kategóriában a salgótarjáni Borostyán Patika ért el első helyezést 18350, nagy gyógyszertár kategóriában pedig az egri Zalár Patika 23900 pontot (*a pontokat a növekedési százalék és az eladott darabszám szorzatából számoltuk*). A nyerteseknek ezúton is gratulálunk. A verseny meghirdetésének megfelelően az Olympia Gyógyszertárból 4, a Borostyán Patikából 9 és a Zalár Patikából 32 dolgozót látunk vendégül egy-egy hozzátartozójával egy párizsi hétfvén.

A versenyben második helyezettek 10 000 Ft.-os Centrum vásárlási utalványt, a harmadik díjként teáskészletet nyer országosan 126 Gyógyszertár. A nyerteseknek ezúton is gratulálunk!

Meggyőződésünk szerint a Bioparox egy olyan készítmény, mely a felsőlégúti fertőzésekben a gyógyszertárba betérő betegeknek veszély nélkül ajánlható, hatékony gyógyszer, amely a nyári "strand" fertőzésekre is alkalmazható, valamint a család útipatikájának nélkülözhetetlen eleme. Kérjük, ha legközelebb Önt kérdezi meg egy betérő beteg, hogy mit ajánl a megfázásra, ezentúl is jusson eszébe a Bioparox.

Még egyszer köszönjük lelkesedésüket és munkájukat!

További jó munkát, a nyárra kellemes pihenést kívánunk.

Budapest, 1998. május 4.

Üdvözlettel:

A. Lovas
dr. Lovas Anikó
Termékmenedzser



GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA

Basica®

Létfontosságú ásványi anyagok
és nyomelemek.

Ragnar Berg kutatásai alapján



Természetes út a jó fizikai
és szellemi közérzethez

Kapható a patikákban és a fitotékákban.

OÉTI által engedélyezve
Importálja a BeaCo Bt. Tel.: 200-8859

Basica®
az egyensúly bázisa

Túl savasan élünk!

E túlsavasodás pszichikai és szervi
megbetegedésekhez vezethet.

A **Basica®**

– egyedülálló összetétellel –
20 létfontosságú ásványi anyagot
és nyomelemet tartalmaz
a túlsavasodás megállításához,
szervezetünk sav-bázis egyensúlyának
újraelhelyezéséhez.

Ismerje meg a **Basica®-t**
még ma!

Szóbeli és nyomtatott ismertetővel
készséggel áll rendelkezésre a

Beaco Bt. – Tel.: 200-8859

Forgalmazza
a gyógyszernagykereskedők.

Basica®



Basica®
az egyensúly bázisa

Próbálja ki a Basica-t, ezt az egyedülálló étrendkiegészítő készítményt, mely 20 ásványi anyag és nyomelem tejcukorhoz kötött természetes, bázikus és hatékony keveréke a károsító savak ellen.

Összetétele: 1.000 g-ban: kalciumcitrát 69,9 g; nátriumcitrát 53,3 g; káliumcitrát 20,2 g; magnéziumcitrát 4,2 g; vaslaktát 536 mg; stroncium laktát 345 mg; mangánlaktát 132 mg; alumínium tartarát 29 mg; rézcitrát 26 mg; vanádiumlaktát 19 mg; kobaltlaktát 4 mg; nikkellaktát 4 mg; rubidiumlaktát 390 µg; titánlaktát 240 µg; krómlaktát 230 µg; tellúrlaktát 146 µg; molibdénlaktát 28 µg; bismutlaktát 27 µg; cinklaktát 25 µg; wolframlaktát 20 µg; tejcukorhoz kötve (859, 3 g)

Tejcukor-érzékenyek és vesebetegek számára a **Basica** nem ajánlott. Cukorbetegek viszont fogyaszthatják a dobozon feltüntetettek szerint.

Importálja: Beaco Bt. Telefon: 200-8859

Basica®



Basica®
az egyensúly bázisa



EGIS Klinikai-Farmakológiai Kutatás Fejlesztési Alapítvány

Az EGIS Gyógyszergyár Rt. 1995-ben 50 MFt alaptőkével létrehozta az EGIS Klinikai-Farmakológiai Kutatás Fejlesztési Alapítványt. Az alapítvány létrehozásának célja, hogy a hazai klinikai farmakológiai kutatás-fejlesztést hozzásegítse infrastrukturális beruházásokhoz illetve eszközök beszerzéséhez.

Az eltelt három évben 172 pályázó kért közel 300 MFt értékben támogatást, melyből a kuratórium nemzetközileg is elismert szaktekintélyű tagjai 95 pályázót jutalmaztak, mintegy 44 MFt értékben.

Az 1998. április 30-ra kiírt III. pályázati felhívásra 54 tanulmány érkezett, mintegy 93 MFt értékben. A kuratórium testülete az 1998. szeptember 30-ig összegyűlt alapítványi kamatjövendelmet, októberi kifizetéssel a következő pályázóknak ítélte:

Pályázó	Intézmény	Támogatás (Ft)
Dr. Csanády Miklós	SZOTE, II. Belgyógyászati Klinika	250 000
Dr. Csiba László	DOTE, Neurológiai Klinika, Neurosonológiai munkacsoport	500 000
Dr. Dános Péter	MÁV Kórház, III. sz. Belgyógyászati osztály	300 000
Dr. Degrell István	DOTE, Pszichiátriai Tanszék	500 000
Dr. Falus András	SOTE, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet	150 000
Dr. Fazekas András	Főv. Szent István Kórház, I. sz. Ideggyógyászati osztály	300 000
Dr. Gadó Klára	HIETE, I. sz. Belgyógyászati Klinika	250 000
Dr. Haffner Zsolt	Petz Aladár Megyei Kórház, Belgyógyászati osztály, Győr	250 000
Dr. Herczeg Ilona	OPNI, Gyermekek-serdülő pszichiátriai osztály	250 000
Dr. Hidvégi Tibor	Petz Aladár Megyei Kórház, Belgyógyászati osztály, Győr	700 000
Dr. Hódi Klára	SZOTE, Gyógyszertechnológiai Intézet	700 000
Dr. Janka Zoltán	SZOTE, Ideg és Elmebetegségek Klinikája, Kutató Laboratórium	170 000
Dr. Károlyi Zsuzsanna	Semmelweis Kórház, Bőrgyógyászati osztály, Miskolc	250 000
Dr. Kónya Gyöngyvér	Országos Sportegészségügyi Intézet, Neuropszich. Egység	250 000
Dr. Laki István	Kaposi Mór Megyei Kórház, Újszülött-, Csecsemőoszt., Kaposvár	250 000
Dr. Magos Tibor	OPNI, Bio-pszichofiziológiai Laboratórium	80 000
Dr. Nemesánszky Elemér	ORFI, Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály	700 000
Dr. Olajos Béláné	OPNI, Farmakokinetikai Laboratórium	800 000
Dr. Ostorharics-Horváth György	Petz Aladár Megyei Kórház, II. Pszichiátria, Győr	250 000
Dr. Polyák József	Zuglói Önkormányzat Eü.-i Szolgálat, Szakorvosi Rendelő	300 000
Dr. Rihmer Zoltán	OPNI, XIII. Pszichiátriai osztály	250 000
Dr. Sereg Mátyás	Szent György Kórház, III. sz. Belosztály, Székesfehérvár	500 000
Dr. Somogyi Anikó	SOTE, II. sz. Belgyógyászati Klinika	400 000
Dr. Szalai Zsuzsa	Heim Pál Gyermekkorház	350 000
Dr. Tarján Jenő	Markusovszky Kórház, Szombathely	700 000
Dr. Tóth Ignác	Szent Margit Kórház, Organikus Idegosztály	250 000
Dr. Vályi Péter	Margit Kórház, Belgyógyászati osztály, Csorna	350 000

Az Alapítvány által megítélt támogatás csak az Alapítványhoz beérkezett célokra használható fel, más költségek nem finanszírozhatók. A céltámogatást nyert pályázóknak 1998. december 31-ig számlamásolattal kell igazolnia, hogy a támogatást a pályázatban megjelölt célra és a Klinikai Farmakológiai hálózat infrastrukturális feltételeinek javítására használja.

A kuratórium nevében:

Dr. Borvendég János
Dr. Mandl József

Dr. Frenkl Róbert
Dr. Blaskó Gábor

Dr. Magyar Kálmán
Benkőné dr. Márkus Sarolta

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA

JOURNAL OF THE HUNGARIAN PHARMACEUTICAL SOCIETY

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung:
H-1051 Budapest, Zrínyi utca 3. Telefon: 317-1488

Főszerkesztő: dr. Lipták József
Felelős szerkesztő: Hankó Zoltán
Szerkesztők:

dr. Bozsik Erzsébet, dr. Brantner Antal, dr. Dobson Szabolcs,
Kéry István, dr. Kovács László, Ottlik Miklósné

Szerkesztőbizottság:



dr. Nikolics Károly (a bizottság elnöke), dr. Bacsa György,
Dudits István, dr. Écsy Zoltán, dr. Gyarmathy Miklós,
dr. Hamvas József, dr. Kata Mihály, Kerekesné dr. Nemes
Mária, dr. Kéry Ágnes, dr. Marton Sylvia, dr. Mezey Géza,
dr. Míkola Bálint, dr. Satory Éva, Szendrényi Lajos,
dr. Tretyánszky Zoltán, dr. Zalai Károly

42. évfolyam

TARTALOM

6.

1998. június

CONTENTS

Dr. Nikolics Károly: Gondolatok az érdekképviseléről

323

K. Nikolics: Thoughts about business federation

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

A gyógynövénykutatás aktuális kérdései: Növénykémia, kemo-
taxonómia, flavonoidkémia. Szeged, 1997. október 16–17.
I. rész

325

Up to date problems of medicinal plant research: plant
chemistry, chemotaxonomy, flavonoid-chemistry. 16–17 Oct.
1997, Szeged. I. part

GYÓGYSZERÉSZETTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

Ács-Sánta Magdolna: A pécsi Gránátalma gyógyszertár 200
éves története

332

M. Ács-Sánta: History of the 200 year old pharmacy Punic
Granatum („Gránátalma”) at Pécs

A régi magyarországi jezsuita patikák ismertetése a legújabb
kutatások alapján

337

Pharmacies of the Order of Jesuits in ancient Hungary

Dr. Sági Erzsébet: Az egykori szakolcai jezsuita patika

E. Sági: The late pharmacy of the Order of Jesuits at Szakolca
(Skalica)

Dr. Sági Erzsébet: Az egykori eperjesi jezsuita patika

338

E. Sági: The late pharmacy of the Order of the Jesuits at
Eperjes (Prešov)

Dr. Sági Erzsébet: Az egykori trencsényi jezsuita patika

339

E. Sági: The late pharmacy of the Order of Jesuits at Trencsén
(Trenčín)

AKTUÁLIS OLDALAK

KONSZENZUS KONFERENCIA A HAZAI BIZTONSÁGOS
ÉS KORSZERŰ GYÓGYSZERES KEZELÉSRŐL III. RÉSZ

Dr. Batár István: Mit vár a társadalom az egészségügyi kor-
mányzattól a megelőzésben a családtervezés területén

341

I. Batár: Expectation of the society toward the Ministry of
Health concerning prevention in the field of family planning

Dr. Balogh Ádám: A gyógyszeres kezelés szerepe a prevenció
és a korai intervenció megvalósításában. Hazai körkép nemzet-
közi bevezetéssel

342

Á. Balogh: The role of drug therapy in prevention and early
intervention. Hungarian and international situation

Kerekesné dr. Nemes Mária: A gyógyszertörvény jelentősége
a lakosság gyógyszerellátásában

344

M. Kerekes-Nemes: The significance of drug law in public
drug supply

Dr. Vokó Zoltán: A gyógyszerek hatékonyságának vizsgálatá-
ról (Miért randomizálunk?)

346

Z. Vokó: About the examination of drug efficacy

Dr. Kaló Zoltán: A farmakoökonómiai módszerek magyaror-
szági alkalmazásának lehetőségei és korlátai

348

Z. Kaló: Possibilities and limits of the application of pharma-
coeconomic methods in Hungary

CURRENT PAGES

- Csató Zsuzsanna*: Fogyatékkal és krónikus betegséggel élők érdekvédők szervezeteinek gondjai és feladatai, lehetséges és szükséges szerepei a gyógyszerellátásban 350
- Dr. Daróczy Judit*: Az ulcus cruris költséghatékony kezelése 350
- KONZÍLIUM A GYÓGYSZERÜGYRŐL V. RÉSZ** 352
- Dr. Kurkó Erzsébet, Faradzs-zade Magdolna, dr. Asztalos Gézané, dr. Bognár Ilona és dr. Saliga Margit*: Gyógyszerellátás – ellenőrzés
- Dr. Sándor István*: Munkajogi tanácsadó III. rész 357
- Hankó Zoltán*: Patikusmérleg – a gyógyszerértékelés definíciójához kapcsolódó néhány kérdéssel 360
- Zs. Csató*: Problems and tasks of organisations for safeguarding of interest of patients living with insufficiency of chronic diseases, their possible role and necessity in drug supply
- J. Daróczy*: Cost effective treatment of ulcus cruris
- CONSULTATION IN MATTERS OF DRUG V. PART**
- E. Kurkó, M. Faradzs-zade, G. Asztalos, I. Bognár and M. Saliga*: Drug supply and supervision
- I. Sándor*: Adviser in law of labour. III. part
- Z. Hankó*: „Pharmacist’s balance” – about some problems connected with the definition of pharmacy

HÍREK

(Részletesen lásd a tartalomjegyzék végén)

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI**SZAKIRODALMI TALLÓZÓ**

Kitekintés – Cím bibliográfia – A hónap molekulája – Miről írt az „A Gyógyszerész” 50 éve? – Helyesírás – helyes írás? – Könyvismertetés – Referátumok

HÍREK: Dr. Erdei Tibor – Dr. Gábor Miklós emeritus professzor kitüntetése – Egyetemi tanárok kinevezése – Helyreigazítás – Gyógyszerész- és gyógyszerészdoktor avatás Budapesten – A Gyógyszerészet szerkesztőbizottságának ülése – Gyógyszerészek avatása Szegeden – Ballagás a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi karán – A veteriner készítményekkel és a magyar állategészségüggyel kapcsolatos új ismeretek – Tudományos ülés a SZOTE tudományos ülések bizottsága és a Szege-di Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottsága közös szervezésében – A Budapesti Gyógyszerésztudományi Kar Tanácsának ülése 1998. május 13-án – Osztály Gyógy-szerész Napok – A Soproni Patikamúzeum 30 éves jubileuma – Gyógyszerészet – gyógyszerészek Baranyában – A Magyar Gyógyszerészeti Társaság Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Szervezete előadói ülése – In memoriam – Új állatorvosi gyógyszerek és ismeretek c. továbbképzés

NEWS**NEWS OF DRUG REGISTRATION AND THAT OF PUTTING IN TO CIRCULATION****CLEANING IN THE PROFESSIONAL PHARMACEUTICAL LITERATURE**

Survey of professional political reports in foreign periodicals – Title bibliography – Drug molecules of the month – The topics of Hungarian professional journals 50 years ago? – Orthography – and the right way of writing – Bookreview – Referates

„GYÓGYSZERÉSZET” a Magyar Gyógyszerészeti Társaság lapja
Kiadja a Magyar Gyógyszerészeti Társaság, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Telefon: 318-1573

Felelős kiadó: Dr. Vincze Zoltán

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung: H-1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Előfizethető: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. belföldi postautalványon vagy átutalással az MGYT átutalási számlájára: OTP V. kerületi fiók, Budapest, Deák Ferenc u. 7-9.

MGYT elszámolási számla: 11705008-20425230. Adóigazolási szám: 19000754-2-41

Előfizetési díj: egész évre 9000 Ft + 12% ÁFA. Egy példány ára: 750 Ft + 12% ÁFA.

Készült 2900 példányban.

Monthly journal. Subscription: Batthyany Kultur-Press Kft. H-1251 Budapest 11.

P. O. Box: 30. E-mail: batthyany@kultur-press.hu.

Műszaki szerkesztő: Molnár Zoltán

Sokszorosítás: Egri Nyomda

A kéziratok és mellékleteinek őrzését vagy visszaküldését nem vállaljuk.

Index: 25 362

Gondolatok az érdekképviselőről

Dr. Nikolics Károly

A szerző két korábbi közleményben a gondjainkkal és a gyógyszerészi szemlélettel kapcsolatos gondolatait foglalta össze. Ezúttal az érdekképviseléssel foglalkozik. Több feladatot közöl és kidomborítja a kari összefogás jelentőségét.

Foglalkozási ágak, szakterületek, hivatások régóta foglalkoztak érdekeik védelmével. Ez a tevékenység kiterjedt – többek között – a munkaidőre, a munkakörülményekre, az ezzel kapcsolatos jogi szabályozásokra, ugyanakkor a szakmai fejlődés biztosítására is. Ez a feladat nélkülözhetetlen mind az egyének, mind a közösségek jelenlegi működése és jövője szempontjából. Az érdekképviselést elsősorban a szakszervezetek, illetve a kamarák feladata volt. Az idők során a feladatok változtak. Egyrészt külső tényezők (főleg gazdasági jellegűek) befolyásolták az érdekképviselő feladatkörét. Másrészt belső problémák is adódtak, amelyek háttérben személyi- vagy etikai kérdések is meghúzódtak.

Lássuk most, mi a helyzet a gyógyszerészet területén. Közelebbről a gyógyszerárak helyzetével foglalkozunk. Ennek oka egyrészt az, hogy itt dolgozik kollégáink legnagyobb része. Másrészt itt találkozik a lakosság a gyógyszerésszel, tehát ezen keresztül ítélnék meg bennünket.

A leírt gondolatok részben folytatását képezik két korábbi közleménynek [1, 2]. A gyógyszerészi szemléletről írt cikkben szóltam az államosítás előtti szervezetekről. A tulajdonosok hivatali apparátusát gyakorló gyógyszerészekből álló elnökség irányította. Köztük még országgyűlési képviselők is voltak. Az Egyesület szerepe utólag értékelve – az akkori korban – eredményesnek ítélné meg. Az alkalmazottak még az I. világháború előtt egynapos országos munkabeszüntetéssel hívták fel magukra a figyelmet. Ekkor az este 21^h-ig tartó munkaidő rövidítését kívánták elérni. Egyesületüket általában rátermett, hivatásszerető kollégák vezették. Saját szaklapjuk is volt.

Az utóbbi évtizedeket illetően említjük meg a következőket: a Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság jogutódként először az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetén belül a Gyógyszerész Szakcsoport, majd a Magyar Gyógyszerészeti Társaság foglalkozott főleg tudományos kérdésekkel. A Szakszervezet Országos Vezetőségének gyógyszerész tagjai általában külön is találkoztak és szakmapolitikai, érdekképviselői kérdésekkel is foglalkoztak.

1. Egyének érdekképviselője

Támogatásra, érdekvédelemre mind az egyéneknek, mind a közösségeknek szükségük van. Ha az egyének működését szemléljük, egyrészt arra lehetünk figyelmesek, miként látja el a munkáját, magatartása betegcentrikus, kollegiális-e, etikus kapcsolatot tart-e fenn a bete-

gekkel, kollégáival, érdeklik-e a szakmai események, résztvesz-e a közösségi munkában? Tevékenysége ui. segíti a közös célok elérését. Tehát az érdekképviselő alapja a közös támogatás.

Ezzel a gondolatkörrel már ifjú korban meg kell ismerkedni. Ebben pedig mind a felsőoktatásnak, mind az oktató gyógyszerész nevelő munkájának jelentős szerepe van. Így tudunk alkalmas utánpótlást nevelni.

Bizonyos fokig egyéni szemléletű a közösségek vezetője is, akit a bizalom egy szervezet élére állított s ezzel felelősségteljes szerepet vállalt. Az ő látóköre már szélesebb. A vele kapcsolatos elvárásokról előző közleményemben már szóltam [2]. Mind az egyének, mind a közösségek érdekeinek összhangja jelentheti a közös célok elérését.

2. Helyi közösségek

Láttuk, a személyes kapcsolat teszi lehetővé közös érdekek érvényesítését. Ezért van jelentősége a városok, körzetek szakmai szervezeteinek. Több helyütt rendeznek gyakori találkozásokat, ahol többek között egy-egy továbbképző előadás mellett szakmapolitikai eszmecserek is folynak. Itt alakulhat ki egységes álláspont pl. új gyógyszerár létesítése, vagy közös egészségügyi jellegű akciók indítása terén. Hasznos tapasztalatok segíthetik a közös munkát. Ezzel hozzájárulhatnak a hivatás társadalmi megbecsüléséhez is.

A kollegiális együttműködés egy régebbi, szociális jellegű példáját említem meg tanulságul: az egyik megyében eredményesen működött az ún. adóközösség. Az Egyesület vezetői tárgyalásaik során egyezséget kötöttek, és az összes gyógyszerár adóját arányosan elosztották. Az egyik nagycsaládos „törpe” gyógyszerészt úgy támogatták, hogy adóját a többi kolléga vállalta együttesen. Ez is az érdekvédelem jó példája.

3. Országos irányítás

Láttuk, hogy az érdekképviseléssel általában a szakszervezetek és a kamarák foglalkoztak és ma is feladatukhoz tartozik. Nem vitás, valamely hivatás egysége csak úgy alakulhat ki, ha az összes szervezet fontos kérdésekben – országosan – közös álláspontot képvisel és ezek érvényesítéséért együttműködik. Ez a munka a gyógyszerészet területén akkor lehet eredményes, ha a következő szempontok érvényesülnek:

– Maradjon meg a hivatás tudományos jellege, legyen az egészségügy szerves része.

– Tartsunk kapcsolatot elsősorban az egészségügy többi szervével minden szinten, továbbá más, rokon területekkel is.

– A gyógyszerész felelősségteljes tevékenységét tegyük ismertté a lakosság körében.

– Legyen állandó kapcsolat a gyógyszerészet teljes területén: a felsőoktatás, a gyógyszeripar, az elosztó szervezetek, az intézeti- és a közforgalmú gyógyszertárak között.

– Ápoljuk a nemzetközi kapcsolatokat. Ismerjük meg a külföldi helyzetet. De csak a hasznos tapasztalatokat valószínűsítsük meg.

A leírt szempontokhoz még néhány részfeladatot fűzünk:

– Maradjon meg a gyógyszertár gyógyszerészi kézben. Ezzel kapcsolatban vonjuk le a magánosítás eddigi tapasztalatait. Csak így érvényesülhet a gyógyszerészi szemlélet.

– Biztosítsuk a gyógyszertár létét, eddigi forgalmi körét. Ennek több vonatkozása van. Így maradjon meg a gyógyszer-forgalmazás kizárólag a gyógyszertárak keretében. Ne vezessük be pl. a postai gyógyszerküldő szolgáltatást vagy a számítógépes vásárlást. Ezeket pl. Németországban tiltják. Ide tartozik még a „patika” szó védelme, mivel ezt különböző egységek is használják.

A lakossággal, az egészségügyi szervekkel való kapcsolat erősítésének különböző lehetőségeit, akcióit külföldön alkalmazzák. Fontos szempont ezek hazai bevezetése.

Végül egy régebbi probléma: a gyógyszertártulajdonosok még a két világháború között jelentős vagyont gyűjtöttek össze a Gyógyszerészek Országos Jóléti Alapja (GYOJA) keretében. Ez volt a kar nyugdíjalapja. A bérházakba fektetett vagyon a házak államosítása során elveszett. Nem tudom, történt-e lépés a vagyon visszaszerzése, illetve a kárpótlás érdekében?

* * *

Biztató eredményeink vannak. Az összefogás, a közös munka biztosíthatja a jövő egészséges fejlődését. Minden gondolat akkor lehet hasznos, ha az elvetett mag jó földre hull és kihajtva termést hoz.

IRODALOM

1. *Nikolics K.*: Gyógyszerészet 41, (12), 719 (1997). – 2. *Nikolics K.*: Gyógyszerészet 42, (4), 951 (1998).

K. Nikolics: Thoughts about business federation

In two former papers author summarized his thoughts concerning pharmaceutical way of looking and our present problems. This time he deals with the topic of business federation. There are a lot of tasks but the joining of forces in the profession is of special significance.

Szerző címe: Sopron, Kis János u. 1. – 9400

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 325–331. 1998.

A GYÓGYNÖVÉNYKUTATÁS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI: NÖVÉNYKÉMIA, KEMOTAXONÓMIA, FLAVONOIDKÉMIA. SZEGED, 1997. OKTÓBER 16–17. – I. RÉSZ

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság Gyógynövény Szakosztálya, a Magyar Tudományos Akadémia Flavonoidkémiai Munkabizottsága és a Szegedi Akadémiai Bizottság Farmakognózia Munkabizottsága 1997. október 16–17-én közös szimpóziumot szervezett az MTA Biológiai Tudományok Osztálya támogatásával „A gyógynövénykutatás aktuális kérdései: növénykémia, kemotaxonómia, flavonoidkémia” címmel. A rendezvény helyszíne a Szegedi Akadémiai Bizottság (SZAB) székháza volt. A szimpózium a „Gyógynövények kutatása és felhasználása” című rendezvénysorozathoz kapcsolódóan a négyévenként megrendezésre kerülő konferenciák közötti időszak hazai kutatási eredményeiről kívánt számot adni. A nemzetközi részvételű szimpóziumon kemotaxonómia, biodiverzitás, gyógynövények terápiás felhasználása, növénykémia, flavonoidkémia témakörökben hangzottak el előadások. A felsorolt tudományterületeken elismert szakmai kiválóságok tartottak előadást, emellett az egyetemek és kutatóintézetek fiatal szakemberei számoltak be kutatási eredményeikről a 70–80 résztvevő, többek között a környező országokból érkezett vendégek előtt. A rendezvény résztvevőit prof. dr. Máthé Imre, az MGYT Gyógynövény Szakosztályának elnöke valamint prof. dr. Antus Sándor, az MTA Flavonoidkémiai Munkabizottságának köszöntötte. A szimpózium ülésein, prof. dr. Antus Sándor, prof. dr. Csedő Károly, prof. dr. Gábor Miklós, prof. dr. Máthé Imre, prof. dr. Nógrádi Mihály, prof. dr. Szőke Éva és prof. dr. Tétényi Péter elnökölt.

A szimpózium színes, változatos programját mindvégig élénk érdeklődés kísérte, a résztvevők hasznos eszmecserét folytattak. A Hungária Szállodában szervezett társasvacsorán lehetőség nyílt kötetlen szakmai konzultációra és baráti beszélgetésre is.

A résztvevők köszönettel tartoznak a Novartis Consumer Health Care és a TEVA BIOGAL Gyógyszergyár, valamint a Kompozíció Kft. szíves támogatásáért, továbbá a konferencia kiváló megszervezéséért dr. Hohmann Judit szakosztálytitkárnak, Mihókné dr. Borbély Ildikó munkabizottsági titkárnak, valamint dr. Hajdú Zsuzsa egyetemi tanársegédnek, az előadás-kivonatok megjelentetéséért Hankó Zoltán felelős szerkesztőnek.

A rendezvény előadásainak kivonatait az eredeti program sorrendjében, a szerzők tudományos fokozatának jelölése nélkül, két részben közöljük azzal a megjegyzéssel, hogy a szerzők összetételében, az előadások címeiben a programfűzethez viszonyítva esetenként változtatásokra került sor, a kivonatokot beküldők igényei szerint.

Lemberkovics Éva¹, Kéry Ágnes¹, Simándi Béla²,
Marczal Gabriella¹, Then Mária¹, Máday Emőke¹

Illóolajok összetételét befolyásoló extrakciós és egyéb tényezők

Az intézetünkben több évtizede folyó illóolaj-kutató munka során külön hangsúlyt kapott az illóolajok összetételét befolyásoló különböző technológiai folyamatok (extrakció, tárolás, szárítás) és biológiai tényezők (egyedfejlődés, növényi rész) tanulmányozása.

Összehasonlítva a *lewendula* és a *muskotályzsálya* hagyományos vízgőzdesztillációval és szuperkritikus fluid extrakcióval előállított illóolaj összetételét, megállapítottuk, hogy a hagyományos illóolajokban a linalool-linalil-acetát arány függ a kiindulási növényanyag minőségétől; az SFE frakciók főkomponense azonban minden esetben a linalil-acetát. Ugyanakkor a *Chrysanthemum parthenium* esetében – annak ellenére, hogy a hagyományos illóolaj főkomponense, különböző földrajzi származású mintáknál is a krizantenil-acetát – az SFE frakcióké – a várokozással ellentétben – a kámfor. Szabad krizantenol alkoholt csak a savas vízgőzdesztillációval előállított illóolajban találtunk kimutatható mennyiségben.

Általánosan megállapítható, hogy savas kezelés utáni vízgőzdesztilláció során, az illóolajban új összetevők je-

lennek meg. A megállapítás alátámasztja azt a feltételezést, hogy a terpének egy része a növényben kötött, glikozidikus állapotban fordul elő.

Külön foglalkoztunk az illóolajok tárolás során bekövetkező változásaival. E tekintetben a β -pinén és a citrál izomer pár bizonyos olajokban (*Achillea* ill. *Melissa*, *Zingiber* olajok) megfigyelt kedvezőtlen viselkedését emeljük ki.

Végül foglalkoztunk különböző *Salvia* fajok (*S. officinalis*, *S. sclarea*, *S. pratensis* és *S. nemorosa*) levél – virág (csésze és szírom) illóolajának összetételbeli jellemzőivel, és összehasonlítottuk a friss és szárított növényi részek illóolaj-összetételét. Megállapítottuk, hogy a friss és a szárított növényi részekből nyert illóolaj nem különbözik egymástól számottevően, a növényi részek illóolaj összetétele azonban változó és jellemző az adott fajra.

* * *

A munka az OTKA T 016053 és T 007693 támogatásával készült.

¹SOTE Gyógynövény- és Drogismereti Intézet, Budapest

²BME Vegyipari Műveletek Tanszék, Budapest

Kéry Ágnes¹, Lemberkovics Éva¹, Simándi Béla²,
Szőke Éva¹

Bernáth Jenő¹, Németh Éva¹, Pethő Flóra¹,
Mihalik Erzsébet², Kálmán Katalin²

Szuperkritikus extrakció, mint lehetőség gyógynövény készítmények hatóanyag-tartalmának biztosításában

A szuperkritikus állapotú elválasztás-technika sajátos lehetőséget kínál biológiailag aktív, természetes eredetű anyagok előállításában és vizsgálatában. Az utóbbi évek szakirodalmi adatai alapján laboratóriumi és ipari méretben egyaránt kiterjedten alkalmazzák a szuperkritikus extrakciót az élelmiszer-, gyógyszer- és kozmetikai ipar sok területén. Kétségkívül előnyei közül az egészségre káros oldószerek alkalmazásának visszaszorítása, az oldószermaradvány kérdés eliminálása, a hőérzékeny anyagok kímélése különös figyelmet érdemel.

Gyógynövényekkel kapcsolatos szuperkritikus extrakciós vizsgálatok néhány alkaloidtartalmú növényen (kávé, dohány) kívül, ezideig kiemelten illó- és zsírosolaj tartalmú nyersanyagok feldolgozására terjedtek ki. Az előbbi jól ismert példánál a cél speciális anyagcseretermék (koffein, nikotin) eltávolítása egy magasabb kereskedelmi értékű áru (koffeinmentes kávé, nikotinban szegény dohány) előállítása céljából, illetve előnyös összetételű illóolaj frakciók, zsírosolaj, alacsony zsírtartalmú élelmiszerek előállítása.

Kevés figyelmet fordítottak az illóolaj mellett jellegzetesen felhalmozódó és/vagy biológiai – farmakológiai – terápiás szempontból hatásos, esetleg toxikus vegyületek szuperkritikus extrahálhatóságának/eltávolíthatóságának lehetőségére.

A gyógynövények iránt megnyilvánuló fokozott érdeklődés miatt előtérbe került hatóanyagaik újraértékelésének, a megfelelő kivonási módszerek továbbfejlesztésének szükségessége.

A szuperkritikus extrakciót az illóanyagok előállításán túlmenően a Soxhlet extrakció alternatív technikájának tekinthetjük, ahol a szelektivitást céljainknak megfelelően több tényezővel befolyásolhatjuk.

Az előadás szakirodalmi adatok és saját kísérletes tapasztalatok alapján példákon szemlélteti előnyös alkalmazási lehetőségeit a karotinok, triterpének, szterolok, antioxidáns diterpének, szeszkviterpén- γ -laktonok preparatív előállítására. Foglalkozik gyulladáscsökkentő triterpén-észterek (*Calendula officinalis*), antioxidáns diterpének (*Rosmarinus officinalis*, *Salvia* sp.), antiszerotoninerg és gyulladáscsökkentő szeszkviterpén- γ -laktonok (*Chrysanthemum parthenium*, *Cnicus benedictus*, *Matricaria recutita*, *Achillea collina*) előállításával.

IRODALOM

1. Modey, K. W., Mullholland, D. A., Raynor, M. W.: *Phytochem. Analyses*, 7, 1–15 (1996).
2. Zosel, K.: in: *Extraction with Supercritical Gases* (Schneider, G. M., Stahl, E., Wilke, G. eds.) pp. 1–23. Verlag Chemic, Weinheim (1980)
3. Rizvi, S. S. H.: *Supercritical Fluid Processing of Food and Biomaterials*. Blackie, Glasgow (1994).

Az illóolaj felhalmozódás törvényszerűségei az édeskömény terméseiben, illetve annak szöveti háttere

Az édeskömény rendszeresen termesztett, egyik legfontosabb fűszer- és gyógynövényünk, termékei iránt a kereslet világszerte élénk. A szakirodalom ellentmondó adatokat közöl a termésekben felhalmozódó illóolaj mennyiségéről és minőségéről az egyedfejlődés folyamán. 1996 és 1997 folyamán, első, illetve másodéves állományban végzett vizsgálatainkkal e folyamat törvényszerűségeit, a faj nemesítésében, termesztésében fontos biológiai háttér-információkat kívántuk felderíteni.

A *Foeniculum vulgare* L. „Soroksári” fajta szabadföldi parcellájában a vegetációs idő során 9 fejlődési állapotot különítettünk el, melyekben rendszeresen, 4 ismétlésben átlagmintákat szedtünk a generatív szervekből.

A vizsgált fázisok a következők: 1. zöldbimbós állapot; 2. sárgabimbós állapot; 3. az első portokok megjelenése; 4. a bibe érése; 5. a szirmok lehullása; 6. zöldmagvas fázis; 7. viaszérés fázisa; 8. félérett termések; 9. teljes érett termések. Vizsgálataink komplex módon, a hisztológiai, a morfológiai és a hatóanyag-jellemzőket ölelték fel.

Megállapítottuk, hogy míg a termés hosszúsággal jellemezhető mérete folyamatosan nőtt a vizsgált időszakban, addig a terméstömeg maximum értéke a viaszéresi állapotban mutatkozott. Ezután a nagyfokú vízvesztés következtében csökken az éredő mag egységnyi tömege.

Jellemző, hogy az illóolajtartók már a generatív szervek fejlődésének igen korai szakaszában, a bimbózásakor jelen vannak. A mag felszínéhez viszonyított relatív területük a termékenyülés idején mutat maximumot (53,58%), míg abszolút felszínük a félérett termés állapotig gyarapszik.

Az egy magra vetített illóolajhozam folyamatosan emelkedik a termések teljes éréseig (0,78 μ l/mag), mely folyamat telítődési függvénnyel közelíthető.

Ezzel szemben az illóolaj-tartalom szárazanyagra vetített aránya a kötődéskor illetve a termések fejlődésének kezdetén a legmagasabb (11,59%), amikor a szárazanyag felhalmozódás még csekély. A relatív illóolaj-tartalom csökkenés a termésérés során az illóolaj és a szárazanyag felhalmozódásának eltérő dinamikája következtében mutatható ki.

Az illóolaj összetétele lényegesen stabilabbnak bizonyult az egyedfejlődés vizsgált szakaszában, csupán két komponens, a β -myrcene illetve a fenkon aránya változott: míg az előbbi csökkenő, addig az utóbbi növekvő (9,1%-ról 23,2%-ra) tendenciát mutat. A változás mértéke nem befolyásolta lényegesen a taxon kémiai karakterét.

¹SOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézet, Budapest
²BME Vegyipari Műveletek Tanszék, Budapest

¹KÉE Gyógynövény-termesztési Tanszék, Budapest
²JATE Növénytan Tanszék, Szeged

Mihalik Erzsébet

Gyógynövény populációk a JATE Fűvészkertjében

Összefoglaló nem érkezett.

JATE Növénytani Tanszék és Fűvészkert, Szeged

Szabó Krisztina, Novák Ildikó

Origanum creticum L. taxon-összehasonlító vizsgálatok

Az *oregano* ma a világon az egyik leggyakrabban felhasznált fűszer. Népszerűségét, gyors felfutását elsősorban a világszerte közkedvelt gyorsétermek piaci térhódításának köszönheti. Emellett a hagyományos gyógyászat is régóta felhasználja különböző megfázásos, emésztőrendszeri és reumás megbetegedések kezelésekre.

A kereskedelmi forgalomban lévő drog-, illetve fűszertételek forrásaként az általunk összegzett irodalmak szerint 56 faj szerepelhet. Ezen fajok zöme a Lamiaceae és Verbenaceae családba tartozik. Leszűkítve a fajok körét az *Origanum* nemzetségre, 16 faj ill. alfaj használatos *oreganoként*. A széleskörű gyakorlati felhasználás ellenére a tudományos háttérismeret nem teljeskörű, számos probléma vetődik fel.

Az általunk vizsgálatba vont *krétai szurokfű* taxonómiaja nem tisztázott, több szinonim nevet említenek az irodalmak, melyek sok esetben vitathatóak. Az utóbbi év irodalmi azonban leggyakrabban *Origanum vulgare ssp. hirtum* néven említik hivatalosan a krétai szurokfűvet. A droggal ill. fűszerrel szemben állított követelmények, azaz a szabványok sem segítik a fajok ill. alfajok közti eligazodást.

Ennek következményeként a jelenlegi nemzetközi kutatások a következő főbb témakörök köré csoportosíthatók. A taxonómia, változékonyság, elterjedés; túlgyjűtés, generáció, génmegőrzés; termesztésbevonás, termesztéstechnológia; a nemesítés lehetőségei hagyományos és újabb módszerekkel.

A bemutatásra kerülő munka célkitűzése volt, hogy az *Origanum creticum*-ról, mint Magyarországon még kevésbé ismert fajról gyógy- és fűszernövény-termesztés szempontjából részletesebb ismereteket kapjunk. Az ezirányú vizsgálatok 1996-ban kezdődtek a KÉE Gyógynövénytermesztési Tanszékén.

Kutatásaink során az alábbi szempontok szerint vizsgáltuk a rendelkezésünkre álló töosztott és magról vetett növényállományokat:

- elkészítettük a részletes morfológiai felmérést;
- vizsgáljuk a faj hazai viselkedését, a fenológiai fázisok alakulását hazai körülmények között;
- felvételeztük a produkciós tulajdonságokat.

A faj hazai körülmények közti viselkedéséről az alábbi megfigyeléseket tettük.

A magról vetett állományok az első évben a kezdeti

lassú fejlődés miatt nem jutnak el a virágzás stádiumáig. Az általunk vizsgált öt – már részben szelektált – taxon közül a P6-os korai fejlődésével ez alól kivételt képez, más kedvező tulajdonságaival (morfológiai kiegyenlített-ség) együtt jó nemesítési alapanyagának bizonyult.

Teljes virágzás stádiumában nagyobb a hatóanyag-tartalom és egyéb produkciós tulajdonságok is kedvezőbben alakulnak, ezért ebben a stádiumban célszerű betakarítani az állományokat.

Az általunk vizsgált faj illóolaj-tartalma jóval meghaladja (3–4,4%) a termesztett vagy gyűjtött *Origanum vulgare* illóolaj-tartalmát és az ebből készülő drogra vonatkozó előíratok határértékét (ISO, NFV). A vizsgált taxonok zöme a piac által kedvelt fűszeres, erős illat jellemző a karvokról nagyarányú (72–88%) jelenlétével az illóolajban; a magról vetett utódállományok esetében megjelent a timolos és fenolos típus is.

A virágzati rész tömege miatt – nagyobb tenyészterület esetében – az első évben a generatív hajtások elterülnek és ezért szennyeződnek. A vizsgált taxonok e szempont szerint is eltérőnek bizonyultak, a P1 és P2 állományok kedvezőbb bokorhabitussal rendelkeznek.

KÉE Gyógynövény-termesztési Tanszék, Budapest

Szalkai Iván, Csillik Gabriella

Gyógynövények alkalmazása ápolási osztályon

Összefoglaló nem érkezett.

MH Pécsi Honvédkórház, Pécs

Fejes Szabolcs¹, Kéry Ágnes¹, Blázovics Anna²,
Lugasi Andrea³, Lemberkovics Éva¹, Petri Gizella¹

Egyes fűszernövények újraértékelése antioxidáns hatásukra való tekintettel I.

A legújabb kutatási eredmények alapján körvonalázódott, hogy számos kórfolyamat (bél krónikus gyulladása, májbetegségek, érlemeszesedés) és az öregedés hátterében bizonyíthatóan a szabad gyökös reakciók húzódnak meg [1]. Ugyanakkor egyre több gyógynövényről bizonyosodik be, hogy terápiás hatása tartalomanyagainak szabadgyökfogó, antioxidáns tulajdonsága alapján igazolható. Szükségessé vált, hogy gyógynövény kincsünket – ide értve fűszer- és zöldségnövényeink jelentős részét is – ezen új szempontok szerint is újraértékeljük [2]. A kórfolyamatok kialakulásának patomechanizmusából, illetve ezen természetes anyagok mérsékelt hatásából adódóan alkalmazásuk elsősorban kiegészítő, adjuváns kezelésben, illetve a prevencióban indokolt. A jelen munkánkban modellnövényként választott petrezselyem, *Petroselinum crispum* L. (Apiaceae) terápiában való létjogosultságát is

az utóbbi évek fitoterápiás és fitokémiai vizsgálatai bizonyították.

A *Petroselinum radix* és *herba* gyomorerősítő, diuretikus, vértisztító, májvédő hatásáról ismert. A termésből nyert illóolaj a központi idegrendszerre hat [3]. Azonosított tartalomanyagai a flavonoidok (luteolin-, apigenin-, izoramnetin-glikozidok), kumarinok, illóolaj (monoterpének, fenilpropán származékok), C-vitamin.

Vizsgálatainkkal szerkezet-hatás összefüggéseket kerestünk a petrezselyem különböző vegetatív szerveiből nyert kivonatok összetétele és gyökfogó aktivitása között. A tisztított kivonatokból a fő, illetve jellemző komponenseket kromatográfiás (TLC, HPLC, GC) és spektroszkópiás (UV, UV-VIS) módszerekkel azonosítottuk. A flavonoid tartalmat a DAB 10 szerint határoztuk meg, az illóolaj frakciót a Ph.Hg.VII. szerint mértük. A feltételezett szabadgyökfogó, antioxidáns hatást kemiluminometriás és spektroszkópiás teszt rendszerekben (H-donor aktivitás, redukáló képesség, komplexképző tulajdonság) igazoltuk [4]. Az extraktumok szabadgyökfogó képességét in vitro H_2O_2 / OH -izoluminol-mikroperoxidáz rendszerben a kemilumineszcenciás fényintenzitás változásával teszteltük. A kiválasztott, standardizált frakciókat patkány agy, máj és vese homogenizátumon ill. mikroszóma preparátumokon végzett aszkorbinsavval indukált lipid peroxidációval vizsgáltuk [5]. A legszorosabb korrelációt a hatóanyag kémiai tulajdonsága és antioxidáns hatása között a luteolin-glikozidokban gazdag frakciónál mértük.

IRODALOM

1. Kéry, Á., Blázovics, A.: Növényi antioxidánsok és jelentőségük a fitoterápiás készítményekben. *Fitoterápia* 1, 21–26 (1995).
2. Namiki, M.: Antioxidants/Antimutagenes in Food. *Food Science and Nutrition* 29, 4, 273–300 (1990).
3. Zheng, G., Kenney, M. P., Lam, L. K. T.: Myristicin: A Potential Cancer Chemopreventive Agent from Parsley. *J. Agric. Food Chem.* 40, 107–110 (1992).
4. Blázovics, A., György, I., Zsinka, A. J. N., Biacs, P., Földiák, G., Fehér, J.: In vitro scavenger effect of dihydroquinoline type derivatives in different free radical generating systems *Free Rad. Comm.*, 6, 217–226 (1989).
5. Blázovics, A., González-Cabello, R., Barta, I., Gergely, P., Fehér, J., Kéry, Á., Petri, G.: Effect of liverprotecting *Sempervivum tectorum* extract on the immune reactivity of spleen cells in hyperlipidaemic rats. *Phytotherapy Research* 8, 33–37 (1994).

¹SOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézet, Budapest,

²SOTE II. Belgyógyászati Klinika, Budapest,

³ÖÉTI, Budapest

Heltmanné Tulok Mária¹, Kéry Ágnes², Takács Zita¹

Veronica fajok összehasonlító vizsgálata

A *Veronica officinalis* L. (orvosi veronika) drogja a *Veronicae herba*, hasonlóan más *Veronica* fajok drogjaihoz, gyógyszerkönyvekben nem hivatalos. Ezen drogok

felhasználásának népgyógyászati tapasztalatai (felső légúti hurutos megbetegedések gyógyítása) azonban az utóbbi években felkeltették az érdeklődést. A *Veronica* fajok jelentős mennyiségben előforduló és speciális összetételű tartalomanyagai (gyulladáscsökkentő hatású flavonoidok, iridoidglikozid- és fenilpropán származékok) révén újraértékelést érdemelnek.

A KÉE Gyógynövénytermesztési Tanszékén egyes *Veronica* fajok termesztésbevonási lehetőségeinek vizsgálata mellett a SOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézetével kollaborációban olyan *Veronica* fajok morfológiai és produkció-biológiai vizsgálatait kezdtük meg 1992-ben, melyek nagyobb hozamukkal, magasabb hatóanyagtartalmukkal és kedvezőbb termesztési tulajdonságukkal (felálló szár, könnyebb betakarítás, szaporítás) perspektivikusan bővíthetnék a magas flavonoid-tartalmú gyógynövények körét.

Az összehasonlító értékelésben szereplő *Veronica* fajok élvelő lágyszárú növények. Az elfekvő szárú *V. officinalis* L. mézskerülő cseres, gyöngyvirágos tölgyesek faja. A gyengén savanyú, nyirkos talajokat kedveli. Állományai hazánkban ma már megritkultak. A *V. pallens* Host sztyepréti társulások védett és veszélyeztetett növénye. Mézskerülő, száraz, homoki réteken, legelőkön Vác és a Balaton környékén fordul elő. A *V. paniculata* L., a *V. spicata* L. és a *V. teucrium* L. mézskerülő száraz karsztbokorerdők növényei. A *V. Bachofenii* Heuff. Erdély nyugati részeinek sziklás erdeiben, a *V. paniculata* L. var. *croatica* Borb. a horvátországi karsztokban őshonosak.

A kísérlet agrotechnikai részét illetően kiemelés érdemel, hogy a szabadföldi magvetéssel történő szaporítás minden fajnál lehetséges. A növények növekedése – különösen a *V. officinalis*-nál – lassú. Ezért ennél a fajnál a gyökeres sarjhajtásról történő szaporítás javasolható. A többi fajnál a harmadik évtől már a töosztás is alkalmas technológiát jelent.

A *Veronica* fajok egyik kiemelt potenciális hatóanyag csoportjának a flavonoidoknak a tenyészidőszak alatti felhalmozódását vizsgálva méréseink szerint a *V. pallens* és a *V. teucrium* zöldbimbós állapotban, a többi faj – a *V. paniculata* kivételével – a virágzás kezdetén tartalmazta a legtöbb flavonoidot. A vizsgált *Veronica* fajok összflavonoid-tartalmát összehasonlítva a *V. officinalis*-ével [0,675 g/100 g (hiperozid)], az eredmények azt mutatták, hogy virágzás kezdetén – a *V. paniculata* kivételével – mindegyik fajnál magasabb az összflavonoid-tartalom.

A friss hozam és az összflavonoid-tartalom együttes értékelése során megállapítható, hogy a *V. croatica* és a *V. teucrium* kiemelkedő frisstömegével (1500 ill. 1458 g/m²) és magas hatóanyagtartalmával (1,068 ill. 0,852 g/100 g hiperozid) perspektivikus lehet. Megfelelő termesztési körülmények között a legmagasabb összflavonoid-tartalmat (1,145 g/100 g hiperozid) adó *V. spicata* és a *V. pallens* (0,989 g/100 g hiperozid) növényhozama is emelhető.

¹KÉE Gyógynövénytermesztési Tanszék, Budapest

²SOTE Gyógynövény és Drogismereti Intézet, Budapest

Pluhár Zsuzsanna¹, Gál Mariann¹, Krizsán Krisztina²,
Hollósy Ferenc³

A hatóanyag-felhalmozódás dinamikája a Rubiae radixban

Az utóbbi években mind nagyobb jelentőségűvé váló természetes eredetű színyanyagforrások között több olyan növényfaj is megtalálható a hazai flórában, amely biológiailag aktív tulajdonsággal, gyógyhatással is rendelkezik, ezáltal az élelmiszer- és gyógyszeripar számára is perspektivikus nyersanyagforrás lehet. E fitoterápiás szempontból is jelentős festőnövények közé tartozik a festő buzér (*Rubia tinctorum* L.), melynek drogjában (*Rubiae radix*) található vörös színyanyagok (antrakinonok és glikozidjaik) egyúttal kiváló vesekőoldó képességgel is rendelkeznek. Emiatt a *Rubiae radix* több növényi alapú gyógyszer és gyógykészítmény alapanyagául szolgál Európában.

Hazánkban és külföldön évtizedek óta foglalkoznak a növény gyökérzetében található antrakinon-származékok kutatásával, ezen belül e vegyületek szerkezetének, bioszintézisének, hatásmechanizmusainak, toxicitásának és a növény *in vitro* szaporítási lehetőségeinek feltárásával. Vizsgálataink során célul tűztük ki a *R. tinctorum* introdukcióját, valamint eltérő eredetű populációinak összehasonlítását morfológiai és produkciós tulajdonságaik alapján. Ezen túlmenően a droghozam és a hatóanyag-akkumuláció éves menetének megállapítására is törekedtünk az optimális betakarítási idő meghatározása céljából.

A morfológiai- és hozamvizsgálatokat a KÉE Gyógynövénytermesztési Tanszéke Kísérleti Üzemében végeztük, a hatóanyagok izolációjára és analizésére az ELTE Növényiszervezettani, illetve Szerves Kémia Tanszékein került sor. A hatóanyagok kivonására Soxhlet- és szuperkritikus szén-dioxid extrakciót (SFE), a kivonat komponenseinek elválasztására nagyhatékonyságú folyadékromatográfiás (HPLC) eljárást alkalmaztunk.

Vizsgálataink során a három eltérő eredetű populációt hat fejlődési fázisban hasonlítottuk össze. Megállapítottuk, hogy a populációk között nincs szignifikáns különbség sem az általunk mért morfológiai, sem pedig produkciobiológiai tulajdonságuk alapján. Jelentős eltérések voltak azonban megfigyelhetők az eltérő fenológiai fázisok között azonos populáción belül. A hozammérések során megállapítottuk, hogy a második tenyészidőszak végén mért hozamok (300–400 g/m²) jelentősen nagyobbak, mint a többi fenofázisban mért értékek. A gyökerek hatóanyagtartalma mind az első (35–45 g/100 g), mind pedig a második tenyészidőszak végén (32–42 g/100 g) kiemelkedő volt, és ezekben az időpontokban mértük a gyógyászati szempontból jelentős antrakinon-glikozidok maximumát is. Az antrakinon-aglikonok mennyisége a virágzás kezdetén éri el maximumát (alizarin: 0,7–0,8%, ill. lucidin: 0,17–0,2%), ugyanakkor az antrakinon-glikozidok minimuma (ruberitrinsav: 2%, ill. lucidin-primverozid: 5%) tapasztalható. Fordított helyzet áll fenn a tenyészidőszak végén, az ekkor begyűjtött mintáknál a glikozidok maximuma (ruberitrinsav: 4,5–5%, ill. lucidin-primverozid: 8–8,5%) és az aglikonok minimuma

(alizarin: 0,2%, ill. lucidin: 0,06–0,08%) mérhető. A két vizsgálati év hatóanyag-hozamainak elemzése alapján optimális betakarítási időnek a második tenyészév vége bizonyult. Az ekkor mérhető össz-hatóanyag-hozam 100–160 g/m² volt, ezen belül a gyógyászati szempontból jelentős ruberitrinsav kihozatala pedig 15–22 g/m² értékkel jellemezhető. A harmadik év vizsgálatai még nem zárultak le, de előre látható, hogy a szabadföldi állományokat nem célszerű három tenyészidőszakon keresztül fenntartani.

¹KÉE, Gyógynövénytermesztési Tanszék, Budapest

²ELTE Szerves Kémia Tanszék, Budapest

³ELTE Növényiszervezettani Tanszék, Budapest

Bertha Ferenc¹, Fetter József¹, Peredyné Kajtár Mária²

Krománszármazékok előállításá β-laktámokból

Az egyszerűen előállítható **1a**, **b⁺** β-laktámszármazékokat Brønsted illetve Lewis savak jelenlétében *diasztereoselektív* módon különböző, az irodalomban mindaddig ismeretlen kromeno[3,2-b]azetidionokká alakítottuk. Ez utóbbi vegyületek alkalmas prekurzorok voltak további új krománszármazékok előállításához. (ábra a következő oldalon)

¹BME, Szerves Kémia Tanszék, Budapest

²MTA Központi Kémiai Kutatóintézet, Budapest

Szabó László Gy.

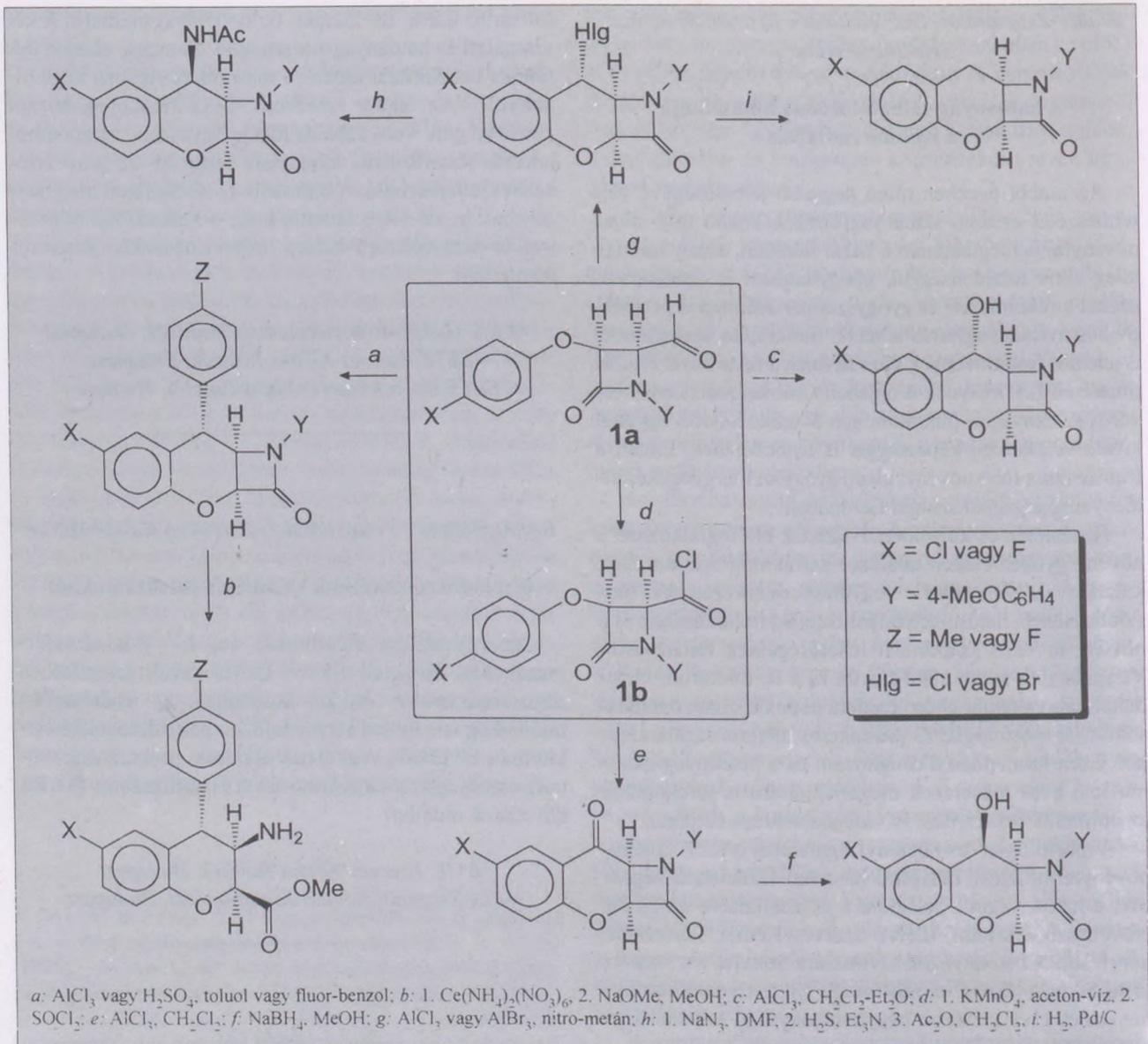
Flavonoidok szerepe a növények életében

A növények ellenállóképessége a kórokozó mikroorganizmusokkal (vírusok, baktériumok, gombák) és kártevő állatokkal (főleg rovarokkal) szemben nagyrészt éppen speciális metabolitok jelenlétének köszönhető. Emiatt ezeket az anyagokat (vegyületeket) kémiai rezisztenciafaktoroknak szoktuk nevezni.

Sokkal általánosabb az antioxidáns és a szabadgyök (főleg szuperoxid, peroxil stb.) – hatástalanító tulajdonság. Különböző kémiai szerkezetű vegyületek és hatócsoporthoz (atomcsoportok vagy akár ciklusban lévő heteroatomok) lehetnek ilyenek. Bonyolítja a hatásértelmezést, hogy a növényekben található szerves elemek könnyen képeznek komplexet a hatócsoporthoz, de az sem ritka, hogy makromolekulákká polimerizálódnak vagy vegyes

*Racém vegyületekkel dolgoztunk; az egyszerűség kedvéért csak az egyik enantiomert tüntettük fel.

[†]Sápi A., Bertha F., Fetter J., Peredyné Kajtár M., Keserű Gy., Lempert, K.: Tetrahedron 52, 771–782 (1996)



éteket és észtereket képeznek egymással bonyolult szerkezetű „konjugátumokat” alkotva.

Fontos megemlíteni, hogy a fotoszintetikus elektrontranszport reakcióterében, a kloroplasztisz tilakoidmembránjában teljesen általános (vagyis egyáltalán nem speciális!) az aszkorbát (a legfontosabb hidrophil antioxidáns) és a tokoferolok (a legfontosabb lipofil antioxidánsok), továbbá a citoprotektív tulajdonságú karotinoidek előfordulása. Ugyancsak kiemelkedő a többnyire sárga színű flavonoidok szuperoxid- és hidroxil-szabadgyököket hatástalanító aktivitása.

A flavonoidok változatossága (taxonspecifikus előfordulása) már jóval nagyobb mértékű, mégis növényéletlenni szerepük sok vonatkozásban hasonló. Néhány fontosabb példa.

1. Citoprotektív (sejtvédő): a káros UV-B sugárzás hatására a flavonoidok bioszintézise nem csökken, hanem fokozódik. Különösen a bőrszövet legkülső sejtsorában (epidermisz-sejtekben) koncentrálódik, elnyeli a kloroplasztisz károsító UV-sugárzást, hatástalanítja többek között a képződő szuperoxid-gyököket.

2. Viráglevelek, terméshéjak, maghéjak színét határozzák meg: a flavonoidok többsége sárga, azonban az ide tartozó (ugyancsak benzpirán-vázás) antocianin-pigmentek kék, ibolya vagy piros színűek (pH-tól függően). Védelmi szerepükön kívül vonzzák a különböző hullámhosszúságú fényre érzékeny rovarokat, ezáltal elősegítik a beporzást (a rovaretológusoknak is van mit tanulmányozniuk!).

3. Stressztényező: különösen a sóképző és fémkelátokat alkotó antocianinok nagyobb mennyisége növeli a sejtek vízmegtartó sajátosságát, ezzel csökkenti a vízpotenciált (értéke negatívabb lesz). A következmény: a növény szárazságtűrő képessége nő. (A szárazságtűrő búzafajták fiatal, kikelő növénykéi a sok antociántól lilás színűek lehetnek, ha a bioszintézisnek megvannak a genetikai adottságai is).

4. Rezisztenciafaktorok: közülük sok antivirális, antibakteriális, antimikotikus vagy allelopátiás (másik növényfaj fejlődését gátló) hatású (pl. a héjkeletekben, rügypikkelyekben különösen sok flavonoid található. Nem véletlen, hogy a méhszurok fő anyagai hasonlóak a

nyárfa rügyéhez, hiszen a háziméhek nálunk elsősorban a nyárfarügy ragadós pikkelyleveleiről gyűjtik a mikroorganizmusok szaporodását gátló propoliszt!

5. Szabályozzák a nitrogén-fixáló baktériumok és a gyökérkapcsolt (mikorrhizás) gombák gazdanövényhez való kötődését („nod”-gén indukciója).

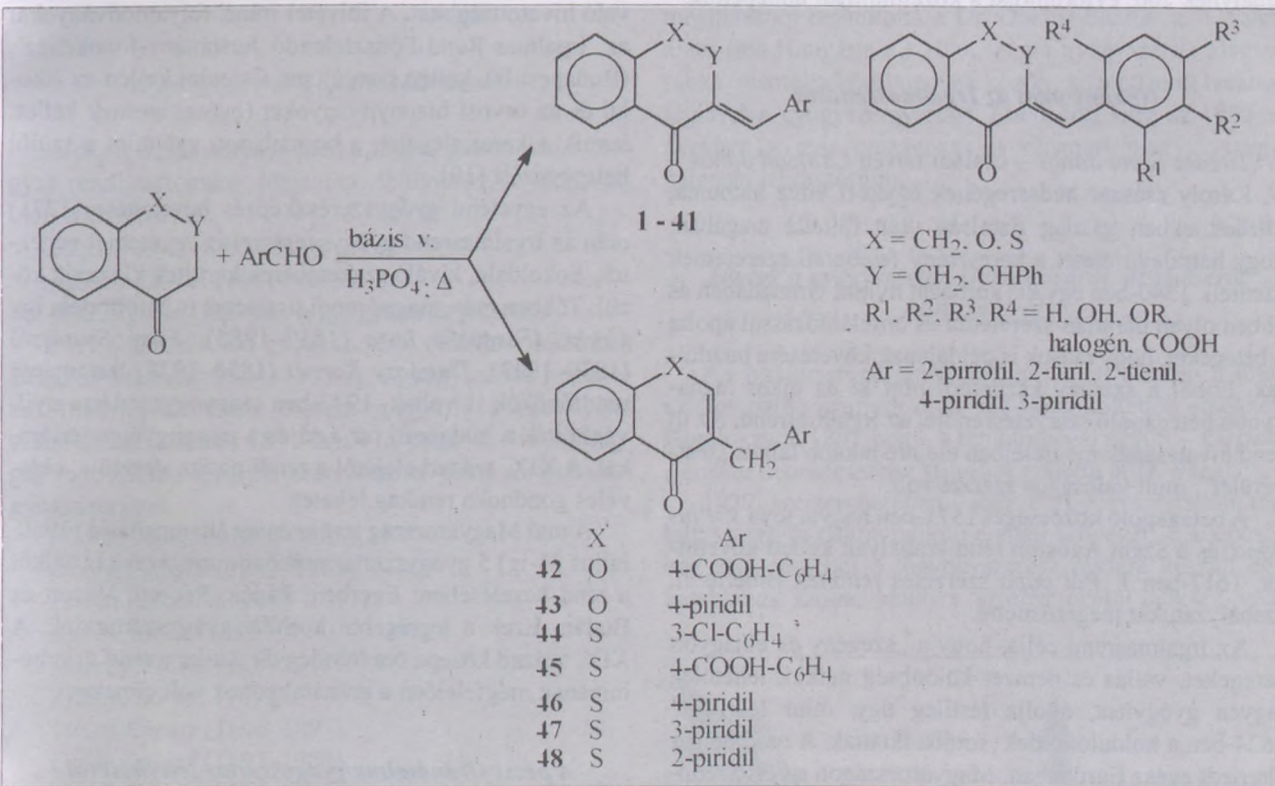
JPTE Növénytani Tanszék, Pécs

Lóránd Tamás¹, Tashin, M. Al Nakib², Prókai László³ és Földesi András¹

Biciklusos α,β -telítetlen ketonok szintézise, antimikotikus és QSAR vizsgálata

Néhány új E-2-arilidén-1-tetralon, E-3-arilidénkromán-4-on, E-3-arilidén-1-tiokromán-4-ont szintetizáltunk,

bicans, *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Trichosporon cutaneum* és *Candida glabrata* törzsekkel folyékony kaziton mediumban mikrotitrálásos technikát használva. Néhány vegyületünk a vizsgált patogén gombatörzsekkel szemben 6 $\mu\text{g/ml}$ -es vagy kisebb minimális gátló koncentráció értéket (MIC) mutatott, míg a standardként alkalmazott, forgalomban lévő antimikotikus szerek (mikonazol, tolnaftát stb.) igen magas MIC értékkel rendelkeztek ugyanezen törzsekkel szemben. Meghatároztuk vegyületeink *in vitro* (HeLa) és *in vivo* toxicitását egér kísérletekben. Vizsgáltuk az aromás gyűrűnek, illetve szubsztituenseinek befolyását az antifungális hatásra. A szerkezet-hatás összefüggés számítások (QSAR) magukban foglalják az oktanol/víz megoszlási hányadost (logP) és számos topológiai, elektrosztatikus, geometriai és kvantum kémiai jellemzőt, amelyeket a három dimenziós geometriailag optimalizált szerkezetre számoltunk. A PM3 szemiempirikus módszert alkalmaztuk, mely a Hyperchem (HyperCube, Ontario, Canada) molekula modellezési (PC) program része. A fenti jellemzőket alkalmazó QSAR vizsgálatok a vizsgált törzsek közül jó kor-



mint homo-isoflavon analógokat. A bázis katalizált aldol-dimerizációs reakciók néhány esetben (elektronshívó szubsztituenseknél) a megfelelő endociklusos vegyületet eredményezték (42–48). Ezen vegyületek exociklusos kettőskötést tartalmazó analógjait sav katalizált kondenzációval nyertük. Vegyületeink antimikotikus hatását vizsgáltuk humán, patogén, miconazole-rezisztens gombatörzsekkel, így *Cryptococcus neoformans*, *Candida al-*

relációt adtak a *Cryptococcus neoformans* és a *Candida tropicalis* törzseknél.

¹POTE, Orvosi Kémiai Intézet, Pécs

²Department of Pharmacology/Toxicology Faculty of Medicine, Kuwait University, Kuwait

³Center for Drug Design and Delivery, School of Pharmacy, University of Florida, Gainesville, USA

GYÓGYSZERÉSZETTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

Gyógyszerészet 42. 332–336. 1998.

A pécsi Gránátalma gyógyszertár 200 éves története

Ács-Sánta Magdolna

Non sibi soli vivere, sed aliis proficere!

Ne csak a magunk hasznára, hanem mások javára éljünk!

(Assisi Szent Ferenc)

A XIX. század első évében Baranya vármegyének négy gyógyszertára van: három Pécsen és egy Mohácson. A pécsi „Szerecsen Patika” 1697-ben, az „Arany Sas Patika” 1788-ban, a „Gránátalma Patika” 1796-ban léteült. Az Irgalmasrend Gránátalma Gyógyszertár működésének engedélyezési dátuma: 1796. december 9.: „Örök időkre adta II. Ferenc Apostoli Király 12944/1796 szám alatt.” [3]. Ez volt Pécs város harmadik gyógyszertára, amelynek 200. évfordulóját a közelmúltban ünnepeltük.

Néhány adat az Irgalmasrendről

Istenes Szent János – családi nevén *Czindad János* – V. Károly császár hadseregének egykori vitéz katonája, küzdelmekben gazdag fiatalság után föltette magában, hogy hátralevő életét a keresztény felebaráti szeretetnek szenteli. 1540-ben egy kis kórházat nyitott Granadában és ebben olyan páratlan szeretettel és önfeláldozással ápolta a betegeket, hogy mások is példájának követésére buzdultak. Ebből a szerény kezdetből nőtt ki az újkor legnagyobb betegápoló szerzetesrendje, az Irgalmasrend. Az új rend hivatásának megfelelően eleinte inkább laikus „testvérület”, mint valóságos szerzet volt.

A betegápoló közösséget 1571-ben hagyta jóvá *V. Pius pápa*, és a Szent Ágoston rend szabályait kellett követniük. 1617-ben *V. Pál pápa* szerzetes rendnek ismerte el, szabályzatukat megerősítette.

Az Irgalmasrend célja, hogy a „szegény és elhagyott betegeket, vallás és nemzet különbség nélkül, lehetőleg ingyen gyógyítsa, ápolja testileg úgy, mint lelkileg.” 1624-ben a koldulórendek sorába iktatták. A rend hamar elterjedt egész Európában. Magyarországon az első rendház 1650-ben létesült.

Az Irgalmasrend élén a generális rendfőnök, az egyes tartományok élén a tartományfőnök (provinciális), a rendházak élén pedig a perjel (prior) állott. A világon jelenleg 194 irgalmasrendház működik.

1856-ban IX. Pius pápa és I. Ferenc József császár és király hozzájárultak a magyar rendtartomány megalakításához.

A történelmi Magyarország területén a rendnek 13 gyógyszertára működött. Ebből 2 a XVII. században, 7 a XVIII. században, 4 a XIX. században alapult: Szepesváralja (1650?), Pozsony (1673), Eger (1728), Temesvár (1737), Pápa (1757), Kismarton (1760), Nagyvá-

rad (1760), Szokolca (1773), Pécs (1796), Vác (1808), Zágráb (1804), Buda (1815), Szatmár (1839).

A rendbe való fölvétel feltétele, hogy a belépő, minden mellék-célok kizárásával, egész odaadással Isten szolgálatára szánja magát, a rend szabványai szerint, a betegek gyógykezelése és ápolása által. Akik orvosokká, vagy gyógyszerészekké óhajtották magukat kiképeztetni, azoktól megkívántott, hogy már belépésük alkalmával érettségi, illetőleg végzett hat gimnáziumi, vagy evvel egyenértékű bizonyítvánnyal bírjanak. A rend ezen felsőbb tanulmányokra csak akkor küldte tagjait, ha a novicius idő eltelte után az illetők valamelyik kórházban több éven át betegápolói szolgálat ellátásánál igazolták arra való hivatottságukat. A fölvétel iránti folyamodványokat az 'Irgalmas Rend Főtisztelendő Tartomány-főnökéhez', (Budapest II). kellett benyújtani. Csatolni kellett az iskolai és az orvosi bizonyítványokat (egészségesnek kellett lenni), a keresztlevelet, a bérmapot, valamint a szülői beleegyezést [19].

Az egyetemi gyógyszerészképzés bevezetése (1771) után az Irgalmasrend gyógyszerészei is egyetemet végeztek. Sokoldalú, kiváló szakemberek kerültek ki soraik közül. Többen más, magas rendi tisztséget is betöltöttek, így *Ürghe (Ferencfi) Imre* (1817–1883), *Füzy Szaniszló* (1830–1903), *Thuróczy Kornél* (1850–1928) tartományi rendfőnökök is voltak. 1942-ben tangyógyszertárrá nyilvánították a budapesti, az egri és a pápai gyógyszertárat. A XIX. század elejétől a rendi patika vezetője, okleveles gondnoka rendtag lehetett.

A mai Magyarország területén az államosításig (1950. július 31-ig) 5 gyógyszertár működött megszakítás nélkül a rend kezelésében: Egerben, Pápán, Pécsen, Vácott és Budán. Ezek a legrégebbi kórházi gyógyszertáraink. A XIX. század közepe óta mindegyik patika a rend szimbólumának megfelelően a gránátalmához volt címezve.

A pécsi Gránátalma gyógyszertár létesítéséről

Pécsen a kapucinusok 1727–1735 között templomot és rendházat építettek, ahonnan II. József kalapos király parancsára távoznuk kellett. A nemes lelkű és jómódú polgár, *Krautsack János György* pécsi molnár és tímármester 1795-ben elhatározta, hogy letelepíti Pécs városában Istenes Szent János betegápoló rendjét, az Irgalmasokat. Elhatározását tett követte és alapítványt hozott létre, amely elnyerte I. Ferenc császár és király támogatását.

Az Irgalmasrend bécsi tartományfőnöke – ekkor még nem volt magyar rendtartomány – megbízta *Krautsack János Györgyöt*, hogy a működéshez szükséges helyszínt és épületet kiválassza. Ő a II. József uralkodása alatt meg-

szüntetett kapucinusok volt templomát és rendházát ítélte megfelelőnek.

Az Irgalmasrend szerzetesei 1796. augusztus 31-én foglalták el új otthonukat. A rendházhoz tartozó kert a mai Munkácsy utca, Irgalmasok utcája, Fürdő utca és Rákóczi út által határolt területen feküdt, s egy patak folyt keresztül rajta. Kertészkedésre és méhészkedésre használták.

A rend reáljogú gyógyszerértára mindjárt a beköltözés évében megnyílt.

1859-ben *Szentmiklóssy János*, innen Bécsbe elszármazott bőrgyáros – aki mint szegény vándorlegény a rend pécsi kórházában gondos és szerető ápolásban részesült – több, mint 200 ezer forint vagyonát kétharmad részben a bécsi, egyharmad részben a pécsi rendházra hagyta. Ez tette lehetővé a kórház bővítését.

Az irgalmasrendi gyógyszerárak kezdetben nem voltak nyilvánosak, nem is nyíltak az utcára. A pécsi Gránátalma patika bejárata is a kórház folyosójára nyílt és emiatt sokáig ablakon adták ki az utcára a gyógyszereket. Tehát a kórház bejárata egyben a patika bejárata is volt. Személyzete akkor a folyosóra nyíló oldalajtón juthatott be a gyógyszerárba.

A gyógyszerár gondnokai, vezetői

A pécsi irgalmasrendi patika tagjai, gondnokai a magyar rendi tartomány ideje óta, feltüntetve a szolgálati időt, a következők:

Lázik Ödön (1855–1861),

Maisch Tóbiás (1861–1863),

Vass Eliseus 1863-ban a gyógyszerár vezetője,

Füzy Szaniszló, aki gyógyszerési oklevelét 1861-ben Bécsben szerezte, 1864–1875-ig a gyógyszerár gondnoka. 1864-től ő vezette először magyarul a pécsi rend számadásait. 1865 és 1871-ben 715 pengő forint költséggel renováltatta és újra szereltette a pécsi Gránátalma gyógyszerárát.

Piláthy Móricz (1875–1883),

Görey Gyárfás (1883–1888),

Zsiska Kalazant (1888–1891),

Kepes Alfréd (1891–1893),

Makray Flórián (1893–1895),

Zelényi Lőrinc (1895),

Mézes Rupert (1896–1897),

Fehér Szilárd (1897–1900),

Krach Rudolf (1900–1905),

Berecz Fidél perjel, okleveles gyógyszerész (1905–1913),

Maricsek Ferenc (Irné) (1913–1921),

Fajcsek Egyed (1921–...).

1925-ben a rendház tagjai között található, a már említett *Berecz Fidél* az intézet vezetője, s *Fajcsek Egyed* gyógyszerári gondnok, valamint *Nyerges György* okleveles gyógyszerész segéd, *Farkas Alajos* nem okleveles gyógyszerész segéd és *Maricsek Ferenc*.

1926-ban a rend tagja változatlanul *Berecz Fidél* és *Fajcsek Egyed*, valamint *Zöldesi János* házgondnok, okleveles gyógyszerész és *Majtán Kajetán* okleveles gyógy-

szerező, 1933-ban *Fajcsek József* (feltehetően *Fajcsek Egyed* rokona). 1937-ben *Kaczur Bertalan* perjel *Kiss Lucidus* követi a gyógyszerárvezetők sorában.

1938. március 29-én József főherceg és Anna főhercegasszony egyik gyermekükkel meglátogatták a rendházat és a gyógyszerárát.

A Gránátalma gyógyszerár további gondnokai: *Kiss Endre* (1940), *Jekovics Gyula* (1942), *Ivity Mátyás* (1944). A korábban Vácra költözött *Fajcsek Egyed* 1946-ban visszajön perjelnek Pécsre.

Dr. Simon Gyula, aki a felsorolt gyógyszerészekkel elentétben nem volt rendtag (világi személy volt), 1947-től a gyógyszerár vezetője, gondnoka. (Az 1970-es években halt meg Pécsen).

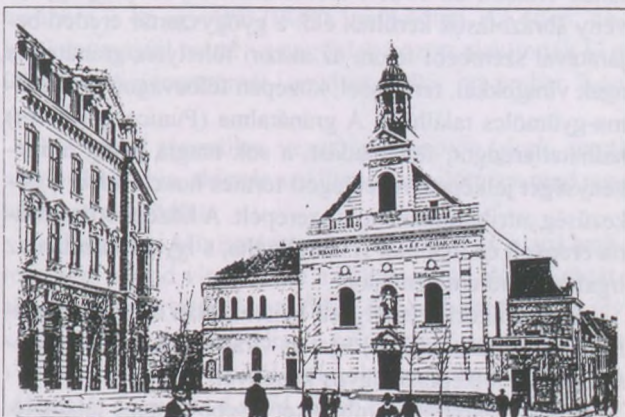
1950-ben, még az államosítás előtt *dr. Simon Gyula* átadja a Gránátalma gyógyszerár kezelését *Horváth Károly*, provisor-gyógyásznek és a beosztottjának *Nagy Elek* gyógyszerésznek.

Dr. Simon Gyula 1950. szeptember 1-jétől, az államosítás után létrejött Baranya megye Gyógyszerárak Nemzeti Vállalatának gyógyszerési szakfelügyelője volt. 1955. szeptember 1–1956. december 31-ig, igazgatói megbízásból beindította a Dr. Doktor Sándor u. 1. szám alatti (ma Hungária u.) 10/6. számú gyógyszerár alagsorában, mostoha körülmények között, középüzemi technológiával a gyógyszergyártást. Ebből jött létre az 1980-as években a már országosan is elismert megyei szintű galenusi laboratórium.

Adatok a gyógyszerár kialakításáról, díszítéséről bútorzatáról

Az Irgalmasrend templomának keleti oldalán a földszintes patikaszárnyra csak 1884-ben építettek emeletet. Homlokzatát 1891-ben – a templomával együtt – *Kirstein Ágoston* neoreneszánsz stílusúra építette át (1. ábra).

1927. szeptemberében – idézve a gyógyszerárban fellett, szerző és dátum nélküli eredeti szöveget – „a lépcsőház alsó részéből a főgyógyász részére készült egy kétablakos szoba, amelyre szintén égető szükség volt,



1. ábra. Az Irgalmasrend temploma a neoreneszánsz felújítás után; bal oldalon a földszinten a gyógyszerár (lev. lap 1/1975. Pécs. Irgalmasok temploma. 191?. Kiad.: Karl Artúr)



2 a) ábra. A „Gránátalmához” címzett irgalmasrendi patika utcára nyíló bejárattal



2 b) ábra. Jobbra tőle a templom, előtte a nevezetes Zsolnay díszkút

amennyiben a gyógyszerértári gondnoknak egy szűk átjáró szobán és egy sötét hálósobán kívül nem volt rendes lakószobája.”

A Gránátalmához címzett patika földszinti homlokzatát 1928-ban *Hebenstreit Károly* készítette. Az utcára nyíló ajtó csak 1930-ban készült el, lehetőséget adva a nyitott működésre (2. ábra). Ennek az átalakításnak a költsége 1138 229,59 fillér volt.

Itt az embereknek nemcsak a testét gyógyították, hanem a lelküket is. Egymás mellett van az irgalmas templom és a gyógyszerértár. Akik lelki gyógyulást kerestek, azok beléptek a templomba, akik testit kerestek, azok a patikába, akik mind a kettőt, azok megtalálták mind a két ajtót.

A gyógyszerértár homlokzatának legszembeütőbb díszei a szimmetrikusan elhelyezett reliefek, amelyeken jobbról Aszklepiosz, balról Hygieia, középen pedig egy gránátalma látható (2. ábra).

Az Irgalmasrend pécsi gyógyszerértára 1950. július 31-ig, az államosításig működött. Diófa borítású bútorzata a XVIII. század végén készült XVI. Lajos stílusban, melynek különlegessége az állványzatokat függőlegesen tagoló pilaszterek fejezetét díszítő stilizált gránátalma nyitott gyümölcseivel. A színvonalas enteriőr csehűveg boltozatának íveiben az 1989-i restaurálás folyamán gyógynövény ábrázolások kerültek elő: a gyógyszerértár eredeti bejáratával szembeni falon, az akkori főhelyen, gránátalma ágak virágokkal, terméssel, középen félbevágott gránátalma-gyümölcs található. A gránátalma (*Punica granatum*) halhatatlanságot, feltámadást, a sok magja pedig termékenységét jelképez. A felvágott termés hosszú ideig a bőkezűség attribútumaként is szerepelt. A középkorban Mária erényeit és irgalmát szimbolizálta, s így vált azután az Irgalmasrend emblémájává.

A valamikori személyzeti bejárat falán csattanó maszlag (*Datura stramonium*) ágai és virágai láthatók a gyógyszerészetet jelképező kígyós kehellyel.

A mai bejáratnál szemben két kisebb ívmező található. Az egyikben csokorba kötött piros gyűszűvirágot (*Digitalis purpurea*), a másikban mák virágát és termését (*Papaver somniferum*) ugyancsak csokorba kötve látunk.

A bejárat és ablak átalakításakor, az 1920-as években, két gyógynövény freskó megsemmisült. *Dr. Kőhegyi Imréné* a volt Baranya Megyei Gyógyszerértári Központ 1981–1995 közötti igazgatónöje felvette a Grazban található irgalmasrendi gyógyszerértárral és az egri, valamikori irgalmasrendi patikával a kapcsolatot. A kapott adatok eredményeképpen a szöszös ökörfarkkóró (*Verbascum plomoides*) és az orvosi zsálya (*Salvia officinalis*) hiányzott az ábrázolásokból, melyek mindkét helyen megtalálhatók az itt szereplő gyógynövény képek mellett. A falképek restaurálását *Fekete Judit* és *Bleicher András* okleveles művészrestaurátorok végezték.

A gyógyszerértár története a II. világháború után

1950. március 30-án a Rákosi rendszer a többi szerzetesrenddel együtt az irgalmasokat is feloszlatta, tagjait összeszedte, meghurcolta.

A Népjóléti Minisztérium 1950. július 1-jén – egy hónappal a gyógyszerértárak államosítása előtt – az irgalmasrendi kórházat átadta az egyetemnek, klinikák létesítése céljából. Itt hozták létre a II. sz. Belgyógyászati és Sebészeti klinikát. A Gránátalma gyógyszerértár ekkor bezárt, megszűnt, új funkciót kapott, a kórház része lett. Ambulanciának adta át helyét. Berendezési tárgyai, ennek az időszaknak a szellemében, szanaszét kerültek. Az értékes, funkcióhoz kapcsolódó és ma megcsodált freskói a higiénés szempontokat szolgáló rendszeres meszelések, festések áldozatai lettek. A tisztaságra törekvés jegyében került műanyag borítás alá az a mozaikpadozat, ami megújult formában a régi alkotó emberek, majd a restaurátor keze munkáját dicséri.

1953-ban, a Gránátalma gyógyszerértár megmaradt, már hiányos bútorzatát védetté nyilvánították, s a berendezését az akkor Marx úton megnyíló 10/4 számú – ma Ezüst Hárs – gyógyszerértár felszereléséhez vitték el.

1989-ben, az addig ambulanciaként funkcionáló gyógyszerértári helyiségeket, az egyetem (POTE) átadta a Baranya Megyei Gyógyszerértári Központnak. Így állami kezelésben – a helyrehozatal után – 1990. május 28-án ismét megnyitható az egykori irgalmasrendi Gránátalma gyógyszerértár.

Ekkori üzemeltetője a Baranya Megyei Tanács Gyógyszertári Központja. Ezen a napon, a megnyitó ünnepségen résztvettek: *dr. Kőhegyi Imréné*, a gyógyszertári központ igazgatója, akinek a helyreállításban elvülhetetlen érdemei vannak, *Piti Zoltán* a megyei tanács elnöke, *Mayer Mihály* püspök, *dr. Jávor András* megbízott államtitkár, *dr. Vida Mária* a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum főigazgató-helyettese, *Dömötör László Hilár* az Irgalmasrend magyarországi tartományfőnöke, a restaurátorok és még sokan mások.

A gyógyszertár berendezése 40 évi hanyattatás után került vissza eredeti helyére, s ha „kissé átalakítva és megfogyatkozva” is, az ország egyik legértékesebb műemlékpatikáját díszíti. A rendi patikák közül ez a legrégebbi. (Megmaradt a berendezése az egri gyógyszertárnak is, ahol az Irgalmas Kórház épületén belül van a rendi patika).

A pécsi gyógyszertár helyreállítása 2 280 000 Ft-ba került. Ezt támogatta: a Baranya Megyei Tanács 300 ezer Ft-tal, a Pécsi Városi Tanács 300 ezer Ft-tal, a Műemlékfelügyelőség 80 ezer Ft-tal.

A műemlék jellegű bútortat helyreállítása *Répay Gábor* kadarkúti kolléga érdeme, aki személyesen közreműködött a restaurálásban. Sajnos a bútorok több mint harmada elveszett, illetve megsemmisült. A hiányzó elemek helyét bekeretezett zöld mezők jelzik a falon.

A kirakattivegen gyönyörű gránátalma embléma látható. Az officinában a kiadótára mögötti ajtót múlt századbeli ólmozott üvegablak díszíti, amely szintén *Répay Gábor* gyógyszerésznek köszönhető. A színes üvegdarabokra egy vásárban lelt, összerakta, keretbe foglalta, majd ahhoz készítette el az ajtót (3. ábra).

Az officina kövezete egyedülálló, olyan mint egy perzsaszőnyeg (4. ábra). A padlómozaikot *Kiss Ildikó* restaurátor újította fel. A csillárt *Horváth Márton* csillárkészítő alkotta.



3. ábra. A officinában a kiadótára mögötti ajtó múlt századi ólmozott üvegablaka



4. ábra. A „Gránátalma” patika officinája a felújított padlómozaikkal

1990. május 8-án az Új Dunántúli Napló híri! adata, hogy... „megtalálták a pécsi Irgalmas Kórház alapítójának sírját... megbontották Pécsen az irgalmasok templomának kriptáit, ahol a XVIII. és XIX. században elhunyt neves rendtagokat, a rangos baranyai embereket helyezték végső nyugalomba. A kriptá falán lévő jelzés szerint itt temették el a pécsi Irgalmas Kórház alapítóját *Krautsack János Györgyöt*..., aki 1733-ban született, ...és jótékony cselekedeteivel 1796-ban írta be magát a város történetébe...”

Az újbóli megnyitást követően *dr. Bárdosi Lászlóné* szakgyógyszerész (1990–1995) látta el a vezetői teendőket.

A rendszerváltozás után az Irgalmasrend újból birtokba vehette egykori rendházának néhány helyiségét, majd 1992-ben visszakapta a teljes ingatlan tulajdonjogát. 1992. január 27-én megállapodást írt alá *Dömötör László Hilár* és *dr. Kelényi Gábor* a POTE rektora, mely megállapodás szerint a klinikákat az elkövetkezendő 10 évben továbbra is az egyetem (POTE) működteti. Az ódon, helyenként másfél méter vastag falak között alakították ki a POTE új Szívcentrumát, amelyet 1995. november 2-án avattak fel.

Ma a rend generálisa, vezetője, *Dömötör László*, rendi nevén Hilár atya, aki már az államosítás előtt is a rend tagjaként itt működött.

A Népjóléti Minisztérium 87.653/1995. sz. alatti határozatával a rend visszakapta az államosítás előtti Gránátalma gyógyszertárának működési engedélyét. A patika így került át 1996. július 1-jén a – privatizáció során átalakult – Pannonmedicina Rt.-től az Irgalmasrendhez. Ezzel egy időben *P. Dömötör László Hilár* tartományfőnök a jelen történelmi visszaillesztés szerzőjét bízta meg a gyógyszertár további vezetésével.

1995. október 12-től a gyógyszertár provisorá *Ács-Sánta Magdolna* szakgyógyszerész.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. *Balanyi György*: A szerzetesség története. Budapest 1923. – 2. *Baradlai J., Bársony E.*: A magyarországi gyógyszerészet története. 1–2. kötet. Budapest 1930. – 3. *Baranyai Aurél*: Baranya megye gyógyszerészeti emlékeiből. Baranyai Helytörténetírás, 1972. Pécs, 1973. – 4. *Baranyai Aurél*: Két öreg gyógyszerész Pécssett 1696–1926. Baranyai Helytörténetírás, 1974–1975. Pécs, 1976. – 5. *Genthon István*: Magyarország művészeti emlékei I. Dunántúl. Budapest, 1959. 257. old. – 6. *Gergely Jenő*: A szerzetesrendek feloszlata Magyarországon, Budapest 1990. 353–355. old. – 7. *Gosztonyi Gyula*: A barokk Pécs. Pécs, 1942. 13. old. – 8. *Dr. Lázencz László* archív katonaegészségügyi- és gyógyszerésztörténeti gyűjteményéből. – 9. *Mura József Fülöp*: A magyarországi irgalmasrend gyógyszerészei és gyógyszerészei. – 10. *Nékám Lajosné*: Régi Magyar Patikák, Budapest, 1971. – 11. *Petrovich Ede*: Pécs középkori kórháza (kézirat), Pécs. – 12. *M. Pongrácz Mária*: A pécsi irgalmasrendi Gránátalma Gyógyszertárról (kézirat), SOM Adattár. – 13. *Puskely Má-*

ria: Szerzetesek: A megszentelt élet 99 intézménye. – 14. *Romváry Ferenc*: Pécs Múzeumpatikák. 1991. 7. old. – 15. *Schick Jácint*: A pécsi irgalmasok rendháza és kórháza múltjából. Baranyai Múzeum Egyesület Értesítője V. Pécs, 1912. 14–20. old. – 16. *Dr. Süle Tamás*: A Pécsi Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinikájának története, Magy. Belorv. Arch. 50, (3), 327–333 (1997). – 17. *Dr. Süle Tamás*: „Baranya” Történelmi és Honismeret kiadványa, 1991. – 18. *Szrapkó Flórián*: Az irgalmasok pécsi rendházáról Pécs-Baranyai Ismertető. Pécs, Dunántúl 1934. 10–11. old. – 19. *Tóth Mike*: Szerzetesrendek és társulatok Magyarországon. Kalocsa 1904. 79–83. old. és 1913. 64. old. – 20. *Várad Ferenc*: Baranya múltja és jelene, 1896. 482. old. – 21. *Zarnecki, George*: Kolostorok, szerzetesek, barátok.

M. Ács-Sánta: *History of the 200 year old pharmacy Punica Granatum („Gránátalma”) at Pécs*

GYÓGYSZERÉSZEK, EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK!

Legolcsóbban a gyártótól:

- Gyógyszertári porcelán, állvány és raktári üvegedényzet teljes választéka
- Az edényzetek szignálása
- Laboratóriumi porcelán és üvegeszközök
- Porcelán és üveg díszműáru
- Konyhai felszerelés
- Egyedi pajzs- és felirattervezés, kivitelezés

Gyártó cégünk termelői áraival várja kedves vevői megrendeléseit. A 20–50–100 eFt feletti vásárlóinkat különböző mértékű árengedményben részesítjük.

A hirdetés felmutatóit vásárlás esetén további engedményben részesítjük. Minden kedves vevőnket megajándékozunk.

WITEG-KŐPORC KFT.

1106 Budapest, Tárna u. 4. „B” épület

Telefon: 262-6296, 261-0400/432, 06 (30) 214-261 ● Telefax: 260-2595

A régi magyarországi jezsuita patikák ismertetése a legújabb kutatások alapján Az egykori szakolcai jezsuita patika

Sági Erzsébet dr.

Skalica, Szlovákia. 1740-ben a kollégium megveszi egy gyógyszerész özvegyétől a patikát 650 forintért és átveszi annak provizorát. Az 1741 évi jelentés a rendház gyógyszerétárát „fesséssel és faragással ékesnek” írja, ugyanakkor ott tartózkodik az a jezsuita asztalos fráter, akinek kezemunkáját a kőszegi és a székesfehérvári barokk patikabútor is dicséri. A gyógyszerétár kezdettől közforgalmú volt. Az 1775 évi árveréskor a becsérték 2000 forint volt, és azt 3000 forintért vette meg két gyógyszerész.

Skalica szlovákiai város, a régi morva határnál. Közlelőbb esik Brnohoz és Olomouchoz, mint a hajdani megyeszékhelyhez.

Szakolca 1372-ben Nagy Lajostól nyerte szabad királyi városi rangját, amit fekvésének köszönhet: Nyitra vármegye legjelentősebb városa volt [1].

A jezsuita rendház 1646–1647 között misszió állomás volt, a templom építését, mely a város díszé lett, 1699-ben fejezték be. A misszió állomás rezidenciává fejlődött, az iskola 1666–1672 között nyílt meg. 1701-től kollégium, a hatosztályú gimnáziumon kívül itt volt az egyik jezsuita tanárképző is [2].

Az első említés a szakolcai jezsuita patikáról 1740 május 5-i keltezésű, amikor a város hozzájárul ahhoz, hogy a kollégium ott gyógyszerétárt létesítsen [3].

Az 1740 május 21-i egyezség szerint az elhalt *Christophorus Aelszer* patikáját a szakolcai jezsuita kollégium megvásárolja az özvegytől 650 forintért, mely összeg át vételét *Maria Catharina Aelszerin* 1740. szeptember 9-én kelt nyugtával elismeri [4].

Az 1741. évi jelentés azt írja a szakolcai patikáról, hogy az ez évben befejezettek, tökéletesnek mondható, majd ismételtén visszatér rá: „Kollégiumunk patikája, melyet nem kis költséggel létesítettünk elegáns, festéssel és faragással ékes” [5].

Minthogy *Joseph Codelli* 1741-ben asztalosként a rendházban teljesített szolgálatot, feltehetően nevéhez kapcsolható a patikabútor készítése, mint utóbb a kőszegi és a székesfehérvári [6].

1741 évben találjuk a rendházban az első patikus fráter *Franciscus Simon* személyében [7]. A rend szokásának megfelelően ő már előző év november hónapban új szolgálati helyén kellett legyen. Feltehetően átvették az özvegy provizorát, akinek a nevét ismerjük: *Franz Joseph Gatty* volt [8].

A szakolcai jezsuita patika 1740 évtől a rend kezén működhetett.

Az alábbi jezsuita gyógyszerészek működtek Szakolcán:

- 1741–1745 *Franciscus Simon*,
- 1746 *Ferdinandus Schiffkorn*,
- 1747 *Martinus Wisgrill*,
- 1748 *Joannes Wimmer*,
- 1749–1753 *Martinus Wisgrill*,
- 1754–1770 *Antonius Daniel*,
- 1771–1773 *Franciscus Topolanszky* [6, 7].

A gyógyszerétár egyértelműen közforgalmú volt, azt vizitálta a városi fizikus. 1758, –63, és –66 évekről maradt fenn jelentés [9. és 10]. Nyitra vármegyében 1764-ben 8 patika volt, Szakolcán 1758-ban és 1763-ban 1 patika ottlétét jelentette a város.

A szakolcai jezsuita gyógyszerétárban 1740 évtől, az első rendi patikus megjelenésétől 1773-ig, a rend feloszlásáig folyamatosan volt jezsuita gyógyszerész [11].

A rend feloszlásakor a provizor *Franciscus Topolanszky* volt, 35 éves, 7 éve volt a rendben, egészséges, a morvaországi *Nicolsburgban* született. Szerette volna a patikát megvenni, melyhez egy beosztott gyógyszerészre és egy laboránsra van szüksége [12]. A felszámoló bizottság az elszámolás alkalmával a patikánál 1532,44 forint aktívumot talált. A gyógyszerétárt árverés útján értékesítették. A licit 2000 forint összegről indult. A négy résztvevő mindvégig óvatosan, kis összegekkel emelte a tétet. *Topolanszky* 2490 forintnál látszólag kiszállt a versengésből. A gyertya ellobbanásakor az utolsó ajánlat *Novák* részéről 2865 forint volt. Ezt követően *Topolanszky* 3000 forint ajánlatot tett, azonban a bizottság – az előírásához tartva magát, – ezt nem vehette figyelembe. Végül az utolsó ajánlattevő *Josephus Novák* nagyszombati patikus *Carolus Bernasconi* pozsonyi alkalmazott gyógyszerész-szel közösen vette meg a patikát 3000 forintért [13, 14].

IRODALOM

1. *Sziklay János-Borovszky Samu*: Nyitra vármegye 1899. Budapest. 42–47 o. – 2. *Gyenis András S. I.*: Régi magyar jezsuita rendházak. Budapest 1941. 46–47. o. – 3. MOL. M. Kamara, Acta jes., E 152; Coll. Szakolcense, 68. cs; Fasc. 4; No 68. – 4. ua. No 57. és 70. – 5. MTA film B 7007. Litt. Ann. Vienn. 1741. év – 6. *Lukács Ladislaus S. I.*: Catalogus personarum et offic. Prov. Austr. S. I., Roma Inst. Hist. 1978–1995. – 7. *Grabarits István-Grabaritsné Ihász Zsuzsanna*: Az osztrák jezsuita rendtartomány patikái és patikusai 1716–1773. Orvostört. Közl. 107–108 (1984. 137–160 o. és Lukács L. passim. – 8. MOL: M. Kamara, E 152; Coll. Szak. 68. cs. Fasc. 4.; No 66. – 9. MOL. Htt., Acta San., C 37; Lad. D; Fasc. 5. és 7. – 10. ua. C 37; Lad. D; Fasc. 11. fol. 9r. – 11. ua. C 39; Lad. A; Fasc. 30, No1. – 12. MOL. Htt., Dep. Litt. pol. C 67: 1773; Fasc. 124.; No 34. és MOL. M. Kanc., Acta Gen. A 39; 1773; 5688. – 13. ua. 1776: 2078. – 14. ua. 1775: 330 és 1775: Fasc. 33. No 3.

E. Sági: *The late pharmacy of the Order of Jesuits at Szakolca (Skalica, Slovakia)*

Az egykori eperjesi jezsuita patika

Sági Erzsébet dr.

Prešov Szlovákia. 1752. évben a tervezett patikáról, 1753-ban már a rezidenciában létesített patikáról történik említés. A rendi gyógyszerészt 1753. évben úgy említi, hogy „gondot visel a patikára”, de ő már két évvel korábban is ott volt egyéb beosztásban. A rendelkezésre álló adatokból arra lehet következtetni, hogy az eperjesi jezsuita patika – működési engedélyre várva – először házi patikaként, majd közforgalmú gyógyszerértékesítőként működött. A város polgári patikusainak érdekét sértette a negyedik közforgalmú gyógyszerértékesítő elhelyezése, és ismételt kérvényezték annak betiltását. Végül a királynő úgy határozott, hogy a jezsuiták adják el a gyógyszerértékesítőt Nagybánya városnak. Ez 1766-ban megtörtént, az eladási ár 3500 forint volt.

Az eperjesi jezsuita patikát a fizikus rendszeresen vizitálta, annak szakmai működésére panasz nem volt.

A város Prešov, Szlovákiában; egykor szabad királyi város volt Sáros vármegyében. 1647-től kezdték meg a páterek a városban a működésüket, de politikai okokból szünetek voltak. 1673-ban telepedtek meg ismét, gimnáziumot nyitottak és átvették a plébánia vezetését. 1682 és 1687 között a Thököly-féle felkelés miatt szüneteltették a tevékenységüket. A visszatérés után bővítették a gimnáziumot, majd a II. Rákóczi Ferenc féle szabadságharc miatt 1707. és 1711. között elhagyták a várost. Visszatértük után a rend feloszlataásáig folyamatosan kifejtették tevékenységüket [1].

Az eperjesi jezsuita rendházban az első szerzetes gyógyszerész 1753-ban *Matthias Stadler* volt [2]. A háztörténetben az olvasható, hogy ő már 1751-ben ott van úgy, hogy „habet curam apothecae”, magyarul: a patika gondját viseli. Ezt megfigyelésem szerint ott és olyankor szokták írni, ahol és amikor nem közforgalmú a gyógyszerértékesítő, mint például Sopron esetében. *Stadler* egyidejűleg ápoló is volt, ami gyakori, viszont felszolgáló is volt, ami gyógyszerészeti beosztás mellett nem szokott előfordulni [3].

1752. március 14-én a város jegyzője a jezsuita rend tervezett patikájáról ír a helytartótanácsnak [4].

1753. január 26-án Sáros megye a helytartónak a rezidenciában újolag létesített patikáról ír [5].

A fenti adatok alapján az eperjesi jezsuita patika – működési engedélyre várva – először házi patikaként, majd közforgalmú gyógyszerértékesítőként működött.

A patika közforgalmú voltát megerősíti az is, hogy rendszeresen vizitálták [6, 7].

A jezsuita patika a városban levő polgári gyógyszerészeknek konkurenciát jelentett, érdeküket sértette. Egyikük több mint tíz éven keresztül ismételt kérvényezte, hogy tiltsák meg a jezsuitáknak a patika tartást. Érvként azt hozta fel, hogy három polgári patika elég a lakosság ellátására, egyébként Bécs, Pozsony, Nagyszombat és Buda kivételével egy városban csak egy patika van.

A jezsuita atyák azzal érveltek, hogy a megyében nincs sem katolikus orvos, sem katolikus gyógyszerész, a katolikus lakosság jobban bízik az atyákban, a közösségnek szüksége van erre a patikára, nem tagadhatják meg a rászorulókat ellátását.

I. Ferenc császár (Lotharingiai Ferenc) mint társuralkodó már foglalkozott az ügygel 1753. január 8-i leiratában, de nem foglalt egyértelműen állást [8].

Végül a királynő úgy döntött, hogy a jezsuita patika szüntesse meg Eperjesen a ténykedését és adják el a patikát Nagybányának [9]. Eperjesnek már a század 50-es éveiben 3 polgári gyógyszerértékesítő volt, Nagybányának egy sem [10]. Utóbbi megpróbált tiltakozni a döntés ellen, azt írta, hogy nincs pénze a patika vételárára, ami 3500 forint, sem patikus tartására. Ennek ellenére a patikát 1766-ban már Nagybányán találjuk [11]. A patika utóéletéhez tartozik, hogy a jezsuita rend 1773. évben történt feloszlataása után az elszámolási okiratokból kiderül az, hogy a vevő tartozik 3000 forinttal, mely összeggel a vevő nem rendelkezvén, évi 5%-os kamatfizetésben egyeztek meg, mely összeget a bérbeadási költségből ki lehetett nyerni. A Tanulmányi Bizottság felszólította a várost, hogy a tartozását haladéktalanul rendezze [12].

Az eperjesi jezsuita rendházban az alábbi gyógyszerészeket találjuk:

1751–1753 *Mathias Stadler* (1751-ben ápoló, felszolgáló, és gondot visel a patikára, 1752-ben ápoló és felszolgáló, 1753-ban ápoló, felszolgáló és gondot visel a patikára).

1754–1755 nincs adat,

1756–1759 *Jacobus Neussel*,

1760 *Georgius Balásovics*,

1761 *Ferdinandus Ibandt*,

1762 *Josephus Winckler*,

1763–1764 *Adamus Schwingheimer*,

1765 *Jacobus Weiss*,

1766 *Matthaeus Rauzi* [13].

A jezsuita patika berendezését, felszerelését, forgalmát nem ismerjük, azonban a vételár arra enged következtetni, hogy az szép bútorzattal berendezett, eszközökkel és gyógyszerekkel jól felszerelt patika volt. Szakmai panasz nem merült fel ellene.

IRODALOM

1. *Gyenis András S. I.*: Régi magyar jezsuita rendházak, Budapest, 1941. 23. o. – 2. *Lukács Ladislaus S. I.*: Catalogus personarum et officiorum Prov. Austriae S. I., Roma, Inst. Hist. S. I.

1978–1995. – 3. Budapesti Egyet. K.tár, Cod. Ab 90. Hist. Resid. Eperiesiens. 1673–1766. – 4. MOL. Htt., Acta San., C 37; Lad. A.: Fasc. 26.: No 15. – 5. ua. fol. 186. – 6. MOL. C 37; Lad. D.: Fasc. 4., 1759. – 7. MOL: C 37; Lad. A.: Fasc. 26., 1763. – 8. MOL. C 37; Lad. A.; Fasc. 26., fol. 125. – 9. MOL. C 37; Lad. A.; Fasc. 26, Lad. D.; Fasc. 2., Lad. D.: Fasc. 4., Lad. D.; Fasc. 8.) – 10. MOL. C 37; Lad. D; Fasc. 5. – 11. MOL. C 37; Lad. D; Fasc. 8. és ua. 9. – 12. MOL. M. Kanc. Acta Gen., A 39;

1777:4670 és Htt. Dep. Litt-pol. C 67; 1773: fasc. 124., No 130. – 13. *Grabarits István-Grabaritsné Ihász Zsuzsanna*: Az osztrák jezsuita rendtartomány patikái és patikusai. 1716–1773. Orvostört. Közl. 107–108 (1984). 137–160 o., Lukács L. passim és Budapesti Egyet. Kt. cod. Ab. 90 passim.

E. Sági: *The late pharmacy of the Order of Jesuits at Eperjes (Prešov, Slovakia)*

Budapest, Lónyay u. 14. – 1093

Gyógyszerészet 42. 339–340. 1998.

Az egykori trencsényi jezsuita patika

Sági Erzsébet dr.

A rendházban az első rendi patikus 1668. évben jelenik meg. Az 1669. évi jelentés számol be a gyógyszerertár elkészültéről. Az közforgalmú kellett legyen, a fizikus ismételtén vizitálta. A rend feloszlata után az árverés induló összege 2500 frt volt. 4115 frt-ért nyerte el az utolsó jezsuita gyógyszerész. A patika 61 könyvének több mint a fele gyógyszerési, illetve gyógyászati könyv volt. A rendház noviciátus volt, fennmaradt az ott novicius idejüket töltött gyógyszerészek neve, melyet ismertettem.

Trenčín Szlovákiában van. Szabad királyi város, Trencsén vármegye székhelye volt.

A jezsuita atyák 1647-ben költöztek Trencsénbe. 1649-ben megnyílik a gimnázium, 1655-ben a noviciátus. 1663-tól 1666-ig a török elől Bécsbe menekültek, 1683-ban ismét két évre, majd Thököly Imre, később II. Rákóczi Ferenc seregei akadályozták a tevékenységet. 1708-ban a rendház leégett. 1712-ben újra megnyílt a noviciátus és aztán folyamatosan működött. Az 1656. majd az 1679–1680–1681. évi pestis járvány gátolta az oktató-nevelő munkát [1].

A rendi névjegyzékben az első jezsuita patikus *Philippus Raab* 1668-ban jelenik meg [2].

Az éves jelentés 1669-ben beszámol az építkezésről és annak részeként írja: „A patika, melyet létesítettünk, alkalmas a használatra.” [3].

A háztörténet ugyanazon évben így rögzíti: „Ez évben alapított a házhoz tartozó patika...” [4]. 1675-ben ezt írja: „Ez évben a patikát komolyan megalapoztuk” [5]. 1676-ban beszámol arról, hogy „A patika, melyet korábban a kollégiumban elkezdtünk, ez évben nagyobb növekedésnek indult” [6].

Azokban az években, amikor nem volt patikus fráter a rendházban, a gyógyszerertár működése a helyben levő gyógyszerész noviciusokkal, vagy alkalmazott világi gyógyszerészekkel megoldható volt.

A trencsényi jezsuita patika közforgalmú kellett legyen, mert 1736-ban még nem volt polgári gyógyszerertár a városban. 1746. évről a város két patika ottlétét jelenti [7, 8]. Patika vizsgálat rendszeresen történt. Jelentés van róla az 1761., –62., –63., –68., –69., –71. évekről [9, 10, 11, 12].

A trencsényi jezsuita patika működési idejét 1668. vagy

1669. évtől lehet számítani. A gyógyszerertár közforgalmú volt és 1773-ig, a rend feloszlataig működött.

Az ott szolgáló rendi gyógyszerészek az alábbiak voltak:

- 1668–1671 *Philippus Raab*,
- 1672–1673 *Matthias Perl*,
- 1674–1676 – (1675–1676 *Joannes Rauplik* novicius),
- 1677–1678 *Joannes Rauplik*,
- 1679 – (*Andreas Heder* 2. éves novicius),
- 1680 *Jacobus Sebaldt*,
- 1681–1682 *Andreas Heder*,
- 1683–1685 *Joannes Taborski*,
- 1686 *Joannes Talck*,
- 1687 – (*Joannes Martinachich* 2. éves nov.),
- 1688–1689 *Joannes Holosinski* (+1688. segítőként *Christophorus Leo* 1. éves novicius, 1689. *Georg. Palck* beo. gysz.),
- 1690–1693 *Andreas Heder*,
- 1694–1697 *Ferdinand Tindelli*,
- 1698–1734 *Joannes Gludovach*,
- 1735–1736 *Antonius Otto*,
- 1737–1744 *Michael Guett*,
- 1745 *Leopoldus Hartung*,
- 1746 *Joannes Bapt. Hradeck*,
- 1747–1753 *Antonius Daniel*,
- 1754–1766 *Martinus Wisgrill*,
- 1767 *Jacobus Vogelwöger*,
- 1768–1769 *Martinus Wisgrill*,
- 1770 *Franciscus Topolanszky*,
- 1771 *Carolus Pader*,
- 1772 *Matthaeus Rauzi*,
- 1773 *Petrus Skorscheban* [13].

A jezsuita patikáról 1736-ban azt jelenti a helytartó-

tanácsnak, hogy nem veti alá magát a vizsgáztatásnak, sem a vizitációnak. Válasz: minthogy a város vezetőségétől függ a patika jog, tartoznak neki azzal, hogy a polgári törvényhatóságnak alávetik magukat [14]. Ez követően ilyen panasz nem volt.

A rend feloszlatakor 1773-ban a felvett leltár szerint a gyógyszerek, eszközök, egyéb anyagok értéke a kintlevőséggel együtt 4899,44 fjt volt. A patika 61 könyvének több mint a fele gyógyszerészi, illetve gyógyászati tankönyv, illetve kézikönyv volt [15]. A leltárba vett könyveket és természeti ritkaságokat el kellett küldeni az egyetemnek [16].

A felszámoló bizottság a patika provizorát minősítette: *Petrus Skorscheban* 34 éves, 6 éve van a rendben, vezesse a patikát annak eladásáig [17]. Tekintettel arra, hogy a vezető írásban többször is bejelentette a vételi szándékát, minden bizonnyal szorgoskodott a kintlevőség behajtásában [18].

Az árverés induló összege 2500 fjt volt, a gyógyszer-tár 4115 fjt-ért lett *Skorschebané* [19]. Ő magyar volt. Budán született 1739-ben, 1764-ben Sopronban *Ehrligernél* volt gyakornok és kapott tirocinális bizonyítványt. 1775-ben szerzett diplomát a nagyszombati egyetemen [20].

A Trencsénben képzett gyógyszerész noviciusok az alábbiak voltak:

- 1675–1676 *Joannes Rauplik* és *Joannes Talck* 1–2. éves,
 1678–1679 *Andreas Heder* 1–2. éves,
 1682 *Joannes Taborski* 1. éves,
 1686 *Joannes B. Punzart* 2. éves,
 1687 *Joannes Martinachich* 2. éves,
 1688 *Christophorus Leo* 1. éves,
 1694–1695 *Franciscus Pärtl* (Bartel) 1–2. éves,
 1696–1697 *Joannes Gludovach* 1–2. éves,
 1700–1701 *Nicolaus Raiecki* 1–2. éves,
 1713 *Joannes Escherich* 1. éves,
 1714 *Joannes Pangali* 2. éves és *Stephanus Kossogovicz* 1. éves,
 1715–1716 *Joannes Mango* 1–2. éves,
 1718–1719 *Michael Guett* 1–2. éves,
 1720–1721 *Mathias Freydich* 1–2. éves,
 1723–1724 *Franciscus Haas* 1–2. éves,
 1726–1727 *Hieronymus Pezelt* 1–2. éves,
 1727 *Sebastianus Grandtner* 1. éves,
 1731–1732 *Joannes Hornung* 1–2. éves,
 1733–1734 *Thomas Makovicza* 1–2. éves,
 1735–1736 *Antonius Otto* 1–2. éves,
 1737 *Franciscus Kratochvilla* 1. éves,
 1738 *Michael Sager* 2. éves,

- 1741–1742 *Thaddaeus Dilling* 1–2. éves,
 1743–1744 *Alexius (Alexander) Perghoffer* 1–2. éves,
 1744–1745 *Joannes Maschner* és *Martinus Wisgrill* 1–2. éves,
 1745–1746 *Joannes Köhler* 1–2. éves,
 1746 *Antonius Daniel* 2. éves,
 1747–1748 *Antonius Koch* 1–2. éves,
 1749–1750 *Carolus Smichei* 1–2. éves,
 1750 *Andreas Richardt* 1. éves,
 1751–1752 *Joannes Pleydl* 1–2. éves,
 1753 *Carolus Janota* 1. éves,
 1753–1754 *Ferdinandus Ibandt* 1–2. éves,
 1754–1755 *Jacobus Neussel* 1–2. éves,
 1757–1758 *Joannes Tumler* 1–2. éves,
 1759–1760 *Josephus Winckler* 1–2. éves,
 1761–1762 *Joannes Királyi* 1–2. éves,
 1762–1763 *Joannes May* 1–2. éves,
 1766–1767 *Franciscus Tandler* 1–2. éves,
 1767–1768 *Carolus Bader (Pader)* 1–2. éves,
 1769 *Joannes Köpf* 1. éves,
 1770 *Joannes Nep. Friesl* 1. éves [21].

IRODALOM

1. *Gyenis András S. I.*: Régi magyar jezsuita rendházak. Budapest, 1941. 52–53. o. és *Petruch Antal S. I.*: A trencsényi jezsuita noviciátus anyakönyve. Budapest, 1942. – 2. *Lukács, Ladislaus S. I.*: Catalogus personarum et officiorum Prov. Austriae S. I., Roma, Inst. Hist. S. I. 1978–1995. – 3. MTA film. B 6993. Litt. Ann. Vienn. 138. o. – 4. Bp. Egyet. K.tár. Cod. Ab 114. Hist. dom. Trenchiniensis 1645–1685. fol. 80. r. – 5. ua. fol. 100 r. – 6. ua. fol. 107 v. – 7. MOL. Htt. Acta San. C 37; Lad. D: Fasc. 1.: No 13. – 8. *Linzbauer X. F.*: Codex San-med. Tom. II. 336., 222 o. – 9. MOL., C 37; Lad. A; Fasc. 31. – 10. MOL., C 37; Lad. D; Fasc. 6. – 11. MOL., C 37; Lad. A; Fasc. 30.; No. 1. – 12. MOL., C 37; Lad. D; Fasc. 10. – 13. *Lukács L.*: passim, *Grabarits István-Grabaritsné Iházs Zsuzsanna*: Az osztrák jezsuita rendtartomány patikái és patikusai. 107–108 (1984). 137–160. o. és Budapesti Egyet. K.tár. Cod. Ab. 114 és 115 Historia Domus Coll. et Dom. Prob. Trenchiniensis. – 14. MOL., C 37; Lad. D; Fasc. 1. – 15. MOL., Htt., Dep. Litt-pol., C 67; 1773; Fasc. 124. – 16. MOL., C 67; 1775; Fasc. 22. – 17. = 15 No 150. – 18. MOL., C 67; 1775; Fasc. 22. No 48–50. – 19. idem 1775; Fasc. 22. No 53. – 20. SOTE, Album Chyrorgorum et Pharmacopaeorum. – 21. = 13.

E. Sági: *The late pharmacy of the Order of Jesuits at Trencsén (Trenčín, Slovakia)*

AKTUÁLIS OLDALAK

KONSZENZUS KONFERENCIA A HAZAI BIZTONSÁGOS ÉS KORSZERŰ GYÓGYSZERES KEZELÉSRŐL III. RÉSZ

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat Gyógyszer, Gyógyászati Segédeszköz és Gyógyfürdő Bizottsága az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral közösen 1998. február 20–21-én konferenciát rendezett a címben jelzett témáról a döntés-előkészítők, döntéshozók és végrehajtók, valamint a társadalmi szervezetek bevonásával. A konferencia különleges jelentőségét adja, hogy az eredeti elképzelések szerint jövő év január 1-jétől a TB támogatási rendszer megújítását tervezik, és ennek előkészítését szolgálta a konferencia. A konferencia előadásainak rövid közleményként való megjelentetése és az esetenként ütköző vélemények közzététele az előadók és az érintett társadalombiztosítási vezetők egyetértésével vált lehetővé. Összeállításunk I. és II. része a Gyógyszerészet 1998/4. és 1998/5. számában jelent meg, harmadik – befejező – részét jelen számunkban olvashatják.

Gyógyszerészet 42. 341–351. 1998.

Mit vár a társadalom az egészségügyi kormányzattól a megelőzésben a családtervezés területén

Dr. Batár István

A családtervezés és általában a megelőzés jelentőségét egy társadalom reprodukciós egészségének megőrzésében nem kell különösebben hangsúlyozni. Mégis, Magyarországon az elmúlt években – sajnálatosan – csökkent ennek tettekben is megnyilvánuló elismerése. A néhány évvel ezelőtt hatályba lépett „magzatvédelmi törvény” főként a terhesség-megszakításra összpontosított, majd 1993-ban a társadalombiztosítás megszüntette a fogamzásgátlók támogatását. A jelenleg csak teljes áron hozzáférhető fogamzásgátlók emiatt főleg azokhoz nem jutnak el, akiknek a legnagyobb szükségük volna rá. A hormonális fogamzásgátlók ciklusonkénti több száz (esetenként közel ezer) forintos ára ma már sokak számára megfizethetetlen. Ugyanez mondható el a méhen belüli fogamzásgátló eszközökről (IUD), de főként a művi meddővé tétel műtétéről, a sterilizációról. Nők esetében ennek költsége – a műtét típusától függően – több tízezer forint, amelyet az OEP ugyancsak nem térít. Mint a Nővédelmi Tanácsadó vezetője, mindennapi munkám során látom ennek negatív következményeit. Van összehasonlítási alapom, hiszen tanácsadónk ebben az évben ünnepli működésének 25. évfordulóját.

Lehet, hogy ezek az intézkedések pillanatnyilag pénzügyi szempontból meghozzák a remélt hasznot (némi megtakarítást), de az bizonyos, hogy hosszú távon nem gazdaságosak. Azok, akik most nem használják az általuk megfizethetetlen fogamzásgátlót, előbb vagy utóbb teherbe fognak esni. Mivel pedig ezeket a terhességeket nem kívánják, legnagyobb részük művi vetéléssel végződik. A terhesség-megszakítás egyrészt költséges – amit viszont az OEP finanszíroz, másrészt a leggondosabb kezekben is járhat korai szövődéssel. Ezek kezelése – nem ritkán kórházi körülmények között – költséges, amit a társadalombiztosítás ugyancsak térít. Már az így keletkezett költségek is magasak. Ha beszámítjuk a késői károsító hatásokat (évtizedeken át fennálló krónikus alhasi fájdalom, méhen kívüli terhesség, éretlen- és koraszülés, meddőség stb.) és ezek költség vonzatát, az összkiadás társadalmi

szinten minden bizonnyal százmilliárdos nagyságrendű – ha nem több. Mindezek kezelési költsége a biztosítási rendszereket – és az államkasszát – terheli. Azok az összegek, amit csupán egyetlen év alatt kifizetnek a gyógyítás költségeként a kezeléssel járó utazások támogatására és a következményes munkaképtelenség miatti táppénzre, lényegesen magasabbak annál, mint amit a megelőzésre kellene fordítani. Csupán két példát említek: a sterilizációt és a méhen belüli fogamzásgátlást. Mindkettő egyszeri beavatkozással, hosszú távon, évekre biztosítja a korszerű fogamzásgátlást.

Ez idő szerint a művi meddővé tétel műtétjének költsége a legmagasabb, tízezres nagyságrendű; számoljunk átlagosan 20 000 forinttal. A közösülések átlaga – nemzetközileg is elfogadott adatok alapján – heti 2–3, ennek megfelelően a WHO ajánlások is évi 144 koitusszal kalkulálnak a családtervezési központok raktárkészletének fogamzásgátlókkal történő feltöltésekor. Vegyük egy elvégzett műtét utáni „használati időt” 20 évnek. Az egy évre eső költség mindössze 1000 Ft, egy közösülésre csupán 7 Ft jut!

Az IUD ára – típusától függően – szintén változó, számítási okokból vegyük 2000 forintnak. A jelenleg használt korszerű „spirálok” 5–10 évig (csere nélkül) 98–99%-os fogamzásgátló hatást nyújtanak. Ez egy évre 200–400 Ft, egy közösülésre alig 2–3 Ft!

Indokolt-e vajon ezek ismeretében a fogamzásgátlók támogatásának megszüntetése pusztán gazdasági alapon? A válasz – úgy gondolom – egyértelműe, hogy nem!

Környezetünkben – sem keleten, sem nyugaton – nincs egyetlen ország sem, ahol valamilyen mértékben ne támogatnák a fogamzásgátlást (Angliában a hormonális fogamzásgátlókért kevesebbet fizetnek a nők, mint nálunk – forintba átszámolva!).

Minden indok megvan tehát arra, hogy a jelenlegi rendszert megszüntessük, hiszen semmilyen észerv nem sorakoztatható fel mellette.

A kérdés másik oldala a szolgáltatást nyújtó intézmé-

nyek részéről merül fel. Az ún. „német pontrendszer” szerinti finanszírozás messze nem fedezi a ráfordítási költségeket. Ismételten csupán két példát említek. Az 1990-es évek elején – még az 1993-as kedvezőtlen változás előtt – a Debreceni Orvostudományi Egyetem vezetése kiadott egy rendelkezést, miszerint nem biztosított beteg első vizsgálatának díja 2000, a kontroll vizsgálaté 1000 Ft. Ez az akkori árakon méltányos és reális volt (az összeg reálértéken ma legalább a kétszeresét jelenti). Egy közelmúltban hozott döntés alapján beutaló nélküli vizsgálatért ugyancsak 2000 forintot kell fizetni. Ugyanakkor, egy nőgyógyászati vizsgálatért, amelyben rászűrés (kolposzkópos és citológiai vizsgálat) is benne van, a legnagyobb „erőlködés” ellenére sem lehet „összekaparni” 1000 pontot. Ennek értéke pedig még ezt az összeget sem éri el, mivel 1 pont 1 forintnál kevesebbet ér!

Összehasonlításként: az Egyesült Királyságban egy IUD felhelyezésért az orvos 42,75 fontot (kb. 15000 Ft) kap. Ezt követően az évenkénti ellenőrzésért további 12,75 fontot (kb. 4500 Ft). Ugyanennyi jár akkor is, ha a gondozott évente egy alkalommal tanáccsal ellátja, fogamzásgátlót ír fel, vagy egyéb családtervezési szolgáltatást nyújt¹. Nem azt várjuk, hogy azonnal angol színvonalon finanszírozzanak. De azt igen, hogy a jelenlegi megalázó rendszer megszűnjék. Ma már hivatalosan is elismerték azt, ami akkor is nyilvánvalónak látszott: az ágyszámok csökkentése, a kórházak leépítése nem hozta azt a megtakarítást, amit betervezték. Ezek után el kellene ismerni azt is, hogy téves döntés volt a fogamzásgátlók támogatásának megszüntetése, és a rendeletet minél előbb vissza kell vonni. Indokolja ezt az is, hogy Magyarországon ma még nincsenek olyan, anyagilag is erős nem-állami szervezetek (angol terminológiával *non-governmental organizations* = NGOs), amelyek számos más országban már évek óta működnek, és tevékenységük eredményeképpen a lakosság ingyen jut nem csak családtervezési tanácsadáshoz, de fogamzásgátlóhoz is – beleértve a sterilizációt.

Sok szülészeti intézményünk ma még megcsinálja adott esetben a sterilizációt térítésmentesen a rászorultaknak. Mindezt a „beteg” érdekében, önzetlenül, hiszen

ezért még a ráfordított anyagok árát sem kapja meg az OEP-től. Nem valószínű, hogy a jelenleg is tovább romló gazdasági helyzetben ez sokáig megtehető.

Javaslatok

1. Vissza kell vonni a fogamzásgátlók térítésének megszüntetéséről szóló rendelkezést.
2. Ezzel együtt tervezetet kell kidolgozni, amely több változatban tesz javaslatot a térítés mértékére.
3. Meg kell határozni azon készítmények, eszközök és módszerek listáját, amelyeket a leginkább rászorultaknak a legnagyobb kedvezmény mellett – akár 100%-os támogatással – biztosítani kell.
4. Ezt a tervezetet széles körű vitára kell bocsátani az elfogadás előtt.
5. Az OEP fedezze mind a férfi, mind a női sterilizáció költségét nem orvosi indok alapján végzett műtétek esetében is.
6. Meg kell határozni a megelőzésért (fogamzásgátlás, rákszűrés), gondozásért és tanácsadásért járó *reális* költségeket (figyelembe véve az anyagfelhasználást, a személyzet díjazását és a ráfordítási időt).
7. Egyértelműen meg kell fogalmazni a kompetenciát (mindez állami vagy biztosítói feladat-e).
8. Állami szinten is támogatni kell „NGO” kezdeményezéseket, amelyek később átvehetnének terheket a kérések megoldásában.

A fenti összeállítást a Pro Familia Hungaria (a Magyar Család és Nővédelmi Tudományos Társaság) választott vezető testületei két különböző alkalommal és szinten megvitatták. Véleményük ezzel mindenben megegyezik, s így ez a Társaság hivatalos álláspontja.

Reméljük, hogy a jobbtárs céljából összehozott „konszenzus konferencia” hoz valami változást, megoldást. A mostani helyzet sokáig már nem tartható és féltő, hogy olyan következmények alakulnak ki, amelyek korrigálása a jövőben a jelenlegi lehetőségeknél is nehezebb lesz.

I. Batár: *Expectation of the society toward the Ministry of Health concerning prevention in the field of family planning*

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen, Pf. 37. – 4012

A gyógyszeres kezelés szerepe a prevenció és a korai intervenció megvalósításában. Hazai körkép nemzetközi bevezetéssel

Dr. Balogh Ádám*

A jelen rövid közleményben elsősorban saját szakmai véleményemet ismertetem, bár ez ugyanakkor részben a MOOT vezetőségének véleményét is tükrözi a gyakori egyeztetések és a közösen kidolgozott szakmai irányelvek következtében.

Bevezető

Ismételten hivatkozom egy manapság Európa-, sőt világszerte újra felfedezett nagy egészségpolitikusra, Archie Cochrane-re. Ő volt az, aki a harmincas évektől a

¹UK Health Secretary launches family planning activity. *Entre Nous. The European Family Planning Magazine*. 1992, 20 (May): 4.

*A Magyar Osteoporosis és Osteoartrológiai Társaság (MOOT) vezetőségi tagja, de személyes szakmai véleményét ismerteti.

hetvenes évek végéig fáradozott azon, hogy a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat keretén belül *csak tudományosan bizonyított, hatékony gyógymódokat alkalmazzanak, de azok minden rászoruló számára hozzáférhetőek legyenek*. Gyógymódon a gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelést egyaránt értenünk kell. Kontinensünk sok jót ígérőnek induló évtizede, a 30-as évek valóban megalapozták a minőségi egészségügyi szolgálat alapjait az Egyesült Királyságban. Ugyanakkor a szociálpolitikában is jelentős lépés történt ezidőtájtban: Svédországban 1932-ben választási győzelmet aratott egy párt, amely a „valódi nyugdíj” ígérését tűzte zászlajára. Ezt az ígérését többnyire meg is tartva végül ez a párt 44 évig kormányozta az országot. Az egészségügy és a szociálpolitika iker-volta tehát nem új felfedezés. Magyarországon is történtek jelentős lépések ezidőtájtban a közegészségügy fejlesztésében.

Visszatérve Cochrane tevékenységére, ennek lényegét az 1972-ben és 1979-ben kiadott két jelentős könyve, valamint az érvekkel és személyes ráhatásával is támogatott fejlődés fémjelzi a brit egészségügyben. Ne gondoljuk azonban, hogy Nagy-Britanniában azonnal és teljesen megértették és elfogadták, hogy miért csak a bizonyítottan hatékony gyógykezelést tartotta az egyedül finanszírozandó kezelésnek. Túl szigorúnak tartották a feltételeit a hatékony kezelést illetően. Talán elégtételt ad az életben ennek ellenére is népszerű öregúrnak, hogy eszméi a nyolcvanas évek végére újraéledtek. Előbb Oxfordban, ahol *Iain Chalmers* létrehozta a Nemzeti Perinatológiai Központ továbbfejlesztésével az első Cochrane Centrumot és elindította a nemzetközi Cochrane Kollaboráció programját, a gyógykezelés, elsősorban a gyógyszeres terápia hatékonyságát elemző szisztematikus utóvizsgálókat, illetve eredmények összegzését. Ezzel nagy adósságot rótt le a brit egészségügy nevében *Iain Chalmers* Cochrane emlékének, aki 1979-ben így írt: „Minden bizonnyal jogos kritikát érdemel egészségügyi szakmánk, hogy még nem szerveztünk kritikus összegezést az eddig végrehajtott randomizált ellenőrzött tanulmányokról szakmákra lebontva”.

Saját tapasztalatok

A hatékony kezeléssel kapcsolatban saját tevékenységem területéről veszek példát, egyúttal a dilemmákat is érintésként. Hat és fél éve dolgozom az osteoporosis területén, három szakma metszéspontjában. Nőgyógyász vagyok eredeti szakképzésem szerint, de ehhez endokrinológus és orvosi laboratóriumi szakvizsgám is van. Jelenleg is művelem mindhárom szakterületet, élő kapcsolatban vagyok velük. Az alábbi javaslatok a jelenlegi gyógyszerterápiás gyakorlat javítását, átformálását teszik szükségessé. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy a Debreceni Regionális Osteoporosis Program 5 és fél éves tapasztalatai mellett a Nemzeti Osteoporosis Program két-éves eredményei megítélésem szerint reális, gyakorlatias hátteret nyújtanak mondanivalóknak.

Javaslatok

A gyógyszeres terápiát illetően, az oszteoporózis modellre alapozva, de már általános érvennyel az alábbi javaslatokat teszem:

1. Meg kell határozni és az OEP hatáskörében, de akár általános feladatként, számon kell kérni szakmánként és fontosabb betegségcsoportonként a hatékony terápia formáit, jelen esetben a hatékony gyógyszeres kezelést. Ezen belül különös tekintettel kell lenni a betegségek súlyosságára, elterjedtségére és kiemelten kell kezelni a krónikus elhúzódó betegségeket, vagyis azokat, amelyek kiemelkedő népegészségügyi jelentőségűek. Már az orvosképzésben érvényesíteni kellene ezeket a szempontokat. Meg kell követelni a gyógyszeres terápia alkalmazásának egységes nyilvántartását és az összes lényeges paraméter figyelembevételét:

– Megfelelő szakmai javallat felállítására szükséges az esetleges ellenjavallat figyelembevételével (szakmai kérdés, megfelelő szintű diagnózis szükséges);

– Lehetőleg hivatkozható, tesztelt terápiás protokollok szükségesek a kezelésekre háttérként szakmák szerinti bontásban (készítmény kiválasztás szempontjai, adagolás, várható kezelési időtartam, mellékhatások megfigyelése, nyilvántartása, hatásosság mérése és dokumentálása);

– Az azonos hatáscsoportba tartozó gyógyszerek közül történő választásnak szakmai és etikai vonatkozásai vannak. Az eredeti és generikus gyógyszerek javallhatósága külön kérdés. Az orvos segítségével gyógyszerfelírásakor, vagy pl. a gyógyszerterápiában legyen a betegnek választási joga az egyes készítmények közötti különbségek figyelembevételére (beviteli mód, hatékonyság igazoltsági szintje, a gyógyszer ára!);

– Az eredeti és generikus készítmények equivalenciáját a hatásosság és a mellékhatások szempontjából az OGYI szigorúan ellenőrzi, fontos azonban, hogy az orvosi szakma, és lehetőleg a laikus „fogyasztók” is minden érdemi részletről információt kapjanak.

2. Definiálni kell a gyógyszeres megelőzést és a korai terápiás beavatkozást. Különösen fontos ez a krónikus és a népbetegség szintjén elterjedt betegségek esetében. Ez utóbbi kettő kombinációjának tekinthető az osteoporosis. A megelőzés (prevenció) értelmezése sokszor hiányos, vagy ambivalens, pontatlan, illetve egészségügyi gazdasági szempontból nézve a költség-haszon arány kedvezőtlen. *Ezért pl. osteoporosis esetében a nehezebben definiálható szűrés helyett a korai diagnózis, prevenció helyett a korai (azaz időben történő) beavatkozás javasolható.* Ennek a paradigmaváltásnak jó példáját adja az osteoporosis, amelynek szakmai érvek alapján megváltoztatott definíciója a korábban preventívnek tekintett kezelést igazoltan *terápiás beavatkozássá* minősítette. Ezáltal a korábban tipikusan elkésett beavatkozás ma már időben megtörténhet a súlyos szövődmények (csonttörések) elkerülése érdekében. Szakmai vita indítása javasolható, hogy mely más betegségek tekinthetők hasonlóknak az előbbihez. Ugyanakkor a szűrővizsgálatok az esetleg hozzájuk csatlakozó (gyógyszer)terápiás következményekkel jelenleg az OEP „rutin” finanszírozási kötelezettségén kívül

esnek. Ezek számára a szükséges forrásokat a költségvetésből lehet biztosítani.

3. A krónikus gyógyszerkezelés elfogadása (compliance) egyes betegcsoportokban rossz lehet, különösen ha a betegség nem mutat azonnali romlást (pl. fájdalom) a gyógyszer rendszertelen alkalmazásakor. Ez a jelenség az idült betegségek (köztük az osteoporosis) kezelési eredményeit jelentősen ronthatja, tehát a gyógyszeralkalmazás egyik fontos szempontja ilyen esetekben a szükséges időtartamú kezelés elfogadásának és betartásának biztosítása.

4. Különösen a gyógyszeres terápia felsoroltakon kívüli problémája még a túladagolás és aluladagolás. Véle-

ményem szerint az utóbbi tömeges méretű problémát jelent. Ha egy gyógyszer adása indokolt, szükséges azt hatékony adagban és időtartamra alkalmazni.

5. Végül az egészségügy minden fórumán és a laikus médiát is felhasználva felvilágosító munkát volna célszerű folytatni a definíció szerint nem igazoltan hatásos gyógyhatású készítményekről. Ezekre jelentős összegeket költ a lakosság. Helyette hatásos gyógyszerek alkalmazását javasoljuk – ha a megfelelő javallat fennáll!

Á. Balogh: *The role of drug therapy in prevention and early intervention. Hungarian and international situation*

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen, Pf. 37. – 4012

A gyógyszertörvény jelentősége a lakosság gyógyszerellátásában

Kerekesné dr. Nemes Mária

A gyógyszerellátásra, illetve a gyógyszerekre vonatkozóan jelenleg törvényi szinten csak az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény Gyógyszerügy című fejezetének 55–58. §-a rendelkezik. A gyógyszerellátással kapcsolatban álló piaci szereplők, az igazgatásban, illetve a felhasználásban érintettek számára, egyértelmű, hogy a gyógyszerekkel kapcsolatos, illetve a biztonságos gyógyszerfelhasználást garantáló jogszabályi rendelkezések az egészségügyi ellátás részeként alkotmányos alapjogot érintenek. Ennek megfelelően került a Parlament elé, figyelemmel az egészségügyről szóló törvényben is megfogalmazottakra, illetve a 2137/1997. (V. 28.) Kormány határozatban foglaltakra, az emberi felhasználásra szánt gyógyszerekkel összefüggő legalapvetőbb rendelkezéseket magába foglaló törvényjavaslat.

Hazánkban jelenleg a gyógyszerellátást, illetve a gyógyszerügyre vonatkozó rendelkezéseket alacsony szintű jogforrások (miniszteri rendelet illetve kormányrendelet) szabályozzák, amelyek fokozatosan a piaci viszonyok, illetve a tulajdoni viszonyok változására reagálva biztosították ez ideig a zökkenőmentesnek mondható átmenetet, valamint a gyógyszerellátás állami monopóliumának megszűnését. Napjainkban az állam a gyógyszerellátás területén teret engedve a magánvállalkozásoknak, kizárólag a kérdéskör jogi kereteinek a meghatározására, illetőleg az igazgatás területére szorult vissza. Nem követik azonban a piaci viszonyokat, illetve a társadalmi viszonyok változását az egészségügyről szóló törvény rendelkezései, így a gyógyszerellátásra vonatkozó rendelkezések törvényi rendezése az új egészségügyi törvény megalkotásával párhuzamosan vált szükségessé. A jelenleg még hatályos egészségügyi törvény „Gyógyszerellátás” fejezete az állami tulajdonú gyógyszergyárak, gyógyszer-nagykereskedő(k) és gyógyszertárak idejében fogalmazódott meg. Ugyanakkor a forgalomban lévő gyógyszerválaszték, a gyógyszergyártók kínálata, a nagykeres-

kedők és a közforgalmú gyógyszertárak száma 1990–1997 között nagymértékben megnőtt, amelyet az alábbi táblázat szemléltet.

Év	Törzskönyvezett gyógyszer készítmények száma	Nagykereskedők száma	Gyógyszertárak száma
1990	1849	1	1449
1994	2832	66	1963
1995	3250	75	2024
1996	3735	84	2046

A fentiekkel párhuzamosan bekövetkezett import liberalizáció eredményeként a 90-es évekig a felhasználás a nagyrészt hazai gyártású gyógyszerekről egyre inkább az importkészítmények irányába tolódt el. Megkezdődött a rendelési és fogyasztási struktúra erőteljes eltolódása a korszerű, rendszerint importból származó, lényegesen magasabb árfekvésű gyógyszerek javára. Az alábbi táblázat jól tükrözi azt a mozgást, amely e területen végbe ment.

Év	A hazai ipar részesedése	Import gyógyszer részesedése
1990	73,7%	26,3%
1994	47,1%	52,9%
1995	45,6%	54,4%
1996	44,3%	55,7%

Mindez azt is magával hozta, hogy a gyógyszerellátással kapcsolatos ösztársadalmi elvárások jelentősen megnövekedtek. Ugyancsak átalakult a gyógyszerészek szerepe – a nemzetközi szférának megfelelően – az állam társadalmi-gazdasági rendszerében. Megszűnt az állam közvetlen irányító szerepe a gyógyszerellátás biztosításában, az intézmények (gyógyszertárak) fenntartásában, és átalakult

kult szabályozó, ellenőrző rendszeré. Ennek megfelelően az állam az ellátás feltételeinek biztosításában vállalt szerepet azért, hogy szabályozási és igazgatási jogosítványokat gyakorol.

A tulajdonformák gazdasági társaságok és magánvállalkozások formáját öltötték. A hosszú gyógyszer-hiánylisták helyébe jól kiegyenlített kínálat lépett, a monopolhelyzetet minden szinten a párhuzamos tevékenység váltotta fel.

A gyógyszerellátással kapcsolatos ösztorsadalmi elvárás fokozatosan növekedett.

A gyógyszerügyre jelentős hatással volt az is, hogy megváltoztak az állampolgárok – betegek – elvárásai is a gyógyszerészettel, a gyógyszerellátással kapcsolatban.

A fentiekben jelzett robbanásszerű változások Európában is megfigyelhetők ebben az időszakban is, különösen az orvos- és gyógyszerésztudomány technikai, technológiai területein, amelyek nem várt kihívást jelentenek az orvosok, a gyógyszerészek és a betegek részére is. Egyre inkább láthatóvá válik az egészség értékjellege, a magas egészségügyi – ezen belül gyógyszerügyi – kiadások tükrében. Emiatt szükséges a korábbi elvek alábbiak szerinti újragondolása:

- mindinkább előtérbe kell hogy kerüljön a megelőzés (prevenció);

- az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető terápia összhangjának megteremtése;

- a korszerű és igen drága gyógyszeres terápia hatékonyságának értékelése;

- a költség-haszon elemzés bevétele a gyógyszerrendelésbe.

Gyógyszerész szakmai körök már több ízben felvetették az egészségügy e speciális ága törvényi szintű szabályozásának igényét, hivatkozva arra is, hogy az Európai Unióban minden tagállam önálló gyógyszerjoggal rendelkezik.

A gyógyszerjogi tervezetének kidolgozása során figyelembe kellett venni a közösségi követelményrendszerrel és a magyar hagyományokat tükröző realitást is.

Az önálló gyógyszerjogi megalkotásának szakma- és társadalompolitikai indokai

A kialakult állami szerepvállalásnak megfelelően az ún. gyógyszerjogi megalkotásával az állam biztosítja, hogy az alapvetően piaci viszonyok által szabályozott gyógyszerellátás során az állampolgárok mindenkor jó minőségű, biztonságos és hatásos gyógyszerekhez juthassanak. (Az Országgyűlés időközben elfogadta a „gyógyszerjogi törvényt” és az a Magyar Közlönyben, a Népjóléti Közlönyben és a Gyógyszerészet 1998. márciusi számában megjelent. A törvény hatálybalépésének időpontja 1999. január 1. – a szerk.)

A Magyarországon gyártott gyógyszerek nemzetközi megítélése tekintetében elengedhetetlen, hogy a gyógyszerjogi szakmai szabályai törvényben kerüljenek szabályozásra. Jelenleg az 1976. évi 31. törvényerejű rendelet és az Országos Gyógyszerészeti Intézet előírásai alap-

ján követik a gyógyszergyártók és forgalmazók az Európai Unió irányelveiben lefektetett GMP („Helyes gyógyszerjogi gyakorlat”), GLP („Helyes laboratóriumi gyakorlat”) és GCP („Helyes klinikai gyakorlat”) elveket. A nevesített nemzetközi szabályrendszer igen részletesen írja le pl. a gyógyszerjogi szabályait. Törvényi szinten nem látszik célszerűnek a részletek szabályozása, azonban a helyes gyógyszerjogi, laboratóriumi, és klinikai gyakorlat elveinek rögzítése törvényi előírást igényel. Ezzel a törvényi rendezéssel csak megerősítjük – az Európában is példaszzerű – magyarországi gyakorlatot, mely ez idáig törvényi megerősítés nélkül alkalmazta a nemzetközi előírásokat.

Biztosítani szükséges a gyógyszerjogi és a forgalmazók által alkalmazandó minőségbiztosító szakember, az ún. Qualified Person képzési feltételeinek szabályozását, mely az Európai Unió országaiban követelmény.

A nyolcvanas évek végéig alkalmazott kötött hatósági gyógyszerár az „ártörvény” értelmében szabaddá vált. Jelenleg a hazai és nemzetközi forgalomban lévő gyógyszerek ára csak indirekt módon – a társadalombiztosítási támogatás alapjául elfogadott ár megállapításánál – kerül összehasonlításra, ezzel szabályozásra, ezáltal nem garantálható a betegek részére az egységes gyógyszerár.

A törvény, a gyógyszerellátással kapcsolatos betegjogi megfogalmazásával megteremt hazánkban is – az Európában egyre nagyobb teret nyerő – felelősségteljes öngyógyítás lehetőségét, nemcsak a vény nélküli készítmények reklámozhatóságával és a választék folyamatos bővítésével, hanem azzal is, hogy a betegnek joga, a gyógyszerésznek pedig kötelessége legyen az ezzel kapcsolatos információk megszerzése.

Elkerülhetetlen az adomány-gyógyszerek terén kialakult mindezidáig rendezetlen helyzet törvényi szintű szabályozása. Jelenleg úgy tűnik, hogy egyszerűbb a lejáratú idő előtti nagyobb mennyiségű gyógyszer adományozása, mint megsemmisítése. Ennek kötelező szakmai felügyelete elengedhetetlen, amely nem akadályozza meg a karitatív tevékenységet, de azt szakmai keretek közé szorítja.

A gyógyszerjogi tartalmi elemei

A törvénytervezet célja, hogy meghatározza a gyógyszerjogi, gyógyszerellátással, a felhasználó jogaival kapcsolatos alapvető törvényi szabályozást igénylő rendelkezéseket. A törvénytervezet hatályát a humán felhasználásra készült gyógyszerekre terjeszti ki, figyelemmel az 1995. évi XCL. törvényre, amely az állategészségügyet és az állatgyógyászati készítményeket a Földművelésügyi Minisztérium hatáskörébe utalja. A definíciók tekintetében a tervezetben néhány magyar sajátosságtól eltekintve következetesen az EU direktívákban megjelenő forgalomrendszer kerül alkalmazásra, a gyógyszerek gyártását pedig a nemzetközi szabályrendszernek megfelelő engedélyhez köti. A gyógyszerek forgalomba hozatala közelít az európai gyakorlathoz, azonos és folyamatos eljárásban rendezzi a törzskönyvezést és a forgalomba hozatali engedély kiadását. Az Európai Unió tagállamaiban a gyógy-

szerek törzskönyvezését megelőző eljárás határideje 210 nap. A tervezet – közelítve a közösségi szabályokhoz, de figyelembe véve a hazai feltételeket és piaci viszonyokat – az engedélyezési eljárás határidejét két évben határozza meg.

A gyógyszer-nagykereskedelem engedélyhez kötése – a hatályos szabályoknak megfelelően – megfelel a gyakorlatnak, az engedély kiadásának feltételeit és visszavonásának lehetőségét azonban már a törvény szabályozza, valamint előírja a gyártásnál is új elemként jelentkező minőséget garantáló Qualified Person szakember biztosításának kötelezettségét. A törvénytervezet előírja a beteg részére történő gyógyszerbeszerzési kötelezettséget. A gyógyszer és a gyógyszerellátás hatósági ellenőrzését, a mellékhatás jelentést a mai gyakorlatnál szigorúbban fogalmazza meg a tervezet. Megjeleníti továbbá a gyógyszergyártás és a klinikai gyógyszervizsgáló helyek kötelező helyszíni ellenőrzését.

A kábítószerként és pszichotróp anyagként minősített gyógyszerekre vonatkozó általános szabályokat ugyancsak rögzíti a tervezet, nem ismétli meg azonban a más jogszabályokban már szabályozott kérdéseket.

A tervezet új elemként rögzíti az Európai Unió tagállamaiban már bevezetésre került ún. termékfelelősségi rendszert a gyógyszerek emberi alkalmazásával kapcsolatban okozott károk vonatkozásában. Korábban az egészségügyi törvény rendelkezése szerint a gyógyszerek alkalmazásával összefüggésben keletkezett károkért a felelősséget az objektív felelősség alapján az állam viselte. A kártalanítás intézményét a magyar civil jog régóta ismeri és elismeri. A felróhatóság a polgári jogban az ún. rendes felelősségnek döntő és karakterizáló jellemzője, eme felelősséget szokás a polgári jog rendes felelősségi formájaként jellemezni. Ennek megfelelően amennyiben törvényi kivétel nincsen, a magatartás felelősséget akkor von maga után, ha jogellenes, és a kárt eredményező magatartás tanúsítója nem úgy jár el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható. A fel nem róható magatartások akkor járnak konzekvenciával, illetve akkor váltanak ki szankciót, ha ezt az objektív magatartást maga a törvény kifejezett megfogalmazással felelősséget eredményezőnek ítéli meg. A gyógyszertervezet az állami felelősség vállalást csak azon termékek vonatkozásában tartja meg, amely termékek minősége megegyezik a forgalomba hozatali engedélyben rögzített követelményekkel, a törzs-

könyvezés és a forgalomba hozatal során jóváhagyott minősége változatlan marad, azonban emberi alkalmazása kárt eredményezett. Egyéb esetekben a gyógyszerek emberi alkalmazása következtében okozott kárért történő felelősség kérdésében – az Európai Unió tagállamaiban követett gyakorlat szerint – a termékfelelősségről szóló törvény szabályait rendeli alkalmazni. A gyógyszerek törzskönyvezését megelőző ún. klinikai vizsgálat során kárt szenvedett személyek kártalanítására vonatkozó szabályokat a tervezet az új egészségügyi törvénnyel összhangban szabályozza, meghatározva a kártalanításra kötelezettek körét.

A gyógyszergyártók és a gyógyszerellátásban résztvevők gyógyszerellátásra vonatkozó felelősségének kérdését rendező rész azonos az európai joganyagban meghatározottakkal. A gyógyszerfelhasználással kapcsolatos alapvető betegjogok közé tartozik, hogy a betegnek jogában áll a gyógyszerekkel kapcsolatos információk megszerzése, beleértve a mellékhatások megismerését is. Ezen készítmények az ún. OTC (vény nélkül is beszerezhető) gyógyszerek, amelyek alkalmazásánál az orvosi felügyelet, illetve az előzetes teljes körű tájékoztatás nem biztosított. A gyógyszertervezetében – összhangban az új egészségügyi törvényben meghatározott betegjogi rendelkezésekkel – rögzítésre került a gyógyszerészek ezen készítmények kiadását kísérő tájékoztatási kötelezettsége a gyógyszer esetleges mellékhatásai, a különböző gyógyszerek kölcsönhatásai, illetve az orvosi kezelés, valamint az orvosi közreműködés mellőzésének esetleges veszélyei tekintetében.

A törvény 5 évet biztosít a „gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású” kategória megszüntetésére. Ez ma 520 terméket érint, ebből 150 hazai gyártású. Miután hasonló kategória máshol nem létezik, nehezen lenne indokolható ezen kategória fenntartása.

A gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenység szigorítása (teljes körű forgalmazás, kötelező készlet az akut életveszély elhárításához szükséges szerekből) várhatóan azon, e tevékenységgel foglalkozó gazdálkodó szervezetek számának csökkenését eredményezi, akik jelenleg csupán a legnagyobb hasznot hajtó gyógyszerek szállítását vállalják.

M. Kerekes-Nemes: *The significance of drug law in public drug supply.*

(Népjóléti Minisztérium Gyógyszerészeti Főosztály, Budapest, Arany János u. 6–8. – 1051)

A gyógyszerek hatékonyságának vizsgálatáról (Miért randomizálunk?)

Dr. Vokó Zoltán

Az intervenciók hatékonyságát számos különböző vizsgálati formában lehet kutatni. A vizsgálatok eredményeképpen különböző súlyú „bizonyíték” születik az intervenció hatékonyságáról. A vizsgálati formák között számos szerző egyfajta hierarchiát állított fel a bizonyíté-

kok súlya szerint. Ez a hierarchia a vizsgálatok validitásán és nagyságán alapul. A legerősebb bizonyítékot a hierarchiák szerint a randomizált kísérletek (RK) adják.

Az előadás arra próbál válaszolni, hogy miért van ez így, illetve arra próbál rámutatni, hogy pusztán a vizsgá-

lattípus nem garancia a validitásra, és a kutatási kérdéstől függően nem-experimentális vizsgálatokból is hiteles (legalábbis a RK hitelességéhez mérhető) eredmény nyerhető. Arra is próbál rámutatni, hogy nem intervenciós vizsgálatokban a randomizált kísérletnek egyáltalán semmilyen szerepe nincs. Az előadás az intervenciós vizsgálatok validitásának egyetlen kérdésével foglalkozik, nem témája a vizsgálatok nagyságának problémaköre, illetve a bizonyítékok hierarchiájának mérlegelés nélküli alkalmazásában rejlő veszélyek bemutatása.

Az epidemiológiai vizsgálatok bizonyos jelenségek előfordulásának gyakorisága és a feltételezett determinánsaik közötti kapcsolatot vizsgálják. Ez intervenciós vizsgálatokban valamiféle kimenetel (halálozás, állapotjavulás stb.) és az intervenció közötti kapcsolat kutatását jelenti. Ebben a speciális esetben – hasonlóan az etiológiai vizsgálatokhoz – egy feltételezett oksági kapcsolat bizonyítása (pontosabban erről való bizonyítékok gyűjtése) a cél. Azaz azt vizsgáljuk, hogy a jobb, vagy rosszabb prognózis a beavatkozás (gyógyszeres terápia) következménye-e.

Legegyszerűbb példaként hasonlítsuk össze egy családorvosi praxishoz tartozó személyek két csoportját, ahol az egyik csoport részben a kezelésben, a másik pedig nem. Vegyük számba, hogy mely tényezők befolyásolják a prognózist:

- a betegség természetes lefolyása,
- a hatóanyag hatása,
- egyéb, a gyógyszeres terápiához kapcsolódó járulékos hatás (külsőleges tényezők),
- a kimenetelt megfigyelő szubjektivitása.

Feltételezve, hogy csak a hatóanyag hatékonyságáról szeretnénk információhoz jutni, biztosítanunk kell, hogy a prognózist befolyásoló előbb említett egyéb tényezők szerepe azonos legyen a két vizsgálati csoportban.

A továbbiakban vizsgáljuk meg a betegség természetes lefolyásának szerepét. A betegség lefolyása szükségképpen eltérő lesz a két vizsgálati csoportban, mert a betegség gyógyszeres kezeléstől független feltételezett prognózisa határozza meg a kezelőorvos indikációs döntését. Magától értetődő kapcsolat van ugyanis egy kezelés indikációja és a betegség prognózisa között; a kezelés az egyébként rossz prognózisú betegeknél inkább. A jelenséget az indikáció okozta zavaró hatásnak nevezzük.

A zavaró hatás más oksági összefüggéseket kutató (etiológiai) vizsgálatokban is fellép. A vizsgálat validitását nagymértékben meghatározza, hogy sikerül-e a zavaró hatást megelőzni, vagy az analízisben korrigálni.

A zavaró hatás az oksági kapcsolat helyett adott alternatív magyarázat a megfigyelt determináns-jelenség kapcsolatra. A zavaró tényező olyan tényező, mely maga is – a determinánstól függetlenül – befolyással van a vizsgált jelenség előfordulásának gyakoriságára és kapcsolatban van a vizsgált determinánssal.

Etiológiai vizsgálatból hozva a példát: az alkohol fogyasztás és a ischaemiás szívbetegség között kimutatható kapcsolat van. Az alkoholfogyasztók körében azonban nem azért gyakoribb a koronária betegség, mert az alkoholfogyasztás a koronária betegség kockázati tényezője,

hanem azért, mert az alkoholfogyasztók körében gyakoribb a dohányzás, ami az alkoholtól független kockázati tényezője az ischaemiás szívbetegségnek. Intervenciós vizsgálatból véve a példát: a családorvosi praxisban a nem kezelt hipertóniás betegek prognózisa adott esetben azért is lehet jobb, mint a kezeltké, mert az orvos azoknál indikált antihypertensív kezelést, akik ischaemiás szívbetegség is voltak, nagyon magas volt a vérnyomásuk stb.

A zavaró hatás szerepe nem experimentális vizsgálatban megelőzhető bizonyos tervezési technikákkal, vagy hatása statisztikai módszerekkel korrigálható az analízisben, ha a vizsgálat folyamán megfelelően dokumentáljuk.

Akkor mégis miért a randomizált klinikai kísérlet a gyógyszerhatékonyság vizsgálatok etalonja? Mert csak az a zavaró hatás előzhető meg illetve korrigálható az analízisben, melyet ismerünk és dokumentálunk. Azok a releváns prognosztikai faktorok azonban, melyek az indikációs döntést befolyásolják, nehezen meghatározhatók és így nem is dokumentálhatók. Azoknak a zavaró tényezőknek pedig, amelyeket nem ismerjük, a hatásukat értelemszerűen nem tudjuk kivédeni. A randomizáció azt biztosítja, hogy mindezek a zavaró tényezők egyforma gyakorisággal forduljanak elő a két vizsgálati csoportban, így a két csoport prognózisa összehasonlítható legyen.

Ebből azonban rögtön következik, hogy az allokációs „rendet” fenn kell tartani ahhoz, hogy a validitást biztosítani tudjuk. Ennek komoly következményei vannak a vizsgálatvezetésre és az analízisre vonatkozóan.

Az is látható, hogy a zavaró hatás a vizsgált terápiás kontrasztra jellemző azaz, ha olyan kontrasztot vizsgálunk, ahol a terápiás döntést nem befolyásolja a vizsgált kimenetel kezelés nélküli bekövetkeztének esélye, ott a nem experimentális vizsgálat is valid eredményre vezethet. Pl. ha az aszpirin kezelés és a Reye-szindróma kapcsolatát vizsgáljuk paracetamol kontrollal szemben. Ugyanis a kezelő orvos vagy szülő nem azért fog – közvetve vagy közvetlenül – az egyik vagy a másik gyógyszer mellett dönteni, mert a gyermeknek kezelés nélkül kisebb vagy nagyobb esélye van a Reye-szindrómára. Hasonlóan a Ca-csatorna blokkolók és a hirtelen halál kapcsolata teljesen hiteles módon vizsgálható béta-blokkolókkal összehasonlítva nem ischaemiás szívbeteg hipertóniás betegek körében. A korlátozás azért szükséges, mert az ischaemiás szívbetegség a jelen vizsgálatban zavaró tényező, de ismert és jól dokumentálható, így a zavaró hatása a korlátozással kivédhető, vagy az analízisben korrigálható.

Nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a randomizáció nem csodaszer és csak az indikáció okozta zavaró hatás megakadályozásának céljából alkalmazzuk. Így, olyan típusú vizsgálatokban, ahol zavaró tényező nincs értelmezve, mert nem oksági kapcsolatot vizsgálunk (pl. leíró prognosztikai vizsgálatok, diagnosztikai vizsgálatok), nincs értelme alkalmazását követelni. Ugyanakkor a randomizáció nem oldja meg a gyógyszerhatékonysági vizsgálatok összes validitási kérdését: a kísérlet hitelességéről számos egyéb kérdés alapos vizsgálata után lehet véleményt mondani.

Javaslat

A gyógyszerhatékonyabb vizsgálatok a megválaszolható kérdés az, hogy hatékonyabb és/vagy biztonságosabb-e a kísérlet tárgyát képező gyógyszer, mint a rendelkezésre álló egyéb szerek.

A kérdés megválaszolásának és így a biztonságos és hatékony gyógyszeres kezelésnek alapfeltétele, hogy hiteles tudományos eredmények álljanak rendelkezésre mind a gyógyszer hatékonyságáról, mind a biztonságosságáról. Az egyszerű alapelv ellenére az intervenció vizsgálatok eredményeinek interpretálása és szintetizálása komoly szakmai problémát jelenthet.

A gyógyszerek hatékonyságának elméletileg leghitelesebb eszköze – bizonyos megszorításokkal – a randomizált klinikai kísérlet, de maga a technika nem garancia a vizsgálat hitelességére. A vizsgálati eredmény hitelességéről csak körültekintő és hozzáértő elemzés alapján lehet véleményt mondani. A belső hitelesség vizsgálatán túl elemezni kell, hogy a vizsgálat eredményei milyen megszorításokkal általánosíthatók a kezelni kívánt betegpopulációra. Nem szabad elfeledkezni arról sem, hogy a gyógyszer ritka mellékhatásai nem feltétlenül jelentkeznek a kísérletek során. Így szükséges a mellékhatások

vizsgálata a piacra kerülés után is. Ez utóbbi problémakör számos gyakorlati nehézség leküzdését igényli a farmakoepidemiológia területén dolgozó kutatóktól. A kutatást lehetővé tevő infrastruktúra kiépítése, fejlesztése széleskörű összefogást igényelne.

Kívánatos, hogy az azonos eljárásokat kutató vizsgálatok eredményeit szintetizálják. Ennek hiteles és hatékony módja az individuális adatok felhasználása lenne, de erre napjainkban csak kivételesen van mód. Ennek ellenére törekedni kell a rendelkezésre álló elérhető összes hiteles eredmény értékelése alapján véleményt formálni egy intervenció hatékonyságáról. További problémákat jelent, hogy a „negatív” eredmények jóval kisebb arányban kerülnek publikálásra, így hiányuk torzítja az összesítő elemzést. Ezt egyes folyóiratok és szervezetek felismerték és propagálják a „negatív” eredmények közzétételét.

Természetesen a biztonságosság és a hatékonyság nem kizárólagos szempontjai kell legyenek a terápiás (gyógyszertámogatási) döntésnek; az egészségügyi gazdasági vizsgálatok feladata, hogy a különböző intervenciók költségeit is bevonja az elemzések tárgykörébe.

Z. Vokó: *About the examination of drug efficacy.*

DOTÉ Népegészségügyi Iskola, Debrecen, Kassai u. 26. – 4028

A farmakoökonómiai módszerek magyarországi alkalmazásának lehetőségei és korlátai

Dr. Kaló Zoltán

Az egészség-gazdaságtan céljai

Az egészség-gazdaságtan célja szűkös egészségügyi erőforrások mellett azok leghatékonyabb felhasználása, az egészségügyi rendszerben az optimális forráselosztás elősegítése. Szűkebben értelmezve (egészségügyi technológiák elemzésén belül): egységnyi egészségügyi kiadásból minél nagyobb egészségnyereség elérése, vagy más képpen fogalmazva egységnyi egészségnyereség elérése minél kevesebb erőforrás felhasználásával.

A farmakoökonómia az egészség-gazdaságtan azon része, amely a gyógyszeres terápiák racionális alkalmazásával foglalkozik.

Hol alkalmazzák ezt a gyakorlatban?

1. Az USA Oregon államában az összes egészségügyi beavatkozásra vonatkozóan az állami biztosítási rendszerben egészség-gazdaságtani elemzések eredményei alapján alakólnak.

2. A farmakoökonómiát kötelező jelleggel kell alkalmazni az új gyógyszerek ártámogatási kérelmében Ausztráliában és Kanada Ontario államában.

3. Az egészségügyi technológiák elemzését figyelembe veszik a helyi terápiás protokollok kialakításában Franciaországban, Svédországban, Olaszországban, Nagy-Britanniában, Németországban stb.

4. Állami független tudományos intézetekben végeznek elemzéseket a kiemelt fontosságú és költségű terápiák esetén – lsd. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (Kanada), National Institute for Clinical Excellence (Nagy-Britannia) stb.

Hogyan segíti elő a racionalitást a farmakoökonómiai elemzés?

Figyelembe veszi és számszerűsíti az egymással versengő terápiák esetén:

- a terápia közvetlen gyógyszerköltségét;
- a munkaerő költségeket;
- a kapcsolt terápiás költségeket (diagnosztika, konzílium, rehabilitáció stb.);
- a mellékhatások elhárítása miatti többletköltségeket;
- az elkerült egészségügyi költségeket;
- az egészség-nyereségét (élethossz + életminőség).

Mindezeket egységes mérőszámokban foglalja össze, és emiatt a különböző terápiás beavatkozások összehasonlíthatóvá válnak. A döntéshozók számára e módszerrel objektívebb kritériumrendszer áll rendelkezésre annak kimutatására, hogy melyik eljárásnak kell prioritást adni a másikkal szemben. Mivel egyre inkább közérdek, hogy értéket kapjunk a pénzünkért (Value for Money), ez a fajta megközelítés a jövőben még inkább fel fog értékelődni.

Az egészség-gazdaságtani elemzések hátrányai

1. *Mindenre kiterjedően elkészítve nagyon költségesek. Mi kellett az Oregon Health Plan-hez?*

– 5 év;

– rendelkezésre álló szakemberek;

– megfelelő adatbázisok, információk;

– politikai akarat;

– pénzeszközök a kidolgozáshoz és megvalósításhoz.

Még az önálló projektekre is igaz, hogy az egészségügyi technológiák elemzését csak akkor érdemes elvégezni, ha a várható megtakarítás (felszabadított belső erőforrás) nagyobb, mint a vizsgálat költsége.

2. *Felülről korlátos a rendelkezésre álló erőforrás.*

Sajnos attól még, hogy egy egészségügyi program, pénzben kifejezett hozadéka nagyobb, mint a költségei, a programot nem feltétlenül kell bevezetni. Ehhez meg kell vizsgálni azt is, hogy van-e jobb befektetési lehetőség, vagyis mik az investíció lehetőség költségei (opportunity cost).

Ehhez hasonlóan számos, a jelen gyakorlatban alkalmazott terápiáknál költséghatékonyabb eljárást sem lehet azonnal finanszírozni, ha az sokkal szélesebb betegkört érint vagy sokkal nagyobb kiadást jelentene (melyet természetesen az egészségnyereség növekménye a számítások szerint ellensúlyoz). A szükséges plusz erőforrásokat nem mindegy, hogy milyen területről vonjuk el!

3. *Az egészség-gazdaságtani érvek minősége jelenleg még egyenletes.*

Az egészség-gazdaságtan módszertana még nem kristályosodott, több módszerrel vizsgálva ugyanazt, akár eltérő eredmény is kaphatunk.

Ma nagy divat költség-hatékonyságról beszélni, de sokan megfelelő háttértudás vagy valós alap nélkül használják érvként. Egy igazi költség-hatékonysági számítás kivitelezése hónapokig is eltarthat, a modell kifejlesztésétől az érzékenységi vizsgálatok elvégzéséig. Akik az elemzést csak felületesen végzik el, azok a módszereket korrekt módon alkalmazó szakemberek hitelét is csökkentik.

A bizonytalansági faktorok miatt az eredmény sokszor manipulálható, és ennek a lehetőségét növeli, hogy Magyarországon – a fejlettebb országok gyakorlatától eltérően – még nem kötelező a háttérszámításokat előzetesen a kiadó, vagy kongresszusszervező rendelkezésére bocsátani.

Az egészség-gazdaságtan oktatása, az információk terjesztésének csatornáit még nem alakultak ki hazánkban. Ezért kevés szakember van, aki képes ilyen elemzést elvégezni, sőt az orvosok és egyéb egészségügyi döntéshozók közül sokan nem tudják értelmezni ezeket a munkákat.

4. *A farmakoökonomiai elemzések a döntést nem helyettesítik, csak elősegítik.*

A felelősség a döntéshozóké, a szakmapolitikusoké. A döntést nekik kell meghozni, és az egészségügyi technológiák elemzése csak döntésük indoklását és ezáltal az elfogadtatását segíti, feltéve, ha képes az elemzés arra, hogy egyértelmű választ adjon.

Sajnos azonban számos esetben nem egyértelmű, hogy mely eljárás kapjon prioritást az egészség-gazdaságtani módszerek alkalmazásával.

Javaslatok

A legcélszerűbb az volna, ha – rendelkezésre álló szakemberek, pénz (és politikai akarat?) hiányában – nem akarnánk rögtön az egész rendszert kötelezően egészség-gazdaságtani alapokra helyezni. Inkább egy-egy témakörrel kezdjünk, melyet azonban olyan alaposan kidolgozunk, hogy a döntéshozók kénytelenek legyenek figyelembe venni azokat.

A közpénzekből, alapítványi hozzájárulásokból indított vizsgálatok elvégzésére lehetőleg egy független intézetet alapítsunk vagy már meglévő intézetet fejlesszünk ilyen irányba (Medinfo?). Ez az intézet évi 4–5 komolyabb projektet indíthat be olyan területeken, melyek a legégetőbb szakmai vagy finanszírozási problémát jelentik. Ezzel párhuzamosan azonban ne becsüljük le az egyetemi kutatóközpontok és a magánszféra (gyógyszergyárak, magán egészségügyi szolgáltatók) által önállóan indított, de ellenőrizhető (!) vizsgálatok jelentőségét sem.

Olyan összehasonlító tanulmányt készítsünk, amelyben egy már finanszírozott eljárást vonunk be az elemzésbe. Ezáltal segíthetünk a döntéshozóknak abban, hogy mely eljárással szemben prioritálják a költség-hatékonyabb módszert. A megközelítés globális szemléletű legyen, melynek alapja az OEP kasszák átjárhatósága.

A tanulmányok olcsón kivitelezhetőek legyenek. Ehhez a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan lehetőleg prospektív tanulmányok eredményeit elemezzük utólagosan, retrospektív módon.

Az egészségügyi technológiák értékelésének egységes módszertanát ki kell dolgozni. Ez vonatkozzék a szakma nyelvezetére, az elemzési módszerekre, az adatgyűjtési lehetőségekre és az eredmények értelmezésére, illetve azok napi gyakorlatban való alkalmazására.

Nagyon fontos cél, hogy csak átlátható, ellenőrzött tanulmány legyen a döntések alapja. Ehhez szükséges lenne, hogy a háttérszámításokat is értékelhessék, mielőtt az elemzések döntések alapjául szolgálnának.

Végül ki kell emelni a jövő szempontjából rendkívül fontos célt, az egészség-gazdaságtani ismeretek oktatását. Ebbe beletartozik az alapszintű oktatás az orvosi egyetemeken, mely ahhoz szükséges, hogy a leendő orvosok megértsék ezen elemzések jelentőségét. A középszintű (fakultatív) oktatás orvosok, közgazdászok, egészségügyi informatikusok számára ahhoz szükséges, hogy az egészségügyi technológiák vizsgálatára megfelelő szakembergárda álljon rendelkezésre. A legmagasabb szinten az egészség-gazdaságtant oktató tanárokat nevelhetjük ki az alacsonyabb szintű képzés számára.

Z. Kaló: *Possibilities and limits of the application of pharmacoeconomic methods in Hungary*

Fogyatékkal és krónikus betegséggel élők érdekvédő szervezeteinek gondjai és feladatai, lehetséges és szükséges szerepei a gyógyszerellátásban

Csató Zsuzsanna

Információhiány

Akárcsak minden magyar beteg, a krónikus betegek is többnyire önhibájukon kívül „tudatlanságtól” szenvednek.

Nem ismerik az állapotukhoz, betegségükhöz illő gyógyszereket, sem a választékot, sem a gyógyszerek hatásait, sem a mellékhatásait. Nem, vagy ritkán kapnak kellő tájékoztatást arról, hogy a gyógyszeres kezelésen kívül milyen egyéb módszer, terápia létezik, így persze öszszvetni sem képesek a valódi lehetőségeket.

Mindezek miatt egyértelműen és feleslegesen megnő a betegek függősége.

Magas, megfizethetetlen árak

Összehangolatlan a társadalombiztosítás és a közgyógyellátás támogató rendszere, és ugyanez igaz a magánemberek által fizetett kórházi gyógyszerekre, amelyek eredményét már mindenki ismeri.

A közgyógyellátás elvileg a szociális hátrányok ellensúlyozását szolgálja. Rendszere jelenleg következtelen, igazságtalan, és nem segíti, hogy az örökös gyógyszerfogyasztók terhei kellően csökkenjenek.

A krónikus betegek által fizetett gyógyszerárak magasak, különösen, ha számba vesszük, hogy jövedelmük viszont másokénál jóval alacsonyabb (antibiotikumok stb.).

A helyzetet nehezíti a gyógyszerek bonyolult felírási rendszere. Miközben a speciális központok magasabb dotációval írhatják fel a gyógyszerek jelentős részét, ennek határfokát jócskán rontja az a tény, hogy erről a háziorvosok gyakran nem tudnak, és persze nem is tájékoztatják a beteget.

Ráadásul e speciális központok túlterheltek, így gyakori, hogy egyetlen receptre több órát, alapvetően feleslegesen kell várakozni. Ez egyben a beteget fárasztja.

Az új, az előzőeknél hatékonyabb gyógyszereknek az érintettek általi használhatóságát gyakran többéves várakozás előzi meg, nem beszélve azokról az igen gyakori esetekről, amikor egyetlen szakember ellenző véleménye miatt az érintettek számára nem marad más út, mint a magánbeszerzés tíz–hús–harmincezres költségei.

Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, Budapest, Andrássy út 82. – 1062

Érdekvédelem

Ahhoz, hogy a betegek érdekvédelme valós és hatékony legyen, szükség lenne arra, hogy részt vegyenek a döntések előkészítésében és magában a döntéshozatalban. Saját szakértőikkel, vagy a betegségükhöz kapcsolódó szakmai kollégiummal egyeztetve kellene részt venniük a gyógyszerek bevezetéséről és támogatásáról (a társadalombiztosítási támogatás mértékéről, a közgyógyellátásról és a szabad áras gyógyszerekről szóló döntésekről, új gyógyszerek bevezetéséről) javaslatot tévő, döntő testületekben. Az utolsó másfél évben meghívottként jelen voltak ezekben a bizottságokban, azonban egy évvel ez előtt elvesztették szavazati jogukat és nem kapták meg előre azokat az anyagokat, dokumentumokat, amelyekről a tárgyalás folyt. Ezek hiányában még az illetékes szakmai kollégium is nehezen szólhat hozzá, hát még a betegek, akiknek ezen a területen komolyan fel kell készülniük, sőt saját szakértőik nélkül a szakmai vitában nem lehetnek egyenrangúak.

A jobb érdekvédelemhez szükség lenne komoly felmérésekre. Ismerni kellene a betegek elégedettségét és a betegek ismereteit, hogy ezek alapján új, a betegeket tájékoztató stratégiát dolgozzanak ki.

A betegek panaszainak lehetőségét és az orvoslás rendjét ki kellene dolgozni, biztonságossá, áttekinthetővé és objektívvé kellene tenni.

Összefoglalva szükségünk lenne arra, hogy részt vegyünk a döntések előkészítésében, meghozatalában és véleményezésében. Szükségünk lenne a megfelelő információkra, felkészülési időre és jogkörre, továbbá mindehhez megfelelő tanácsadói rendszerre.

Megfelelő árakra, a gyógyszerek és egyéb terápiák közti választáshoz, valamint a gyógyszerek eredményes használatához szükséges közérthető ismeretekre, biztonságos, átlátható rendszerre, áttekinthető panaszrendre és a méltányossági eljárások rendezésére is sürgősen szükségünk lenne.

Zs. Csató: *Problems and tasks of organisations for safeguarding of interest of patients living with insufficiency or chronic diseases, their possible role and necessity in drug supply.*

Az ulcus cruris költséghatékony kezelése

Dr. Daróczy Judit

Az ulcus cruris (krónikus vénás elégtelenség) kezelése, gondozási költségei magasak. A költséghatékony kezelés tervezése világszerte igény, hiszen epidemiológiailag

jelentős betegcsoportot érint: a lakosság 10–15%-ának van krónikus vénás elégtelensége, és 1,5–2,5%-ban alakul ki fekély az alsó végtagon.

Mi az oka annak, hogy magasak a kezelés költségei?

1. Nem elegendők a diagnózist és kezelést végző orvosok szakmai ismeretei;
2. Nincs konszenzus a betegség klasszifikációjában;
3. Nincs standard protokoll az ulcus kezelésében;
4. Nincs elegendő számú ellenőrizhetően kezelt regisztrált eset, ezért elterjedt a helytelen, indokolatlan, sokféle módon történő kezelés;
5. Nincs konszenzus a kezelési szintek feladatait illetően;
6. Nincsenek olyan kezelési tervek, melyek a betegség prognózisát figyelembe veszik;
7. Nincsen az ellátást követő költségszámítás.

Célkitűzések:

ad 1. Olyan országos *képzési program* tervezése (előadók, ütemezés), mely a korszerű szakmai ismereteket, gyakorlati módszereket hitelesen képviseli. A célcsoport a háziorvos, a háziorvosi asszisztens, a szakorvos és a háziápoló;

ad 2. A *korrekt diagnózishoz* szükséges készségek elsajátítása (klinikai, funkcionális és műszeres vizsgálatok), mely lehetővé teszi, hogy a kórkép a klinikai, etiológiai, anatómiai és pathofiziológiai ismérvek alapján kerüljön osztályozásra a nemzetközileg elfogadott (és összehasonlításra alkalmas) rendszer (CEAP) [1] szerint.

ad 3. Kezelési *protokoll* készítése, mely követi a komplex kezelés elveit: a korszerű *sebkezelési* elveknek megfelelő eljárások, a seb típusának (nekrotikus, váladékozó, granulálódó, hámosodó) figyelembevételével, amit ki kell egészítenie a krónikus vénás keringési elégtelenség nemzetközileg elfogadott *kompressziós* kezelésének, és melyekhez járulhat a *gyógyszeres* kezelés.

ad 4. A kezelésben alkalmazott sebkezelők, segédesz-

közök, gyógyszerek hatékonyságát csak a GCP elvei alapján végzett klinikai *vizsgálatok*, és a komplex kezelés elveit követő, megfelelő számú beteg esetében kapott eredmények alapján lehet igazolni. Ennek hiányában indokolatlanul magas lehet az alkalmazott, és nem bizonyítottan hatékony eljárások, gyógyszerek költsége.

ad 5. Meg kell határozni, hogy az *ellátási szinteknek* (alapellátás – járóbeteg szakellátás – fekvőbeteg szakellátás) mik a *lehetőségei, feladatai, kötelezettségei*: a diagnosztika, a kezelés, a segédeszköz és a gyógyszerrendelés valamint a gondozás és a rehabilitáció területén.

ad 6. A kezelési és rehabilitációs tervekhez szükséges az adott beteg állapotának pl. az ulcus prognózisának a meghatározása (*prognosztikai index*) [2], mely tervezhetővé és ellenőrizhetővé teszi a kezelést.

ad 7. A protokollnak tartalmaznia kell a költségszámítás elvégzéséhez alkalmas fejezeteket is. A *költségszámítás elemei*: a diagnosztika, sebkezelő anyagok és kötszerek, gyógyászati segédeszközök (rugalmas pólya a kompresszióhoz Magyarországon a költségek 10%-a, szemben a külföldi gyakorlattal, ahol 30%!), gyógyszerek (indokolatlanul magas!) költségei, a kórházi hotel költség, az orvos, a nővér és a gyógytornász munkabére, a rehabilitáció költségei.

IRODALOM

1. Nemzetközi Konszenzus Konferencia, Phlebology, 10, 3–8 1995. – 2. Skene A. és mtsai: BMJ 305, 1119–1121 1992.

J. Daróczy: *Cost effective treatment of ulcus cruris*

Bőrgyógyászati Osztály, Kun utcai Kórház, Budapest

Bátaszéki gyógyszertárba keresünk

gyógyszerészt (pályakezdő vagy nyugdíjas is lehet).

Önálló, hatékony munkáért teljes vagy részmunkaidőben, versenyképes jövedelmet és rugalmas időbeosztást kínálunk. Szolgálati lakást biztosítunk vagy az utazási költségeket megtérítjük. Érdeklődni: 30-569-079; 30-303-506 telefonszámon.

KONZÍLIUM A GYÓGYSZERÜGYRŐL V. RÉSZ

Az összeállítás első négy részét a Gyógyszerészet 1997. decemberi, 1998. januári, februári és márciusi számaiban jelentettük meg. Az összeállítás szerzői voltak: dr. Somody Imre, dr. Matejka Zsuzsanna, dr. Mikola Bálint, dr. Botz Lajos, Csató Zsuzsanna, dr. Ternák Gábor és dr. Almási István, dr. Gulácsi László és dr. Kovács Attila valamint dr. Pékli Márta. Örömmel vesszük az összeállításban foglaltakról olvasóink véleményét.

Gyógyszerellátás – ellenőrzés

Dr. Kurkó Erzsébet, Faradzs-zade Magdolna, dr. Asztalos Gézáné, dr. Bognár Ilona és dr. Saliga Margit

Bevezetés

Az elmúlt évtizedben hazánkban az egészségügy struktúrája, finanszírozása és ennek részeként a gyógyszerellátás és -forgalmazás szinte teljes mértékben átalakult, újraszerveződött. Az e területen is megvalósuló privatizáció átformálta a gyógyszerpiac egészét, a gyógyszerforgalmazásban versenyhelyzetet teremtett. A hazai és import gyógyszerkészítmények forgalmazásában, a gyógyszerek hozzáférhetőségének biztosításában, a társadalombiztosítási támogatás mértékének meghatározásában elsődleges szerepet kapott a gazdaságosság és a finanszírozhatóság.

A korábban valamennyi magyar állampolgár számára ingyenesen hozzáférhető egészségügyi ellátások, valamint a társadalombiztosítási támogatással olcsón megvásárolható gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök köre jelentősen megváltozott, az átalakulás velejárájaként a társadalombiztosítási ellátások már nem állampolgári, hanem biztosított jogviszony alapján vehetők igénybe.

Az állami (tb.) támogatás segítségével igen alacsonyan tartott betegterítési díj mellett biztosított gyógyszerkinálat használata során a lakosság sokáig nem érezhette és még ma sem teljesen érzékeli a gyógyszerek valódi árát. Emiatt a gyógyszerfogyasztás viszonylag magas szintje az egészségügyileg indokoltnál óvatosabban csökkenthető. Mivel az egészségügy reformja a betegek színvonalas ellátásához egyre kevésbé nyújt garanciát, az orvos szinte „pótcselekszik” a drága gyógyszerek rendelkezésével, mintegy kompenzálva ezzel az egyéb egészségügyi ellátások tb. támogatásának csökkenését.

Az utóbbi években a szociális ellátások köre is szűkült. A szociális ellátó rendszer már nem tudja biztosítani a rászorultak kielégítő támogatását, hiszen a rendelkezésre álló pénzeszközök jelentősen csökkentek. A növekvő mértékű elszegényedés együtt jár számtalan betegség (pl. a tuberkulózis) újbóli megjelenésével, a megbetegedési és halálozási mutatók gyors ütemű roszszabodásával. A morbiditási adatok súlyosbodásának szükségszerű velejárája a gyógyszeres kezelések számának, azaz a lakosság gyógyszer-szükségletének jelentős növekedése is.

A fenti gazdasági, politikai és egészségügyi változások

következtében a betegek számára a nélkülözhetetlen gyógyszerek beszerzése egyre nagyobb áldozatvállalást jelent. Az orvosi rendelőkben, gyógyszertárakban és a különbözőféle egészségügyi, lakossági fórumokon szerzett tapasztalatok a lakossági gyógyszerellátás különösen kiemelt, központi politikai és szociálpolitikai fontosságára hívják fel a figyelmet.

A gyógyszerellátás és -forgalmazás átalakulása

A gyógyszergyártás privatizálása és a külföldi gyógyszerkészítmények importjának liberalizációja a magyar gyógyszerpiacot egészében átformálta. Az 1980-as évek elején még mindössze néhány száz gyógyszert tartalmazó gyógyszerpaletta kiszélesedett, és 1996-ban már több mint 2000féle gyógyszerkészítményt forgalmaztak Magyarországon. Ezek nagy része nem hazai gyógyszergyárakban készült.

Az importált gyógyszerkészítmények számának emelkedése igen élénk versenyt alakít ki az importáló cégek és a magyarországi gyártók között. Mindkét fél elsődleges érdeke a magyarországi gyógyszerpiac minél nagyobb területének meghódítása, és e cél érdekében a piac-szerzés valamennyi rendelkezésre álló eszközt felhasználják, ideértve a gyógyszerreklámokat is. Az egyre kiterjedtebb reklámhadjáratok tetemes költségei a gyógyszerek árát nem elhanyagolható mértékben emelik. A gyógyszerpiac ezen szereplői által forgalmazott és promociózált gyógyszerkészítmények a magyar fogyasztó – a „beteg ember” – számára igen magas beszerzési árak miatt tb. támogatás nélkül szinte hozzáférhetetlenek, ezért a tb. támogatás meghatározásával az egészségbiztosítási pénztár a gyógyszerpiac legfontosabb szereplőjévé válik.

Átalakult a hazai gyógyszer-nagykereskedelem is. A néhány állami nagykereskedőt és a gyógyszertári központokat nagyszámú gyógyszer-nagykereskedelemmel foglalkozó vállalkozás váltotta fel. A gyógyszer kiskereskedelem magánosításának feltételeit meghatározó jogi szabályozást követően országszerte megindult az addig állami gyógyszertárak privatizálása. 1994. december 31-én 347 állami és 151 magánpatika, 1996. december 31-én viszont 33 állami és 492 magánpatika működött a Fővárosban és Pest megyében.

Jogsabály határozza meg, hogy tb. támogatással csak

az a gyógyszerár szolgálhat ki gyógyszert a biztosítottak részére, amely e tevékenységére a területileg illetékes egészségbiztosítási pénztárral (EP) szerződést kötött. A szerződés és a jogszabályok értelmében az *EP mint finanszírozó, jogosult és köteles ellenőrizni a gyógyszertáraknak megelõlegetett gyógyszerátogatás felhasználásának és elszámolásának módját.*

Az évtizedek óta kötelező egészségügyi adatszolgáltatások alapján a lakosság morbiditási adatai országosan és régiókra bontva is ismertek, dinamikusan követhetők, de a gyógyszerek vonatkozásában a lakosság gyógyszer szükségletét, a tényleges gyógyszerfelhasználást, az orvosok gyógyszerrendelési szokásait tükrözõ adatok nem álltak sem az egészségügyi kormányzat, sem az EP rendelkezésére a korábbi években.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár feladata és felelõssége a gyógyszerek tb. támogatására felhasználható pénzösszeg további sorsának irányítása, a rendelkezésre álló pénz felosztása a különféle gyógyszerek támogatására a biztosítottak érdekei, a lakosság morbiditási adatai és számtalan egyéb tényezõ figyelembe vételével. Az EP által a gyógyszerek tb. támogatására évente felhasználható pénzösszegek nagyságát az adott idõszakra érvényes költségvetési törvény szabályozza.

A támogatási összegek emelkedése ellenére a gyógyszerek betegterítési díja nem csökkent, hanem lényegesen emelkedett. A gyógyszerek magas gyártási és forgalmazási költségeit jelentõs mértékben emelte az infláció, a termékbõvülés (hatékonyabb, de drágább készítmények kerültek forgalomba), valamint a gyártási technológia változása is. A fentiek összegzéseként elmondható, hogy *az EP feladata a lakosság gyógyszerterheinek mérséklését célzó intézkedések meghozatala.*

A gyógyszerek tb. támogatásának felhasználása pontosan definiált feltételek és szabályok figyelembevételével történik. A gyógyszergyárak az Országos Gyógyszerészeti Intézet engedélyének birtokában az adott készítmény elkészített árkalkulációjával fordulhatnak az OEP-hez, kérve a tb. által támogatott gyógyszerek körébe történõ befogadást. A besorolásra és a támogatás mértékére szakértõi bizottság tesz javaslatot. A döntés joga 1997. január 1-jétõl a népjóléti minisztert illeti meg. A kiemelten támogatott gyógyszerek közül a közgyógyellátás terhére térítésmentesen felírható gyógyszerek körét a Népjóléti Minisztérium szakértõi határozzák meg.

A gyógyszerátogatás lehetõségeinek folyamatos szûkítése az OEP elkerülhetetlen feladatává tette a gyógyszerpiac, a gyógyszerforgalmazás és -felhasználás tervezhetõségének és ellenõrizhetõségének megszervezését. Szükségessé vált a biztosítottak gyógyszerfelhasználásának, az orvosok vényírási szokásainak, a gyógyszertárak gyógyszerforgalmazásának pontos és összehasonlítható, elemezhetõ megismerése és a morbiditási adatokkal való összevetése.

A gyógyszertárak elszámolásának rendszere és elemzése

A gyógyszertárak az igényelt és felhasznált tb. támogatás összegével havonként kötelesek az EP-nek elszá-

molni a szerződésben meghatározott feltételek szerint. Az elszámolás adatait kötelesek számítógépes adathordozón is szolgáltatni. Az adatok tartalmazzák a gyógyszertár pénzügyi (forgalmi) tervének mutatóit, a tárgyidõszakban forgalmazott gyógyszerek azonosító adatait, teljes árát, a tb. támogatás összegét stb.

Az EP feladata a támogatás felhasználásának ellenõrzése is. Ennek érdekében szükséges volt olyan számítógépes program létrehozása, amely a szolgáltatott adatok révén végre tervezhetõvé, folyamatosan elemezhetõvé és ezáltal áttekinthetõvé teszi a gyógyszerpiacot, a forgalmazást és a gyógyszerfelhasználást.

A Bács-Kiskun megyei EP munkatársai az általuk kidolgozott vényelemzõ programot az OEP szervezésével és irányításával 1995-ben valamennyi MEP részére telepítették. A kecskeméti vényelemzõ rendszer (KEVER) az egy megyében mûködõ gyógyszertárak egy-egy havi adatszolgáltatásának elemzésére alkalmas, de õnmagában nem használható országos összehasonlítható vizsgálatokra, elemzésekre. A MEP-ek által havonként szolgáltatott adatok átfogó elemzése céljából változatlanul szükséges egy országos – valamennyi MEP adatait tartalmazó – vényelemzõ rendszer mûködtetése.

A számítógépes vényelemzés bevezetését és kiterjedt alkalmazását megelõzõen mind az orvosi munka, mind a gyógyszerészeti tevékenység számos területét át kellett szervezni, hogy számítógépes programok segítségével azok elemezhetõk, összehasonlíthatók legyenek. A szükséges munkaszervezési, adatszolgáltatási változások rendszerét 1995-ben jogszabályok pontosították és tették kötelezõvé valamennyi tb. támogatással gyógyszert rendelõ orvos és gyógyszer kiszolgáló gyógyszerész részére. A legfontosabb változások:

1. Olyan új vények alkalmazása, melyek adatai számítógépes feldolgozásra alkalmasak.
2. A vényeken megnevezett betegek (biztosítottak) azonosítása céljából a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ) feltüntetésé.
3. Kötelezõ a tb. támogatással gyógyszert rendelõ (a tb.-vel szerzõdött) orvosok részére a vények pontos és olvasható kitöltése.
4. A tb. támogatással gyógyszert kiszolgáló gyógyszerészeket szintén jogszabály kötelezi arra, hogy a vények meghatározott adatait számítógépen rögzítsék.
5. Az adatok számítógépes elemezhetõsége érdekében szükséges volt egy, az egész országra és valamennyi tb. támogatott gyógyszerre kiterjedõ egységes gyógyszerkódrendszer kidolgozása. Egy kód csak egy gyógyszerhez tarthat.
6. A gyógyszertárak havi adatszolgáltatásának elemzése megynként szükséges volt a személyi és tárgyi feltételek biztosítása.

Az OEP valamennyi MEP-re telepített számítógépet, és megszervezte a vényelemzõ program beüzemelését, az elemzéssel foglalkozó munkatársak továbbképzését.

A gyógyszertárak havi adatszolgáltatásának elemzése a KEVER rendszerben az alábbi módon történik:

- a) A számítógépes adathordozókon tárolt havi pénzforgalmi adatokat az írásban is mellékelt elszámolásokkal õsz-

szetetik, elemezik és a gyógyszerár tárgy-havi forgalmi terével összehasonlítva az adatok függvényében történik a gyógyszerárral a havi elszámolás.

b) Ugyancsak a fenti floppy tartalmazza a gyógyszer-ár tárgy-hónapra vonatkozó gyógyszerforgalmi adatait. A floppyk adattartalmának ellenőrzését követően a KEVER-ben rögzített adatok gyógyszerárként elemezhetők. *Vizsgálat tárgyát képezik:*

- a gyógyszerár azonosító adatai;
- a tárgy-hónapban forgalmazott gyógyszerek mennyisége;
- az elszámolt tb. támogatás összege;
- a tb. támogatás elszámolás megfelelése gyógyszerenkénti bontásban;
- a jogszabályban előírt vényadatok rögzítésének megfelelése;
- a kiszolgált gyógyszer mennyiségének összevetése a támogatás összegével, továbbá, hogy
- van-e szabályellenes gyógyszerkiszolgálásra vagy elszámolásra utaló adat?

Az elemzés során hibásnak tűnő vények adatai a program segítségével megjeleníthetők és tovább vizsgálhatók.

Valamennyi – megyén belüli – gyógyszerár adatának rögzítését követően az *adott megyére vonatkozó* tárgy-havi összesített adatokat elemzik. Ennek során vizsgálható:

- a vényt író orvosok száma;
- az összes vények száma;
- az egy orvos által felírt vények száma;
- az egy orvos által felírt valamennyi gyógyszer, gyógyszerenként a beteg TAJ-számát, a gyógyszert kiadó patikát, az expedialó gyógyszerészt és az összesen utalt tb. támogatást is megjelenítve;
- az egy TAJ-számhoz kapcsolódó gyógyszerek mennyisége és tb. támogatása, a felíró orvos azonosítója és a kiadó gyógyszerár azonosítója;
- az egy TAJ-számhoz kapcsolódó, különleges jogcímen támogatott (pl. közgyógyellátás) gyógyszerek mennyisége, a felíró orvos és a kiadó gyógyszerár adatai;
- az egy gyógyszerár által kiadott valamennyi gyógyszer mennyisége, tb. támogatása, a felíró orvos és a kiadó gyógyszerész adatai, a kiadás időpontja.

Ezen felül *nagyságrend szerinti TOP listán* vizsgálható:

- valamennyi orvos neve és azonosítója szerint az általa vényeken utalt tb. támogatás;
- valamennyi TAJ-számhoz tartozó gyógyszer-mennyiség és tb. támogatás;
- a gyógyszerek sorrendje a tárgyidőszakban fogyott mennyiség és tb. támogatás összege szerint, stb.

A tételes gyógyszerári elemzéseket követően valamennyi MEP az adatokat az OEP-hez továbbítja országos elemzések céljából.

A gyógyszerforgalom fentiekben ismertetett számítógépes elemzése megváltoztatta az adatok hozzáférhetőségét. Az OEP a MEP-ek adatszolgáltatásai révén országosan, megyénként és tételesen is összehasonlítható információk birtokába került, de jelenlegi formájában ez az elemzés nem küszöböli ki a vények manuális ellenőrzését. Csak a gyógyszerész által számítógépen rögzített adatok jelennek meg a programban, a vény képe nem lát-

ható, így a számítógépes adatok valóságtartalmának ellenőrzése csak a vények tételes megtekintésével lehetséges.

Néhány fővárosi és pest megyei vényelemzési adat és tapasztalat

Budapest és Pest megye helyzete sok vonatkozásban speciális, mert itt dolgozik az ország területén nyilvántartott orvosok fele, itt él a teljes lakosság csaknem harmada és itt működik a gyógyszerárak kb. egynegyede is. A KEVER program telepítése a Fővárosba 1995. novemberben történt.

Az alábbiakban a Fővárosi és Pest Megyei EP illetékességi területén végzett számítógépes vényelemzési tevékenység néhány említésre méltó eredményét, tapasztalatát ismertetjük.

A nyilvántartott orvosok száma a Fővárosban és Pest megyében 1994. december 31-én 19 277 fő, 1996. december 31-én 20 600 fő, országosan pedig 1996. december 31-én 44 000 fő volt. Budapest és Pest megye népességének száma a 1996. január 1-jén 2 891 858 fő, az ország lakóinak száma 10 212 300 fő volt. Az egy lakosra jutó gyógyszerek tb. támogatása 1996-ban országosan 7050 Ft, Budapesten és Pest megyében 9413 Ft volt.

A Fővárosban és Pest megyében a gyógyszerfinanszírozásra fordított tb. támogatás összege 1990-ben 6,6 milliárd Ft, 1996-ban 27,2 milliárd Ft volt. Megfigyelhető, hogy a pénzüsszeg nagysága 7 év alatt megnégyszereződött. A biztosítottak terhei ennél nagyobb mértékben növekedtek, mert a tb. támogatás emelkedése évről évre elmaradt az árszínvonal emelkedés mértékétől.

A vényt író orvosok és a gyógyszerárak kötelező adatszolgáltatása 1996. március 1-jétől tette lehetővé, hogy vizsgálatainkat a KEVER program alkalmazásával szélesebb körben is megkezdhesük. A már felsorolt szempontok szerint végzett számítógépes elemzésekkel sok új információ birtokába jutottunk. Mód nyílt arra, hogy havonta és folyamatában kövessük az illetékességi területünkön vényt író orvosok által utalt havi tb. támogatás teljes összegének alakulását.

1996. márciusban 1 737 556 796 Ft, 1996. decemberben 2 558 556 519 Ft volt a gyógyszerár-támogatásra utalt pénzüsszeg illetékességi területünkön; az egy orvos által havonta átlagosan utalt tb. támogatás összege 87 963 – 127 888 Ft között változott és márciustól decemberig emelkedett.

Az elemző program lehetőséget adott arra is, hogy a vizsgált időszakban az egy orvos által ténylegesen felírt vények számát, a rendelt gyógyszer mennyiségét és az utalt tb. támogatás összegét orvosonként és több orvost összehasonlítva TOP listán is ellenőrizzük.

A számítógépes program segítségével tételesen is elemeztük az egy-egy orvos által a vizsgált hónapban rendelt valamennyi gyógyszert. Ez a vizsgálat pontos képet ad az orvosok gyógyítási, gyógyszerrendelési szokásairól. Tételesen vizsgáltuk a program segítségével az is, hogy egy orvos egy hónap alatt hány beteg részére, hány TAJ-számmal írt fel vényt, egy-egy beteg részére hány vényen rendelt gyógyszert tb. támogatással.

A fenti adatok más megközelítésben is értékelhetők. Megjeleníthető pl. az is, hogy egy beteg részére hány orvos rendel gyógyszert, milyen készítményt és milyen mértékű tb. támogatással. A TAJ-szám segítségével kigyűjtve elemeztük a biztosítottak által havonként igénybe vett tb. támogatás összegét. Az egy biztosított által átlagosan igénybe vett támogatás összege 1996. március és december hónapokban 2343 és 3019 Ft között változik, márciustól decemberig folyamatosan emelkedik.

A különleges, kiemelt jogcímen, magasabb tb. támogatást élvező gyógyszerek körének vizsgálata is lehetséges.

A közgyógyellátásra jogosult biztosítottak által havonként igénybe vett tb. támogatás összegének alakulását is elemeztük. Az egy közgyógyellátott beteg által átlagosan igénybe vett tb. támogatás 1996-ban 4000 Ft/hó feletti összeg volt.

A fentiekben a teljesség igénye nélkül csak néhány területet mutattunk be a számítógépes vényadatelemzés és -ellenőrzés igen széleskörű lehetőségei közül.

Az orvosok feladatai és felelőssége a gyógyszerellátásban

Az utóbbi években a gyógyszerforgalmazáshoz hasonlóan megváltoztak a gyógyszerrendelés feltételei is. 1995. március 1-jét követően az új jogszabályok mind a tb. támogatott, mind a támogatás igénybevétele nélküli gyógyszerrendelést szigorú feltételekhez kötötték.

A jogszabály szerint támogatás nélkül, teljes áron „gyógyszer rendelésre jogosult minden orvos és fogorvos, aki orvosi diplomához kötött tevékenység folytatására jogosult és a külön jogszabályban meghatározott gyógyszerrendelésre jogosító bélyegzővel rendelkezik”. Tb. támogatással az orvosok szűkebb köre rendelhet gyógyszert a vonatkozó jogszabályban pontosan meghatározott feltételek szerint.

A gyógyító orvos gyógyszerrendelési felelőssége igen széleskörű; a fent említettek betartása tulajdonképpen a pénzügyi, finanszírozási szempontokat, valamint az ellenőrizhetőséget helyezi előtérbe.

A gyógyításban, a mindennapi betegellátásban dolgozó orvosok egyre nagyobb része látja be, hogy az eddig leírt valamennyi változás célja a gyógyszerellátás racionalizálása. Az orvosok egyre szélesebb rétege számára a számítógép a mindennapi betegellátásban is „munkatárs” lett. A kollégák szükségesnek tartják és napi szinten igénylik az EP-vel való kapcsolattartást, a kölcsönös és folyamatos informálást. Felismerték, hogy a betegek ellátásához nélkülözhetetlen gyógyszerek tb. támogatása összehatárokhoz kötött. Egyetértenek a gazdaságossági szempontok figyelembe vételével a gyógyszerrendelésben, és szorgalmazták általános érvényesítésüket.

Az orvosok vényírási felelőssége összetett. A beteg ember gyógyítása a legfontosabb feladat, de az EP előírásait is kénytelenek betartani a gyógyszerrendelés kapcsán.

Az orvosok többsége az ellenőrzés során valósággal „rácsodálkozott” az adott hónapban általa felírt gyógyszerek jegyüket tartalmazó számítógépes adatlapra. Ez mint

egy „tükör”, megmutatta a gyógyító orvosoknak, hogy milyenek a vényírási, gyógyszerrendelési szokásaik, egy-egy gyógyszert milyen gyakran rendelnek, drágább vagy olcsóbb készítményeket preferálnak-e, és azok valóban a leginkább hatékony gyógyszerek-e?

Az elmúlt évben több orvosi munkacsoport tagjai keresték fel pénztárunkat saját gyógyszerrendelésük megismerése céljából.

A beteg felelőssége saját gyógyszeres kezelésében, gyógyszerfelhasználásában

A már sokszor említett jogszabályok különösen 1995. március 1-jét követően kihangsúlyozták a betegek, a biztosítottak személyes felelősségét is a gyógyszerek tb. támogatásának igénybevitelében. Ugyanis az EP, mint a tb. támogatást „fizető” fél, jogosult a támogatást indokolatlanul felhasználók felelősségre vonására, a jogtalanul igénybe vett támogatás visszafizettetésére.

A tb. támogatás jogosulatlan felhasználásának tekinthető, ha azt nem biztosított személy veszi igénybe, vagy a vényre támogatással felírt készítményeket pl. állatgyógyászati célra használják. A számítógépes vényelemzések során sajnos több esetben találtunk a vényt kiváltó személyek visszaélésére utaló adatokat, és nem egy esetben a rendőrségi vizsgálat is vényhamisítást igazolt.

Sajnos a közgyógyellátásra jogosult betegek körében közismert, hogy a saját közgyógyellátásra jogosító igazolványukra „szívésségből” környezetük részére is felirathatnak gyógyszereket kiemelt támogatással és ezt meg is teszik.

Az állam feladatvállalása a gyógyszerellátásban

A gyógyszerárakat és térítési díjakat bemutató adatok a betegek, a rászorultak egyre növekvő áldozatvállalását igazolják. A beteg ember kiszolgáltatottságának csökkentése, a rászorultak gyógyuláshoz, gyógyszerekhez történő hozzájutásának biztosítása nemcsak az EP feladata. Az állam felelőssége az egészség megőrzésében, a betegség megelőzésében és a gyógyításban nem hanyagolható el.

Az egyes társadalmi szervezetek, az önkormányzatok, az egészségügyi szolgáltatók és egyéb állami szervek feladatkörét a szociális és egészségügyi ellátások vonatkozásában törvény szabályozza.

Tartós betegség, folyamatos, meghatározott összeghatár feletti kiadást jelentő gyógyszer-szükséglet vagy a jogszabályban meghatározott egyéb esetekben közgyógyellátás jogcímén is igénybe vehető támogatás a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök beszerzéséhez.

A szociális ellátásokat szabályozó törvény, valamint az önkormányzatok működését meghatározó jogszabályok lehetőséget biztosítanak a rászorulóknak különféle segélyezésére. Szinte valamennyi település rendszeresen gondoskodik segélyekkel a gyógyszereiket kiváltani nem tudó betegekről.

Az állam feladata a gyógyszergyártás, -forgalmazás,

-felhasználás és -finanszírozás jogi szabályozása, országos szintű szervezése és összehangolása, amely meghatározza a gyógyszerpiac valamennyi szereplőjének működési feltételeit is.

Következtetések

A bemutatott számítógépes vényelemzés a gyógyszerfelhasználás ellenőrzésének, tervezhetőségének új fejezetét nyitotta meg. Az eseti, szűrőpróbaszerű vizsgálatok helyett lehetővé vált a gyógyszerfelhasználás teljes körű áttekintése, feltérképezése.

A számítógépes vizsgálatok segítségével már nem csak a forgalmazott, hanem a betegek által ténylegesen megvásárolt készítmények mennyiségéről, típusairól is nyerhetők adatok. A fenti vizsgálatok által azonban csak a vényre kiadott gyógyszerek adatai ismerhetők meg, és semmiféle információt nem szolgáltatnak a vény nélkül vásárolható készítmények felhasználásáról. A lakosság tényleges, teljes körű gyógyszerfogyasztásáról nem adnak képet.

A számítógépes vényelemzés nagy előnye, hogy a gyógyszerfelhasználást folyamatában szemlélteti. Mód nyílik arra is, hogy a gyógyszer mennyiségek és támogatási összegek, azaz a számsorok mellett a tételes, termékenkénti felhasználást is vizsgáljuk.

A gyógyszer típusonkénti fogyasztás ismerete nélkülözhetetlen eleme a piac és ezen belül a támogatási rendszer tervszerű irányításának.

A havonként végzett vizsgálataink tételesen is igazolták, hogy az orvosok egyre inkább odafigyelnek a felírt gyógyszer típusára, mennyiségére és árára.

A betegek által „irányított” gyógyszerrendelés az EP érdekeivel gyakran ellentétes. A nagyobb mennyiségű,

nem mindig megfelelő hatékonyságú gyógyszerelés az orvosi munka gyakoribb ellenőrzését teszi szükségessé, mely viszont sokszor a beteg „akaratával” fordítja szembe az orvost. Ez a beteg-orvos, orvos-EP érdekellentét csak akkor oldható fel, ha az orvos ragaszkodik a szakmailag korrekt gyógyszeres kezeléshez.

A számítógépes elemzés során csak a rendszerben megjelenített adatok vizsgálhatók. Az elemzési eredmények hitelességének feltétele a pontos orvosi és gyógyszerészeti adatszolgáltatás. A vényadatok folyamatos és teljes körű hozzáférhetőségének fegyelmező, szabályozó hatása nyomon követhető az elemzési adatokban is. Az egészségügyi ellátások és a gyógyszerfelhasználás folyamatos és összehangolt ellenőrzése lehetővé teszi az egyre rosszabbodó morbiditási adatok mellett a költségráfordítás keretek között tartását.

A jelenlegi gazdasági feltételek ismeretében a lakosság – és elsősorban a biztosítottak – szélesebb körű és színvonalasabb egészségügyi ellátása csak az EP rendelkezésre álló pénzeszközök irányított és racionális felhasználásával biztosítható.

A teljes körű gyógyszerfogyasztás felmérése és folyamatos figyelemmel kísérése nemcsak a társadalom mentálhigiénéjéhez kell alapinformációként. A tb. támogatás piacbefolyásoló hatására, az egészségügy ezen integráns részének helyére, szerepére vonatkozó – a közhiedelemmel szemben – bizonyító erejű, valós adatok birtokában a politikai és szociálpolitikai döntések is egzakttá válhatnak.

CONSULTATION IN MATTERS OF DRUG V. PART.

E. Kurkó, M. Faradzsz-zade, G. Asztalos, I. Bognár and M. Saliga: *Drug supply and supervision.*

Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, Damjanich u. 48. – 1074

- Könyvelés
- Adótanácsadás
- Auditálás
- Könyvvizsgálat
- Bevallások készítése
- Bérszámfejtés
- Tb. ügyintézés
- APEH és Tb. előtti képviselőt Budapesten és Pest megyében

Telefon:
06 (30) 717-482
Bartos Gyula

Munkajogi tanácsadó III. rész

Dr. Sándor István

A munkaviszony

Ha egy jogszabály esetén lehet egyáltalán ilyen szót használni, úgy a Munka Törvénykönyvének az itt következő része a legizgalmasabb. (Az csupán véletlen, hogy a sorozat harmadik darabja kezdi el tárgyalni az MT III. részét, tehát nem az e számban megjelenő ismertetésre vonatkoztatva ígérek izgalmat, hanem úgy általában az elkövetkezőkre.)

Mindjárt emlékeztetni szeretnék a munkaviszonyra vonatkozó szabályokkal kapcsolatban az előző részben írtakra. Eszerint a kollektív szerződés, illetve a felek megállapodása a törvény harmadik részében meghatározott szabályoktól – ha e törvény másképp nem rendelkezik – eltérhet, de ennek feltétele, hogy a munkavállalóra kedvezőbb feltételt állapítson meg. A törvény egyébként minden esetben *expressis verbis* meghatározza azokat az eseteket, amikor az eltérés kizárt. Ahol tehát azzal a fordulattal találkozunk, hogy a „... rendelkezésektől érvényesen eltérni nem lehet”, ott csak a törvény rendelkezéseit lehet alkalmazni.

A munkaviszony alanyai

A munkaviszony alanyai: a munkáltató és a munkavállaló. *Munkavállaló*-ként munkaviszonyba – ha e törvény eltérően nem rendelkezik (kivételt nem tesz) – az léphet, aki a tankötelezettségét teljesítette. A kivételt a törvény az alábbiak szerint fogalmazza meg:

Munkaviszonyt létesíthet a tizenötödik életévét betöltött

a) tanuló, ha tankötelezettségét a felnőttek iskolai rendszerű oktatásában, vagy iskolarendszeren kívüli oktatásban való részvétellel teljesíti;

b) az alap- illetve középfokú nevelési-oktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató tanuló az iskolai szünet alatt, továbbá

c) az a személy, akinek tankötelezettsége felmentés folytán megszűnt.

Korlátozottan cselekvőképés személy a törvényes képviselőjének hozzájárulása nélkül is létesíthet munkaviszonyt, ha a tizenhatodik életévét betöltötte. A tizenhat éves aluli fiatalok munkaviszonyba lépéséhez azonban szükséges a törvényes képviselőjének a hozzájárulása is. A munkaviszony szempontjából fiatalok az a munkavállaló, aki tizennyolcadik életévét még nem töltötte be.

A munkavállalóként történő munkaviszony létesítés előbb említett szabályaitól érvényesen eltérni nem lehet.

A fenti rendelkezések megértéséhez, alkalmazásához, úgy érzem, szükséges néhány magyarázat is.

Először is a törvény nem elsősorban életkorhoz köti a munkavállalóként történő munkába lépést, hanem a tan-

kötelezettség teljesítéséhez, azaz az általános iskola (ill. az ennek megfelelő 4 + 4 osztály stb.) elvégzéséhez. Másodszor a korlátozottan cselekvőképés személy sem kizárólag kiskorú személy lehet. A Polgári Törvénykönyv szerint korlátozottan cselekvőképés az a kiskorú (tizennyolcadik életévét még be nem töltött személy), aki a tizennegyedik életévét már betöltötte és nem cselekvőképtelen, illetve az a nagykorú (tizennyolcadik életévét betöltött) személy, akit a bíróság cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezett. [A cselekvőképesség a jogban mindig „mentális” szempontot jelent, azaz az ügyek vitelehez szükséges belátási képességét, illetve annak fokát, és nem a fizikai (mozgás) korlátozottsággal van összefüggésben.] Ennek megfelelően különbözteti meg a polgári jog a kiskorúakon belül a tizennégy éven aluliakat mint cselekvőképteleneket, illetve a tizennégy és tizennyolc közöttieket, mint korlátozottan cselekvőképéseket. Ez utóbbiak tekintendők a munkajog szempontjából *fiatalkorúaknak*, és ugyanakkor korlátozottan cselekvőképésűeknek is. Az ő esetükben, ha még nem töltötték be a 16. életévüket, a törvényes képviselő hozzájárulása is kell a munkaviszonyba lépéshez; és az ő esetükben kell alkalmazni azokat a szabályokat, amelyek a fiatalokkorúakra vonatkozó eltérő (védelmüket szolgáló) rendelkezéseket tartalmaznak. Egyébként a korlátozottan cselekvőképésűek és a fiatalokkorúak nem egymást fedő fogalmak.

Munkáltató az lehet, aki jogképes. A jogképeség sem a munkajog, hanem a polgári jog kategóriája, és általánosságban semmivel sem jelent többet, mint hogy egy természetes személynek (embernek) vagy jogi személynek, sőt – hogy még jobban cifrázzuk – jogi személyiséggel nem rendelkező (gazdasági) társaságnak jogai és kötelezettségei lehetnek (a reájuk irányadó jogszabályok keretei között).

Sürgősen meg kell azt is jegyezni, hogy a jogképeség nem azonos a cselekvőképességgel! Hogy a legabszurdabbal próbáljuk ezt megvilágítani: az ember jogképesége – élve születés esetén – a fogantatás pillanatától kezdődik. Azt meg talán magyarázni sem kell, hogy az embrió cselekvőképessége (ügyeinek vitelehez szükséges belátási képessége) teljesen hiányzik. Ennek ellenére a vagyoni viszonyok alanya lehet, például tulajdont szerezhet, mert leszármazóként örökölt. Természetes, hogy a vagyonnal való rendelkezéshez a cselekvőképessége hiányzik, és azzal kapcsolatban helyette (de a nevében és a javára) a törvényes képviselője (itt meghatározott esetekben az is csak a gyámhatóság hozzájárulásával) jár el.

Itt mindjárt szembetaláljuk magunkat azzal a problémával, hogy a tulajdonos és a munkáltató mint fogalom-pár (ha egyáltalán lehet fogalom-párról beszélni), hogyan kapcsolódik egymáshoz. Talán a legegyszerűbb, ha úgy próbáljuk megközelíteni a kérdést, hogy mindjárt katego-

rikusan kizárjuk a kapcsolatot, mondván, hogy a tulajdonos nem feltétlenül azonos a munkáltatóval. Ahhoz, hogy munkáltató legyen valaki, nem kell tulajdonosnak lennie, de még csak vállalkozónak sem. [A háztartási alkalmazott munkavállaló, az őt foglalkoztató (munkáltató) pedig olyan személy is lehet, aki „vagyonatlan” köztisztviselő, vagy szebben kifejezve biztos, hogy nem (egyéni) vállalkozó.]

Az egyéni vállalkozó a saját vállalkozásának tulajdonosa, és mivel a reá irányadó jogszabály (konkrétabban törvény) lehetővé teszi, hogy alkalmazottakat foglalkoztasson, azaz munkavállalókkal munkaviszonyt létesítsen, így munkáltató is „egyszemélyben”. Az idézőjel azt hivatott jelezni, hogy az sem kizárt, ha valamelyik munkavállalójára ruházza át a munkáltatói jogokat. Ha nagyon precízek akarunk lenni, úgy a „vállalkozás” lesz a munkáltató, és az egyéni vállalkozó (vagy az általa feljogosított más személy) a munkáltatói jog gyakorlója. Az úgynevezett társas vállalkozások esetében (és itt most nem csak a társadalombiztosítási ellátásokról szóló 1997. évi LXXX. törvény szűkített fogalmára gondolok, hanem az összes gazdasági társaságra), illetve egyéb gazdálkodó szervezeteknél, továbbá jogi személyeknél a munkáltató maga a szervezet, amelyik a reá irányadó jogszabályok keretei között rendelkezik munkajogi jogképességgel. Így a betéti társaság a gazdasági társaságoknál szóló 1997. évi CXLIV. törvény (a továbbiakban: Gt) rendelkezéseinek keretei között rendelkezve jogképességgel munkáltató lesz, míg a társaság tagjai, akik a társaság tulajdonosai, ilyen jogképességgel külön-külön nem rendelkeznek. A munkáltatói jog gyakorlására pedig az „üzletvezetésre” jogosult(ak) nyer(nek) kizárólagos felhatalmazást.

A fentiek alapján talán megérthető, hogy a munkáltatói jog gyakorlója mindig valamilyen természetes személy [vagy ha jogszabály erre testületi szervet (taggyűlés, igazgatóság) jelöl meg úgy az], aki ezt a jogot a munkáltató (szervezet, társaság, egyén) nevében gyakorolja. (Egyszemélyes vállalkozások esetében ez egybe is eshet, de általában a kettő elkülönül egymástól.) Amikor a továbbiakban „munkáltató” kerül említésre, eltekintünk attól, hogy ténylegesen ki a munkáltatói jog gyakorlója.

Az MT is alkalmazza a fentiek szerinti megkülönböztetést, amikor kimondja, hogy a munkáltató köteles a munkavállalóval közölni, hogy a munkaviszonyból eredő munkáltatói jogokat és kötelezettségeket (munkáltatói jogkört) mely szerv vagy személy gyakorolja, illetve teljesíti. Ha a munkáltatói jogkört nem az arra jogosított szerv illetőleg személy gyakorolta, eljárása érvénytelen, kivéve, ha a munkavállaló a körülményekből alappal következtethetett az eljáró személy (szerv) jogosultságára.

Az előbbieken meghatározott rendelkezésektől érvényesen eltérni nem lehet.

Közfoglalmú gyógyszerészre lefordítva az előzőekben írtakat, a személyi jog jogosultját kell a munkáltatónak tekinteni, ha a gyógyszerészt „egyéni” vállalkozóval azonos jogállás alapján működteti, és így a munkáltatói jogkör gyakorlójának is őt kell tekinteni. Azonban még itt is előfordulhat, hogy a munkáltatói jogkört valamelyik, gyógyszerész vezetőjére jogosult munkatárs fogja gyakorolni

a személyi jog jogosultjának akadályoztatása (pl. betegség) esetén. Ezt azonban a gyógyszerész egyéb munkavállalóival közölni kell. (A leghelyesebb, ha ez a – később tárgyalandó – munkaszerződésben avagy munkaköri leírásban írásban kerül rögzítésre.)

A betéti társaság formájában működtetett gyógyszerész esetében a munkáltató a Bt., míg a munkáltatói jogkör gyakorlója az üzletvezetéssel megbízott (megválasztott) tag, vagy ha több üzletvezetőt választanak, úgy az(ok) a tag(ok), aki(ke)t erre feljogosítottak kizárólagosan. Itt jegyzendő meg, hogy az üzletvezetésre jogosult tag(ok) a Bt. vezető tisztségviselői, és az ebben a minőségükben tett intézkedésekkel kapcsolatban a Bt. tagjai (tulajdonosai) nem utasíthatják ő(ke)t. Ez vonatkozik a munkáltatói jog gyakorlására is.

Bár e sorozat a munkajogi szabályokat hivatott elsősorban megismertetni, ennél a résznél mégis szükséges a Munka Törvénykönyvén kívül egyéb más jogszabályokra is hivatkozni, így elsősorban a már korábban is említett gazdasági társaságokról szóló 1997. évi CXLIV. törvényre. Ez a jogképességgel kapcsolatban egyértelműen kimondja, hogy a gazdasági társaság – mind a jogi személyiség nélküli gazdasági társaság (a közkereseti és a betéti társaság), mind pedig a jogi személyiségű gazdasági társaság (a közös vállalat, a korlátolt felelősségű társaság és a részvénytársaság) – saját cégneve alatt jogképes, jogokat szerezhet és kötelezettségeket vállalhat, így különösen tulajdont szerezhet, szerződést köthet, pert indíthat és perelhető. Tehát munkajogi jogképessége is van, mint munkáltató jelenik meg.

A munkáltatói jogok gyakorlásával kapcsolatban pedig a GT az alábbi rendelkezéseket tartalmazza:

A gazdasági társaság munkavállalóival szemben a munkáltatói jogokat – ha a társasági szerződés eltérően nem rendelkezik – a vezető tisztségviselő gyakorolja. A társasági szerződés vagy a társaság legfőbb szervének a határozata (közkereseti és betéti társaságoknál a tagok gyűlésének; közös vállalat esetében az igazgató tanácsnak; Kft. esetében a taggyűlésnek, Rt. esetében pedig a közgyűlésnek a határozata) a munkáltatói jogok gyakorlását – több vezető tisztségviselő esetén – az egyik vezető tisztségviselőre, illetve más, a gazdasági társasággal munkaviszonyban álló személyre ruházhatja át.

A vezető tisztségviselők [közkereseti és betéti társaságnál az üzletvezetésre jogosult tag(ok), közös vállalatnál az igazgató, Kft.-nél az ügyvezető(k), Rt.-nél az igazgatóság tagjai] jogviszonyára – ha a vezető tisztséget nem munkaviszony keretében látják el – a PTK megbízási szerződésre vonatkozó szabályai megfelelően irányadók. Ez utóbbi rendelkezés tehát, ha negatívan fogalmazva is, de egyértelműen lehetővé teszi, hogy a vezető tisztség (az ügyvezetés és a képviselő) munkaviszony keretében is ellátható. Nem kizárt ugyanis, hogy a társaság tagja egyben munkavállalója is legyen a gazdasági társaságnak.

Egyébként nem kizárt, hogy a Bt. tagja munkaviszonyban álljon a Bt.-vel, a tagok ugyanis személyesen is közreműködhetnek a Bt. tevékenységében. Ilyenkor – ha az nem munkaviszony keretében történik – a társasági szerződésben kell meghatározni annak módját illetve az

azért járó díjazást, továbbá a nem, vagy nem megfelelő teljesítés esetén a felelősségrevonás/kártérítés szabályait. Ha a tag munkaviszonyt létesít a saját Bt.-jével, úgy az MT szabályait kell rá megfelelően alkalmazni. Kérdésként merülhet fel, hogy a munkáltatói jogkört gyakorló üzletvezetőnek ki lesz a munkáltatója. Másként fogalmazva, ugyanazt a munkaszerződést mindkét oldalon ugyanazon személy aláírhatja-e? A kérdés lényegében formai. Mint majd látni fogjuk az MT X. fejezetének tárgyalásakor, a vezető állású munkavállalóra vonatkozó, általánostól eltérő rendelkezések ismertetésénél, a vezető is munkavállaló, még ha sajátos helyzetben lévő is. A vezető (állású) munkavállalónak is van munkáltatója, mégpedig az a „szervezet”, amit az MT a 188. §-ában „tulajdonosként, vagy tulajdonosi jogokat gyakorló szervezetként” jelöl meg, amelynek ő a vezetője. A munkáltatói jogok gyakorlója pedig a szervezet tulajdonosa (alapítója), vagy gazdasági társaság esetében annak a legfőbb szerve. Nem helytálló tehát az a vélekedés, hogy csak abban az esetben lehet munkaviszonyban a vezető tisztségviselő, ha a társaságnak minimum kettő ügyvezető jogosultja van, és így kölcsönösen aláírhatnák egymás munkaszerződéseit. Ilyen esetben a legfőbb szerv vonatkozó határozata létesíti a munkaviszonyt, és a munkáltató jogkör gyakorlója is a legfőbb szerv lesz.

A munkaviszony alanyai című fejezetben a munkavállaló és a munkáltató meghatározása mellett még olyan további rendelkezéseket találunk, amelyek tulajdonképpen

„kakukkfiókák”. Azt szabályozzák, hogy nőt és fiatalkorút mikor nem szabad alkalmazni, illetőleg a megváltozott munkaképességű munkavállalókkal kapcsolatban hogyan kell eljárni. Igazság szerint ezek a következő fejezetbe tartoznának, a munkaviszony létesítésének szabályai közé. Ez azonban nem lehet ok arra, hogy ne idézzük őket itt és most.

Nőt és fiatalkorút nem szabad olyan munkára alkalmazni, amely testi alkatára, illetve fejlettségére tekintettel rá hátrányos következményekkel járhat. Azokat a munkaköröket, amelyekben nő vagy fiatalkorú nem, vagy csak meghatározott munkafeltételek biztosítása esetén, illetve előzetes orvosi vizsgálat alapján foglalkoztatható, jogszabály határozza meg.

Jogszabály – az Érdekegyeztető Tanács meghallgatásával – az egészség védelme céljából vagy egyébként közérdekből a munkaviszony létesítésének feltételeit, az MT rendelkezésein túlmenően is meghatározhatja, továbbá meghatározott munkakörök betöltését szakképesítéshez és gyakorlati időhöz kötheti.

A megváltozott munkaképességű munkavállalók alkalmazása, illetve foglalkoztatása tekintetében jogszabály – az Érdekegyeztető Tanács egyetértésével – eitéró szabályokat állapíthat meg.

I. Sándor: *Adviser in law of labour. III. part.*

Országos Gyógyszerészeti Intézet, Budapest, Zrínyi u. 3. – 1051

Gyógyszerészek nyomában...

RICHTER GEDEON

(1872–1944)

1872. szeptember 23-án született Ecséden. Iskolái elvégzése után budapesti gyógyszertárakban volt gyakornok. 1895-ben szerezte meg Budapesten a gyógyszerészi oklevelét. 1897-től külföldön tett tanulmányutakat. Útja során elsősorban az organoterápiás készítmények, azok gyártása keltette fel az érdeklődését. 1901-ben, hazatérése után Budapesten az Üllői úton levő Sas gyógyszertárat vette meg. Ennek laboratóriumában – hazánkban elsőként – kezdte el az állati szervekből előállított készítmények gyártását. Első készítményei, a Tonogen Suprarenale (mellékvese-kivonat) és a Glanduitrin (hipofizis-hátsólebeny hormon) külföldön is ismertek és keresettek voltak. Készítményei sikere arra ösztönözte, hogy az üzemet fejlesztve korszerű gyárat építsen. 1906-ban Budapesten a Cserkesz utcában épült fel a gyár, s 1907-ben kezdte meg a munkát. Richter kiváló szervezőképességét jól bizonyítja, hogy az általa megkezdett úton haladva a gyár a tudományos haladásnak megfelelően fejlődött. A Richter Gedeon-készítmények világszerte ismertté váltak, külföldön leányvállalatok is létesültek. Készítményei ma is gyógyszerkincsünket gazdagítják. Élete tragikusan ért véget. 1944 decemberében a nyilasok kivégezték.

(Gyógyszerészettörténeti naptár – '98. június
Solvay Pharma Kft. kiadása)

Patikusról – a gyógyszerár definíciójához kapcsolódó néhány kérdéssel

Hankó Zoltán

A gyógyszerár – a gyógyszerárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény megfogalmazása szerint – „a gyógyszerellátásra irányuló egészségügyi szolgáltató – ideértve a gyógyszer-kiskereskedelmet is – tevékenységet végző egészségügyi intézmény”. A törvény szerint a közforgalmú gyógyszerár elsődlegesen a beteg emberek közvetlen és teljes körű, a közforgalmú gyógyszerár részeként működő fiókgyógyszerár pedig a beteg emberek közvetlen gyógyszerellátását biztosító intézmény. A kézi gyógyszerár a háziorvos és az állatorvos gyógyító munkájához szükséges gyógyszerek „meghatározott körét szolgáltató ellátási forma”, míg az intézeti gyógyszerár a fekvőbeteg-gyógyintézet (illetve az állategészségügyi intézmény) részeként létrehozott, annak működéséhez szükséges „teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmény”. Az elmúlt években bekövetkezett változások miatt ezeket a megfogalmazásokat célszerű megvizsgálni, és olyan definíciók megalkotására törekedni, amelyek időtálló módon harmonizálnak az egyéb jogszabályokkal és a gyógyszerárral szemben támasztott követelményekkel. Az elemzés amiatt is indokolt, mert a mintegy 2000 közforgalmú gyógyszerár mellett kb. 500 fiók- és 300-nál is több kézi gyógyszerár létezik, sőt a hozzávetőleg 130 intézeti gyógyszerár részeként negyvennél alig kevesebb járóbeteg-ellátó intézeti gyógyszerári részleg is működik.

A gyógyszerári törvény azon megfogalmazása, hogy a gyógyszerár egészségügyi intézmény, a nemzeti hagyományokból táplálkozik. Ugyanis pl. az 1876. évi XIV. törvény cikk 124. §-a úgy fogalmaz, hogy „a gyógyszerészet, mint közegészségi intézmény az állam felügyelete alatt áll”, az 1948. évi XXX. törvény cikk szerint pedig „a gyógyszerárak állami felügyelet alatt álló közegészségügyi intézmények; mint ilyenek az iparüzletek sorába nem tartoznak”. Az elmúlt év végén az 1997. évi CLIV. számon elfogadott, egészségügyről szóló új törvény szerint a gyógyszerár viszont már nem tekinthető egészségügyi intézménynek, ugyanis az egészségügyi intézmény „jogi személyiséggel rendelkező, valamint a fekvőbeteg szakellátást nyújtó jogi személyiséggel nem rendelkező egészségügyi szolgáltató”. Így az egyéni vállalkozásként vagy betéti társaságként működtetett közforgalmú (és fiók)gyógyszerár, továbbá a háziorvosi kézi gyógyszerár (ha az orvos ezt a gyógyszerészhez hasonló társasági formában működteti) nem egészségügyi intézmény, de az intézeti gyógyszerár is csak az egészségügyi intézmény része.

A gyógyszerellátás az egészségügyi törvény szerint az egészségügyi ellátás része, az egészségügyi ellátás pedig a „beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége”. Az embergyógyászati

gyógyszerárak tehát egészségügyi szolgáltatóknak tekintendők, ugyanis a törvény definíciója szerint az egészségügyi szolgáltató „a tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja”. A körültekintő jogalkotói munkának köszönhetően az egészségügyi szolgáltatás meghatározásakor az egészségügyi törvény külön is nevesíti „a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök” kiszolgáltatását. (Érdemes még megemlíteni, hogy a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény is egészségügyi szolgáltatónak tekinti a gyógyszerárat. Ez alapján köt szerződést a Tb. a közforgalmú gyógyszerárral a gyógyszerek támogatással történő forgalmazására.)

A változás nem érinti a gyógyszerár feladat-meghatározását. Sőt azáltal, hogy az egészségügyi törvény a gyógyszerészt egészségügyi dolgozónak, a gyógyszerek kiszolgáltatását egészségügyi szolgáltatásnak, a gyógyszerárat pedig egészségügyi szolgáltatónak nevezi, megerősíti, hogy a gyógyszerellátás az egészségügy része és mint ilyen, a szabályozás valamennyi területén sajátos elbírálást igényel. Ez amiatt is megnyugtató, mert vannak akik a gyógyszerellátás egészségügyi jellegét vitatják, és pl. a járóbeteg-gyógyszerellátást elsősorban kereskedelmi tevékenységnek tekintik. Érvelésük szerint a gyógyszer árú, mely kereskedelmi tevékenység révén kerül a beteghez. Ezt látszik igazolni a TEÁOR besorolás, amely szerint a gyógyszer, gyógyászati termék és illatszer-kiskereskedelem a kereskedelem, járműjavítás nemzetgazdasági ágban belül a kiskereskedelemhez tartozik. (Ennek a besorolásnak persze előnye is van, hiszen ez teszi lehetővé, hogy a gyógyszerári vállalkozás ÁFA-t igényelhesen vissza és ne „élvezzen” tárgyi adómentességet. De emiatt vethetnek ki az önkormányzatok iparüzési adót a gyógyszerári vállalkozásokra, sőt a Kereskedelmi és Iparkamarával folytatott tagdíj-fizetési viták is erre vezethetők vissza.)

A gyógyszerészek a járóbeteg-gyógyszerellátást nem tekintik kiskereskedelemnek, annak ellenére, hogy a gyógyszerári törvény használja ezt a kifejezést. A gyógyszerártörvény is kerüli a gyógyszer-kiskereskedelem megfogalmazást, és ahol csak lehet, „közvetlen lakossági gyógyszerellátás”-ként definiálja a közforgalmú, fiók- és kézi gyógyszerárban végzett tevékenységet. Ráadásul a gyógyszerellátást az egészségügyi szakellátások közé sorolja, és ez nemcsak az egészségügyön belüli feltétel- és feladatrendszer lehetséges változásai miatt érdemel figyelmet, hanem a gyógyszerárak és a helyi önkormányzatok közötti kapcsolatokat is új alapokra helyezheti.

Nem vitatható, hogy a gyógyszer áru, ugyanis ipari módszerekkel állítható elő és kereskedelmi körülmények között juttatható el a betegnek. Ebből fakad, hogy a gyógyszerügy különböző területei piacoshatók és az egyéni érdekesség is érvényesíthető. A gyógyszer azonban különleges áru, mert használatának (és így vásárlásának) szükségességéről a vényköteles gyógyszerek vonatkozásában nem a beteg (vásárló), hanem az orvos dönt, a vény nélküli gyógyszerek vásárlását és alkalmazását megelőzően pedig nemcsak a gyógyszer kiválasztását és használatát elősegítő, valamint a kockázatokat csökkentő információkra van szükség, hanem megfelelő (ön)diagnózisra is, melyhez a gyógyszerész segítsége és szakértelme nélkülözhetetlen. Ezt felismerve szabályozza a gyógyszerjogi törvény a gyógyszerész információs feladatait és „kapuőr” szerepét. Köz hely, de igaz, hogy a gyógyszer helytelen alkalmazása egészségkárosodást okoz, a megfelelő gyógyszeres kezelés viszont életet ment, a munkaképességet állíthatja helyre és az életminőséget javítja. A beteg optimális gyógyszerigénye meghatározható: kielégítésének elmulasztása és a túlzott gyógyszeradagolás egyaránt káros. Összegzőként tehát megállapítható, hogy a gyógyszerellátás az egészségügyi szakellátások közé sorolt, kereskedelmi körülmények között végzett egészségügyi szolgáltatás, melynek során az orvos- és gyógyszerész-szakmai szempontok prioritását, a beteg egészségi állapotának megfelelő gyógyszert és az alkalmazásához szükséges információt biztosítani kell. A gyógyszerellátás a gyógyszerjogi törvényben való megvalósulása ezért a vele szemben támasztott követelményekben és a definíciók megfogalmazása során ezeknek a szempontoknak az érvényesítése indokolt.

A gyógyszerjogi törvény szerint a közforgalmú gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmény. A megfogalmazás nem utal arra, hogy a gyógyszereken kívül egyéb termékek forgalmazására is jogosult, ugyanakkor a profilrendelet megalkotására vonatkozó törvényi felhatalmazás lehetővé teszi, hogy a gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmény a gyógyszereken kívül diagnosztikumokat (gyógyító, megelőző, diagnosztikai célú anyagokat és eszközöket) és egyéb, a törvény által nem definiált termékeket is forgalmazzon. Mivel a profilrendelet szerinti gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmény (is) forgalmazhatónak minősített termékek kiválaszthatóságát illetően nincs jogszabályban rögzített elvi útmutatás, a gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmény forgalmi körének a meghatározása az aktuális jövődolgozatok és szakpolitikai szempontok érvényesülésétől függ. Emiatt indokolt lehet, hogy ne csak a gyógyszerek kötelező gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmény forgalmazása kerüljön törvényben rögzítésre, hanem az is, hogy melyek azok a termékcsoporthoz, amelyek gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmény forgalmazása megengedhető. Ha ez meghatározásra kerül, célszerű rögzíteni, hogy gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézményben az a (gyógyászati) termék forgalmazható, melyet (egészségügyi) hatóság az egészség helyreállítása vagy megőrzése, a beteg ember életvitelének javítása illetőleg életleni folyamatok vizsgálata és befolyásolása céljából gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmény forgalmazására engedélyezett. Ennek, vagy ehhez

hasonló szempontrendszernek a deklarálása az egészségügyi szolgáltató jelleg megőrzésének lehetséges útja.

A fiókgyógyszertárak a definíció szerint nem szükséges teljes körű gyógyszerellátást biztosítania, ugyanakkor a gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézményben forgalmazható termékekről szóló hatályos NM rendelet a gyógyszerjogi törvény szerinti gyógyszerforgalmazásba tartozó termékek közül már a törzskönyvezett állatgyógyászati készítmények forgalmazását sem tiltja. A fiókgyógyszertár gyógyszerkészítő tevékenységének engedélyezése a körülményeitől és felszereltségétől függ, de ennek hiányában a rendeléskor készítendő magisztrális gyógyszerek az anyaggyógyszertárban elkészíthetők és a fiókpatikában expedíálhatók. Érdemes tehát megfontolni – főként a gyógyszerjogi törvény szerinti gyógyszer-definíciójával is összevetve –, hogy a fiókgyógyszertárral szemben is a teljes körű gyógyszerellátás követelményét támasszuk.

A gyógyszerjogi törvény szerinti kézigyógyszertár házi orvos (és házi gyermekorvos), valamint állatorvos tarthat, de a definíció erre nem utal. Ráadásul az elmúlt években az „állatorvosi kézigyógyszertár” fogalma kiüresedett, ugyanis az állategészségügyről szóló 1995. évi XCI. törvény és az ennek felhatalmazása alapján megjelent 22/1996. (VII. 9.) FM rendelet az állatgyógyászati készítmények kiskereskedelmi forgalmazását a gyógyszerjogi törvénytől eltérő engedélyezési gyakorlattal és feltételek között teszi lehetővé. Ezen előírások betartása az állatgyógyszereket forgalmazni kívánó „állatorvosoknak, gyógyszerészeknek, illetve állatorvost vagy gyógyszerészt foglalkoztató jogi személynek, vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaságnak” egyszerűbb. A kialakult kettős követelményrendszer harmonizálása gyógyszerbiztonsági szempontok miatt is időszerű. Ha ennek során az állatgyógyászati kézigyógyszertár fogalma megmarad, érdemes megfontolni annak állategészségügyi szolgáltatóként való definiálását.

Az intézeti gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmények részének tekinti, ma már viszont napirenden van funkcionális vagy valódi privatizálásuk. Ráadásul az intézeti gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmények járóbeteg-ellátó tevékenysége a gyógyszerjogi törvény által is megerősítve legalizálódik, és az intézeti gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmények ezen részlegei a lakossági gyógyszerforgalom egyre növekvő hányadát bonyolítják anélkül, hogy a közforgalmú gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézményekkel a szakmai, jogi és gazdasági harmonizációra (vagy a harmonizáció szükségességének deklarálására) sor került volna. Anélkül, hogy az ehhez kapcsolódó szakmai vitában most állást foglalnánk, úgy vélem, hogy az intézeti gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézmények meghatározása ebből a szempontból is felülvizsgálatra szorulhat. Ennek során az egyéb termékek forgalmazhatóságát is végig kell gondolni, főként akkor, ha komolyan vesszük a profilrendelet legutóbbi módosításának intézeti gyógyszerjogi törvény szerinti teljes körű gyógyszerellátást biztosító intézményeket érintő következményeit.

Z. Hankó: „Pharmacist's balance” – about some problems connected with the definition of pharmacy

HÍREK

A SZAKMAI ÉS A TUDOMÁNYOS ÉLET HÍREI

DR. ERDEI TIBOR 1926–1998

1926. november 21-én született Hajdúböszörményben, szegény, hétgyermekes család legkisebb gyermekeként.

A világháború megpróbáltatásait követően felkerült Budapestre és a Pázmány Péter Tudományegyetemen kezdte meg tanulmányait, ahol 1950-ben szerzett gyógyszerész diplomát.

A röviddel azelőtt megalakult Medimpex Gyógyszerkülkereskedelmi Vállalathoz került, ahol gyógyszerész szakértőként tudományos és műszaki kérdésekkel foglalkozott.

Rövid ideig dolgozott a Külkereskedelmi Minisztériumban, majd 1953-tól kereskedelmi főosztályvezetőként tért vissza a Medimpexhez, amelyet 1968–1983 között vezérigazgatónaként irányított.

Ezen időszak egybeesett a magyar gyógyszeripar lendületes fejlődésével és ezalatt a Medimpex kiváló nemzetközi hírnévre tett szert.

1983-tól az újonnan megalakult, a gyógynövények és gyógyhatású termékek külkereskedelmére szakosodott Pharmatrade Külkereskedelmi Vállalatot irányította, 1989-es nyugdíjba vonulásáig.

1974-ben egyetemi doktori címet szerzett. Disszertációjában „A gyógyszer és gyógynövény export 25 éves eredményei és tapasztalatai (1950–1975)” címmel összefoglalta korábbi munkássága eredményeit.

1967-től tevékenykedett a Magyar Gyógyszerészeti Társaságban, 1986-ban az elnöki testület tagja lett.

1970-ben lépett be a Magyar Agrártudomány Egyesületbe, ahol a Kertészeti Társaság Gyógynövény-termesztési Szakosztály vezetőségi tagjává választották.

Hosszú évtizedeken keresztül, nyugállományba vonulását követően is, részt vett a gyógyszerészképzésben és a továbbképzésben, az Országos Szakképesítő Bizottság munkájában. Számos doktori értekezést bírált el a gyógyszerügyi



szervezés szakágban a gyógyszer-külkereskedelemmel, a nemzetközi kapcsolatokkal, a közgazdaságtan gyógyszerügyi vonatkozásaival kapcsolatban, míg a gyógynövény és -drogismeret tárgykörében a gyógynövénybegyűjtés és -termesztés volt a szakterülete.

E tárgykból gyógyszerészhallgatók számára speciálkollégiumot vezetett, illetve számos publikációt jelentetett meg hazai gyógyszerészeti szaklapokban.

A Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem Külkereskedelmi Tanszéke illetve a Közgazdasági Továbbképző Intézet ugyancsak gyakran kérte fel gyógyszeripari-gazdasági, külkereskedelmi jellegű, nemzetközi kapcsolatokkal foglalkozó disszertációk opponenseként.

1981-ben az egészségügyi miniszter címzetes egyetemi docens címmel tüntette ki, amellyel a Semmelweis Orvostudományi Egyetem meghívott előadójaként a gyógyszerészhallgatók oktatásában kifejtett eredményes tevékenységét ismerték el.

1984–1990 között – a testület megszűnéséig – részt vett az Országos Gyógyszerészeti Intézet Szakmai Kollégiumának munkájában.

Tevékenysége egybeesett a nagy hagyományokkal rendelkező magyar gyógyszeripar és gyógyszer-külkereskedelem fellendülésével. Azokban az évtizedekben a gyógyszeripar a gazdaság húzóágazta volt, a Medimpex az egyik

legsikeresebb külkereskedelmi vállalat lett. A Pharmatrade-beli munkássága idején a természetes illetve a növényi eredetű hatóanyagok, gyógytermékek, gyógyteák reneszánsza kezdődött, amelyet a cég sikeres tevékenységében jól kamatoztatott.

Tudatosan és rendszeresen támogatta a hazai gyógyszerésztudomány fejlődését. Számos MGYT rendezvény, több egyetemi professzor és oktató kapott támogatást a vezetése alatt álló Medimpextől ahhoz, hogy a tudományos eredményeket megfelelő nemzetközi fórumokon publikálhassák. Több rangos szakmai kiadvány köszönheti megjelenését ennek a szponzori tevékenységnek.

A hazai gyógyszerésztársadalom számos kimagasló személyiségének karrierje indult annak idején a Medimpexnél, s ők ma is szeretettel gondolnak az ott töltött évekre.

Rendkívül szerény, szinte puritán módon élt. Mindig fontos maradt számára a szülőföld, a családi gyökerek.

A magas beosztásból adódó szakmai lehetőségeit a rászorulóknak segítségére használta, gyógyszer gondokkal hozzá bátran lehetett fordulni, mindig megpróbált segíteni.

Az olvasás, a kertészkedés, az utolsó időben az unokáival való foglalkozás tartozott kedvenc időtöltései közé.

Dr. Erdi Tibor tevékenységét, negyven éves munkássága során számos szakmai- és jelentős kormánykitüntéssel honorálták.

1998. május 4-én hunyt el nagy feyelemmel viselt, hosszan tartó súlyos betegség következtében.

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság vezetősége aktív tagját és kiváló kollégáját veszítette el halálával. Emlékét kegyelettel megőrizzük!

Dr. Lipták József
MGYT főtitkár

A Gyógyszerészet Szerkesztőségének felhívása

A Gyógyszerészet Szerkesztősége kéri mindazokat a kollégákat, akik továbbképzéseket ● szakmai, szakmapolitikai rendezvényeket ● kiállításokat szerveznek, hogy azokról már megrendezésüket megelőzően írásban vagy telefonon tájékoztassák szerkesztőségünket, annak érdekében, hogy szaklapunkban beszámolhassunk róluk.

Cím: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Telefon: 317-1488/371 mellék

DR. GÁBOR MIKLÓS EMERITUS PROFESSZOR KITÜNTETÉSE

Dr. Gábor Miklós professzor emeritust, a biológiai tudomány doktorát, a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar nyugalmazott oktatóját – életművéért – a köztársasági elnök a Pedagógusnap alkalmából a Magyar Köztársasági Érdemrend Kiskeresztje kitüntetéssel jutalmazta.

Ebből az alkalomból röviden bemutatjuk Gábor Miklós professzor munkásságának fontosabb állomásait.

Egyetemi tanulmányait 1936–41 között végezte a Ferencz József, majd később Horthy Miklós Tudományegyetemen. A vegyész oklevelet 1941-ben, a vegyészdoktori címet 1943-ban, a biológiai (farmakológiai) tudomány kandidátusa tudományos minősítést 1961-ben nyerte el. 1981-ben megszerezte a biológiai tudomány doktora címet. Egyetemünkön 1945 óta dolgozik: 1945–54 között a Gyógyszertani Intézet munkatársa, 1954–64 között a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika laboratóriumának vezetője, docense, majd 1964-ben Karunkon a – Dirner professzor vezetése alatt álló – Gyógyszerhatástani Intézetnek a munkatársa lett. Dirner professzor nyugdíjazása után az Intézetet 1974–1975 között megbízott intézetvezetőként irányította. Az egyetemi tanári kinevezést 1976-ban, a professzor emeritus címet 1991-ben kapta meg. 1988-ban vonult nyugalomba.

Fő kutatási területe: a természetes eredetű anyagok farmakológiája, a kapilláris rezisztencia és gyógyszeres befolyásolása, valamint a kísérletesen előidézett gyulladás és farmakológiai befolyásolása. Az öt évtizedes, nemzetközileg elismert kutatómunkájának eredményeként 21 könyvet, könyvrészletet, ill. könyvfejezetet írt, ezekből 5 monográfia az Akadémiai Kiadó gondozásában került ki-



adásra angol és német nyelven, továbbá 5 angol nyelvű könyv szerkesztésében vett részt. Monográfiáihoz az előszót világhírű tudósok – Jancsó Miklós, Selye János, Szent-Györgyi Albert – írták. Több, mint 200 publikációja jelent meg.

Monográfiáit a Magyar Tudomány Akadémia jutalomban részesítette (1974 és 1975). A Nobel díjas J. R. Vane felkérésére, a Handbook of Experimental Pharmacology sorozat „Anti-Inflammatory Drugs” c. kötetében a növényi eredetű gyulladásgátlókról írt fejezete jelent meg (Hdb. Exp. Pharm. Vol. 50/II, 698–739, 1979). Különböző nemzetközi kongresszusokon felkérésre több plenáris előadást is tartott. Az amerikai, angol és francia közös szervezésben, Strassburgban rendezett kongresszuson elhangzott nyitó előadása a „Plant Flavonoids in and Medicine” c. kötetben jelent meg (V. Cody, E. Middleton, J. B. Harborne, A. Beretz (eds.), Alan R. Liss, Inc. New York, pp. 1–15, 1988).

Kiemelkedő eredményeket mondhat magáénak Gábor professzor az oktatás területén is. Számos diákkörös hallgatónak volt témavezetője és nagyszámú egyetemi doktori értekezés készült el irányítása alatt. Hosszú évekig szervezte Karunkon a tudományos diákkörös hall-

gatók munkáját bemutató tudományos diákköri fórumot, mely rendezvény nemcsak a kar hallgatóságának biztosított előadási lehetőséget, hanem egyetemi majd országos találkozóvá vált, ahol a gyógyszerkutatással foglalkozó ifjú szakemberek bemutathatták kutatásaik eredményeit.

Az eredményes oktató, kutató, diákköri és doktori témavezetői munka mellett szólni kell Gábor professzor kimagasló tudományos szervező tevékenységéről is. A természetes eredetű anyagok (benzopiron származékok) hazai kutatási eredményeinek bemutatására eisöként nagyszerű szimpóziumot szervezett (Szegeden 1965, 1967 és 1985-ben), ill. tevékenyen részt vett további nemzetközi konferenciák tervezésében és szervezésében (1970, 1974, 1977, 1982, 1985 és 1995). E sikeres szimpóziumok előadásai az Akadémiai Kiadó gondozásában - 1974-től - angol nyelven kiadásra kerültek. A kutatások nemzetközi elismerését jelzi, hogy a 6. Magyar Bioflavonoid Szimpózium Münchenben (1982), a 9. Szimpózium pedig Bécsben (1995) került megrendezésre. A nemzetközi konferenciák közötti időkben több hazai kollokviumot is szervezett.

Munkásságát több hazai és nemzetközi elismerés fémjelzi: a Padovai Egyetem emléklapok (1988), Munka Érdemrend arany fokozat (1988), Jancsó Miklós emlékérem és jutalom díj (1990), MTA Novicardin díj (1993), Szent-Györgyi Albert emlékérem (1996).

Gábor Miklós professzor ez év január 30-án töltötte be 80. évét. A kerek évforduló külön örömteli aktualitást ad a kitüntetésnek, melyhez a Kar minden oktatója, hallgatója és dolgozója meleg szeretettel gratulál.

Dr. Erős István

EGYETEMI TANÁROK KINEVEZÉSE

Göncz Árpád köztársasági elnök – Magyar Bálint művelődési előterjesztésére és jelenlétében – 1998. július 1-jei hatállyal

dr. Mátyás Péter egyetemi docenst, intézeti igazgatót, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Szerves Vegytani Intézetébe egyetemi tanárrá;

dr. Borvendég János OGYI főigazga-

tó-helyettest, a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Gyógyszerészeti Tanszékére egyetemi tanárrá;

dr. Lipták József ÁNTSZ országos tisztifőgyógyszerészt, a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Gyógyszerészeti Tanszékére egyetemi tanárrá nevezte ki.

Az előléptetésekre 1998. június 17-

én, a Parlament Kupolacsarnokában – Glatz Ferenc, az MTA elnöke jelenlétében – került sor.

Szerkesztőségünk az új professzoroknak szívből gratulál és munkájukhoz sok sikert és jó egészséget kíván.

(–)

HELYREIGAZÍTÁS

A Gyógyszerészet 1998. évfolyama januári számának 32. oldalán a Kazay Endre-megemlékezésben az „1915-ben a Vas utcában bérelt” – szöveg helyett az „1915-től a Bihar megyei vaskohi patikát bérelte” – szöveg a helyes.

(Sz. L.)

GYÓGYSZERÉSZ- ÉS GYÓGYSZERÉSZDOKTOR AVATÁS BUDAPESTEN

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Karán végzett gyógyszerészek avatására 1998. június 13-án a Pesti Vígadó Hangversenytermében került sor, ünnepélyes keretek között.

Az Egyetemi Tanács nyilvános rendkívüli ülésén került sor a Ph.D fokozatú doktoravatásra és a Kar Oktató Gyógyszerésze oklevelek átadására is.

Dr. Romics László rektor, *dr. Vincze Zoltán* a Gyógyszerésztudományi Kar dékánja, *dr. Sótónyi Péter*, az Általános Orvosi Kar dékánja és *dr. Fejérdy Pál*, a Fogorvosi Kar dékánja, valamint számos oktató jelenlétében került sor az ünnepi eseményre. A Magyar Gyógyszerész Kamarát *dr. Szabó Sándor* elnök, a Magyar Gyógyszerészeti Társaságot *dr. Kraszkó Károly* alelnök, a Magángyógyszerész Országos Szövetségét *Hankó Zoltán* alelnök képviselte, és megjelent *dr. Lipták József* országos tisztifőgyógyszerész is.

A Himnusz elhangzása után először az Oktató Gyógyszerész oklevelek átadására került sor. 1998-ban a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar Oktató Gyógyszerésze oklevelet *dr. Kiss Gézáné*, *dr. Kovács Pál*, *dr. Pávics László* és *dr. Steindl Katalin Gyöngyi* vehette át.

Az oktató gyógyszerészek életrajza

Dr. Kiss Gézáné

1976-ban szerzett gyógyszerési oklevelet. Szakgyógyszerész. Gyógyszertári gyógyszerészként, majd vezető szakfelügyelőként rendszeresen foglalkozik gyógyszerészhallgatók oktatásával, nevelésével. Jelenleg a Vas Megyei ÁNTSZ tisztifőgyógyszerészeként vesz részt az oktatásban, valamint a szakgyógyszerész képzésben. Több, mint 30 egyetemi hallgató gyakorlatának irányítója volt. A Magyar Gyógyszerészeti Társaság Analtikai Szakosztályának vezetőségi tagja.

Dr. Kovács Pál

1955-ben szerzett gyógyszerési oklevelet. Gyógyszerészdoktor. Szakgyógyszerész. Gyógyszertári gyógyszerészként, szakfelügyelőként, területi főgyógyszerészként számos gyógyszerészhallgató nyári gyakorlatát, valamint záróvizsgára való felkészítését irányította. A szakgyógyszerészi tanfolyamok rendszeres előadója, a nagyhírű gyógyszerismertető hálózat alapító tagja. Az általa irányított gyógyszertárt példás szakmai rend és humanus légkör jellemzi. Széleskörű tapasztalatait a Magyar Gyógyszerészeti Társaság keretében is érvényesíti.

Dr. Pávics László

1952-ben szerzett gyógyszerési oklevelet. Szakgyógyszerész. 1968-ban gyógyszerészdoktorrá avatták. A közforgalmú gyógyszerellátás valamennyi területén dolgozott. Az általa vezetett gyógyszerésztárban közismert, színvonalas szakmai és oktatói munka folyik. Több, mint 40 gyógyszerészhallgató záróvizsga előtti, illetve kötelező nyári gyakorlatát irányította. Számos szakmai fórum megalakítója, aktív közreműködője. A Magyar Gyógyszerészeti Társaság vezetésének részese.

Dr. Steindl Katalin Gyöngyi

1983-ban szerzett gyógyszerész oklevelet. Szakgyógyszerész. Gyógyszerészdoktor. Gyógyszertári gyógyszerészként, majd vezető szakfelügyelőként, jelenleg ismét gyógyszertári gyógyszerészként foglalkozik gyógyszerészhallgatókkal. Munkáját magas fokú szakmai igényesség, személyét példamutató emberiség jellemzi. A Magyar Gyógyszerészeti Társaság munkájának tevékeny részese.

A Ph.D. fokozatú doktorok avatása

Ezt követően a Ph.D fokozatú doktorok avatására került sor. A kérelmet *Jelinekné dr. Nikolics Mária* terjesztette elő, majd ezt követően a doktorjelöltek az alábbi szövegű esküt tették:

„Én ... esküszöm, hogy a megszerzett tudományos ismeretek birtokában hivatásomat a legnagyobb lelkiismeretességgel fogom gyakorolni. Minden igyekezetemmel azon leszek, hogy a gyógyszerészeti tudományok és a gyógyszerészi hivatás fejlődését a további munkámmal is elősegítsem. Megszerzett magasabb tudásomat és gyakorlati ismereteimet igyekszem fiatal kollégáimnak átadni. Arra törekszem, hogy a Semmelweis Orvostudományi Egyetem, valamint a magyar gyógyszerésztudomány hírnevét öregbítsem és megbecsülését előmozdítsam.”

A *dr. Vincze Zoltán*, valamint az egyetem képviselőjében megjelent rektor és orvostudományi dékánok által avatott doktorok a következők:

Barótiné dr. Tóth Klára, *dr. Bíró Judit*, *dr. Fatér Zuzsanna*, *dr. Fedina Lídia*, *dr. Forgács Zsolt*, *Ecseryné dr. Puskás Mariann*, *dr. Gazdag Mária*, *Jelinekné dr. Nikolics Mária*, *dr. Józán Miklós*, *dr. Kenesei Éva*, *dr. Kiss Attila*, *dr. Kéry Ágnes*, *dr. Kucséra Mária*, *dr. Kursinszki László*, *dr. Mikus Endre*, *dr. Murányi Szilvia*, *dr. Olajos Béláné (dr. Solymossy Sarolta)*, *dr. Páthy András*, *dr. Sali Attila*, *dr. Szabady Beáta*, *dr. Szabó Mónika*, *dr. Szentmihályi Klára*, *dr. Venekei István*, *dr. Vitányi György*.

A felavatott doktorok nevében

Jelinekné dr. Nikolics Mária mondott köszönetet.

Ezután került sor a gyógyszerészavatóra.

A gyógyszerészek avatása

Az avatandók részéről *Lovas Kornélia* és *Patatas Christos* terjesztette elő a kérelmet, majd a jelöltek az alábbi szövegű esküt tették:

„Én ... esküszöm, hogy a megszerzett gyógyszerésztudományi ismeretek birtokában hivatásomat a legnagyobb lelkiismeretességgel fogom gyakorolni és hivatásomhoz mindig méltó magatartást tanúsítok. Az egészség védelmét és a betegek gyógyulását mindenek elé helyezem. A betegek egészségi állapotára, gyógyszeres kezelésére vonatkozó adatokat fel nem fedem. Elméleti és gyakorlati ismereteimet állandó képzéssel magas szinten tartom. Tudásomat a gyógyszerészi etikába ütköző cselekményre nem használom fel. Mint a gyógyító munka részese ismereteimet csakis embertársaim egészségének védelmére és helyreállítására fogom fordítani. Arra törekszem, hogy a Semmelweis Orvostudományi Egyetem, valamint a gyógyszerésztudomány jó hírnevét öregbítsem és megbecsülését előmozdítsam.”

Dr. Vincze Zoltán, valamint a Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora és orvostudományi dékánjai az alábbi gyógyszerészjelölteket avatták kézfogással gyógyszerészzé:

Apáti Pál György, *Balogh Edina*, *Balogh Emese*, *Barabás Edit*, *Benedek Enikő*, *Berezvai Ferenc*, *Bíró Tamás*, *Bohus Eszter*, *Botos Zsuzsanna*, *Burghardt Béla*, *Csányi Nikolett*, *Cserti Csapó Szilvia*, *Csoma Ildikó*, *Czajlik András*, *Dunay Ildikó Rita*, *Feikus Szilvia*, *Füredi Edina Éva*, *Gaal Ágnes*, *Gönczöl Orsolya*, *Görgey Beáta*, *Gregorcsov Melinda*, *Hajdú Éva Mária*, *Hantos Mónika*, *Hegedűs Gábor*, *Hegedűs Tünde*, *Horváth Éva*, *Horváth Ildikó*, *Kahlesz Tímea*, *Kálmán Tibor*, *Kelemen Bence*, *Kenéz Tamás*, *Kenyeres Ildikó*, *Kiss Boglárka*, *Komáromy Lóránt*, *Kovács Adrián*, *Kovács Anikó*, *Kovács Lajos*, *Krasznai Márta Ilona*, *Lovas Kornélia*, *Magyar Tamás*, *Mátyássy Anna*, *Menus Mária*, *Mezei Zsolt Gábor*, *Molnár Péter György*, *Mórocz Anita*, *Nagy Balázs*, *Nagy Krisztina*, *Oraveczi Viola*, *Pekker Judit Krisztina*, *Petri Olivér*, *Pélyi Marianna*, *Pindzsulya Éva Judit*, *Plajner Csaba*, *Rácz Ákos Barnabás*, *Sári László Balázs*, *Schay Gusztáv Géza*, *Schönauer Ágnes*, *Sike Anita*, *Simai Mónika*, *Stadmüller Ottó*, *Sütő Csilla*, *Szabady Júlia*, *Szabó Tímea*, *Szegedi Anikó Tünde*, *Szentesi Aletta*, *Szűcs Ildikó*, *Szűcs Tibor*, *Thaly Piroska*, *Tinta*

Anikó, Tóth Frank, Tóth Katalin, Uri Melinda, Vincze Ágnes, Ammar Ahmed Kajjo, Issa Karo, Kovács Tiberiu Zoltán, Gregoriades Loizos, Kimiagarov Shlomo, Papisileka Rodi, Patatas Christos.

A felavatottak nevében Lovas Kornélia mondott köszönetet, majd Sári László Balázs és Patatas Christos mondott rövid beszédet, melyben valamennyiük nevében köszönetet mondtak oktatóiknak és szüleiknek.

Ezt követően dr. Vincze Zoltán dékán, az alábbi ünnepi beszédet mondta:

Dr. Vincze Zoltán dékán ünnepi beszéde

„Magnifice Domine Rector!

Tisztelt Egyetemi Tanács!

Tisztelt Doktorok és Ifjú Gyógyszerészek!

Hölgyeim és Uraim!

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar Tanácsa, oktatói és valamennyi munkatársa nevében tisztelettel és szeretettel köszöntöm kedves vendégeinket. Köszönöm, hogy meghívásunkat elfogadva megjelenésükkel emelik egyetemi tanácsülésünk jelentőségét, emlékezetes ünnepé formálják sokak számára a mai napot.

Külön köszöntöm hallgatóink gyakorlati munkáját kiemelkedő szinten irányító kollégáinkat, akiknek tevékenységét ma, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar oktató gyógyszerésze kitérítő címmel ismertük el.

Megkülönböztetett tisztelet illeti a doktorokat és ifjú gyógyszerész kollégáinkat, akik életének egy szép és küzdelmes időszaka zárult le, eredménnyel. Ami a doktorok esetében több éves kutatómunka, a végzős gyógyszerészek esetében 5 éves egyetemi tanulmányuk befejezését jelenti. Most az ünnep óráiban, amikor tanárt és volt diákot a jól végzett munka feletti öröm keríti hatalmába, engedjék meg, hogy osztozva az örömben szívből gratuláljak Önöknek. Legyenek büszkéik erőfeszítéseik eredményére, s örüljenek a mások és önmaguk sikerének, előrehaladásának.

Legyenek hálások elsősorban szüleiknek és mindazoknak, akiknek munkája, eredményeik elérését lehetővé tették.

Tisztelt Dokortársaim!

„Artificem commendat opus” (az alkotót alkotása dicséri). Az Önök esetében különösen helyénvaló e latin mondat, hiszen korábban valamennyien megszerezték a „doctor pharmaciae”, vagy ennek megszűnté után a „doctor universitatis” címet, amelynek elnyeréséig vezető út megtétele sem volt könnyű feladat. Nem csupán a kutatómunka természetéből adódó újabb nehézségeket

kellett legyőzniük, hanem disszertációs tevékenységüket a mindennapi, felelőségteljes munkahelyi feladataik ellátása mellett kellett elvégezniük.

Az egyetemi doktori címet, 1955 óta 688-at, utoljára 1996-ban adtuk ki, és ezzel lezártuk azt a vastkos anyakönyvet, amely a Gyógyszerésztudományi Karon doktorált kollégáink adatait, vizsgaeredményeit tartalmazza.

Ez a típusú egyetemi doktorátus megszűnt, átadva helyét egy fejlettebb, Európa-kompatibilis tudományos fokozatnak a Ph. D.-nek nevezett doktori fokozatnak.

Megkülönböztetett tisztelet és elismerés illeti Önöket azért a kitarító, elszánt munkáért, amelyet az egyetemi doktori cím megszerzését követően választott tudomány területükön végeztek, és ezzel méltóvá váltak a Ph.D. fokozat elnyerésére.

Meggyőződésem, hogy munkájuk biztos támaszaként szolgált munkahelyük, vezetőik bizalma és támogatása. Jelentős és meghatározó tényező volt továbbá a doktori tevékenység eredményességében a Gyógyszerésztudományi Kar oktatási programjában résztvevő professzorok és Intézetek irányító munkája.

Dokortérszűnk a posztgraduális gyógyszerészképzés egyik lényeges része, amely jelentős mértékben járul hozzá a magyar gyógyszerészet, ill. gyógyszerészeti tudományok fejlődéséhez. Úgy vélem, hogy a jelenlegi nehéz gazdasági helyzetben, még nagyobb, immár parancsoló szükség van a gyógyszerkutatásban, a termelésben, forgalmazásban és gyógyszeralkalmazásban, ill. az ezekkel kapcsolatot tartó, a gyógyszerészképzésben érdekelt intézmények szorosabb együttműködésére. Az ebben rejlő lehetőségek a szellemi és anyagi örök célszerű és ésszerű felhasználására ösztönözhetnek. A felavatott doktoroknak kívánom, hogy munkájukat továbbra is hassa át hivatásuk, a tudomány szeretete, az új tudományos eredmények elérése iránti vágy.

Az Önök közreműködésének eredményeként is méltán állapíthatom meg, hogy a dokortérszűnk – a változások ellenére is – Egyetemünk Gyógyszerésztudományi Karán töretlen és nemzetközi összehasonlításban is eredményesen folyik.

A disszertációk sora, a munkát irányító intézetvezető professzorok és munkatársaik igényes szakmai munkáját is tükrözi.

Örömmre szolgál, hogy e helyen is kinyilváníthatom, miszerint a Karon oktató egységek, tartozzanak azok bár szervezetileg egyetemünk Általános Orvostudományi Karához, vagy az ELTE Természetudományi Karához, a kari intézetekkel együtt mindig készséggel, önként

vállalták a dokortérszűnkkel, a disszertációs munka irányításával, a vizsgáztatással és a védelemmel járó, számos esetben elég tetemes többletmunkát.

Ezen a helyen is elismerésemet és legfőképpen köszönetemet fejezem ki a dokortérszűnkben résztvevő intézetek vezető professzorainak és munkatársainak.

Tisztelt Dokortársaim!

Amikor elért kiváló eredményeikhez ismételt gratulálok, szívből remélem, hogy elért eredményeik ösztönzést adnak a további kutató munkára, hogy ezáltal újabb eredménnyel gazdagíthassák az egyetemes tudományt. Ne feledjék Széchenyi örök érvényű mondását, miszerint „a tudományos emberfő mennyisége a nemzet igazi hatalma...”

Tisztelt Ifjú Gyógyszerész Kollégáim!

Gyógyszerészé avatásuk alkalmával fogadják a Gyógyszerésztudományi Kar Tanácsa, valamint egyetemünk oktatóinak elismerését. Önök, tisztelt Ifjú Kollégáim olyan időszakban fejezték be tanulmányaikat, amikor végéhez közeledik a gyógyszerügy teljes vertikumának átalakulása, a gyógyszergyártástól a gyógyszer-nagykereskedelmen át a gyógyszer-tárakig.

Küzdelmes időszak végéhez közeledünk, amely időszak minden gondjától megóvta Önöket az egyetemi diákélet. Mától azonban tevékeny részesei lesznek a folyamatosan változó, fejlődő hivatásunknak. Ne gondolják, hogy kitaposott ösvényre lépnek, számos probléma megoldásához most már közreműködésükre is igényt tart gyógyszerész társadalmunk.

Remélem, hogy hivatásunk alakításában valamennyiük együttműködésére számíthatunk.

Egyetemünk Gyógyszerésztudományi Karán – mint ahogy azt tapasztalhatják – az 5 éves képzési idő bevezetésével nem csupán tanulmányi idejük növekedett, hanem az oktatott tárgyak száma is.

Olyan alapvető tárgyak bevezetésére került sor, mint a klinikai gyógyszerészet, a biofarmácia, a gyógyszerészi közgazdaságtan, gyógyszerész pszichológia, állatgyógyászati ismeretek. Reméljük, hogy ezek az új ismeretek is hozzájárultak egzisztenciális lehetőségeik kiszélesítéséhez.

A kurrikulum fejlesztése, folyamatos karbantartása, a társadalmi igényekhez történő igazítása valamennyi felsőoktatási intézmény alapvető érdeke, egyúttal erkölcsi kötelessége is.

Különösen érvényes ez az orvostudományi egyetemekre, ahol a különböző orvosi és gyógyszerészeti területeken elért hatalmas méretű és jelentőségű tudományos eredmények folyamatos kényszerrel jelentenek az oktatás tartalmi megújítására. Hazánk Európai Unió csatlá-

kozásának megkezdéséig is számos feladatot kell teljesítenünk.

Az információs társadalom hatása: az új ipari forradalom, az információs és telekommunikációs technikák elterjedése hat a foglalkoztatásra, a munkára, a vállalkozások szervezésére, sőt magára az európai társadalomra is. A robbanásszerű változások betörnek az oktatás, képzés területére, új tanítási és tanulási módszereket, eljárásokat és kapcsolati rendszert kialakítását követelik meg.

A kapcsolatok világméretűvé válása hatékonyabbá teszi a világ erőforrásainak kiaknázását, hozzájárulva ezzel a versenyképesség fejlesztéséhez.

Fő törekvés: a képzésnek természetes társadalmi szükségletté kell válnia. Ennek feltételei: a társadalmi integráció, a foglalkoztathatóság növelése, az egyén önmegvalósítása.

Az egyénnek mindehhez nemcsak a munkavégzési és szakmai alkalmasságát kell kifejlesztenie, hanem meg kell szereznie az oktatás során az általános és az elégséges tudományos műveltséghez szükséges ismereteket is.

Fontos célkitűzés kell legyen, hogy az egyén ne csak mint munkaerő feleljen meg, hanem mint ember is teljes értékű életet élhessen. Így az új szakmai képzési célok mellett meg kell jelenni a kultúra iránti igényre és a szociális felelősségre való nevelésnek is.

Amikor Önökkel a gyógyszerészeti tudományok eredményeit, azok összefüggéseit ismertettük, oktattuk, egyidejűleg arra is igyekeztünk rámutatni, hogy a betegellátási munka jellegét, amely mindenkor humánus magatartást, abszolút tisztességet és maximális tapintatot követel.

Csak remélni merem, hogy Önök Ifjú Kollégáim tanulmányaik során nem csupán – ami önmagában sem kevés – szakmai ismereteket szereztek, hanem hivatásuk iránti alázatot és emberséget is.

Kérem, hogy vessék mélyen emlékezetükbe és szívéükbe: gyógyszerészi szolgálatuk a legkorszerűbb tudományos ismereteikre és humánus magatartásukra támaszkodjon és mindig, imént elmondott esküjüknek megfelelően járjanak el.

Tisztelt Ifjú Gyógyszerész Kollégáim!

A Kar oktatói tanulmányaik során sokrétű feladatok ellátására készítették fel Önöket, annak tudatában, hogy az átadott ismeretek, gyógyszerészi gondolkodásmód és szemlélet birtokában képesek lesznek az élet által adott sokféle kihívásra helyesen válaszolni és feladataikat eredményesen megoldani.

Az Önök számára a gyógyszergyártástól a gyógyszerelosztáson át a gyógyszer beteg számára való kiadásáig számos lehetőség kínálkozik az elhelyezkedésre. Képzettségük Önöket számos feladat ellátására teszi alkalmassá.

A gyógyszerész a gyógyszerügyi munka mellett értékes kutató, termelő, gyógyszerellenőrző és szervező feladatokat kaphat és kap a gyógyszeripar vállalataiban, a gyógyszerküzkereskedelmi vállalatoknál, valamint külföldi vállalatok hazai képviselőin. Örömmel nyugtázzuk tanítványaink ilyen irányú elhelyezkedését.

Az itt jelenlévő és örömmel osztozó szüleiknek, akik az Önök tanítatásáért oly sok áldozatot hoztak, szeretném elmondani, hogy leányuk, fiúk nemcsak magasztos hivatást, hanem jó pályát választott. Ma egyetlen gyógyszerésznek sincsenek elhelyezkedési gondjai. Ez a pálya felfelé ível és sikeresen alakítja újra elvesztett társadalmi presztízsét.

Önök közül egyesek az egyetemi oktató-tudományos pályát választják, mások a gyógyszeriparban vagy a gyógyszer-nagykereskedelemben kezdik gyógyszerész tevékenységüket, és jelentős számban lesznek, akik gyógyszerárban kezdik hivatásukat gyakorolni. Megtisztelő és nem könnyű feladat, mert az itt dolgozó gyógyszerész az utolsó láncszeme, szakembere annak a gyógyszer-ellátási folyamatnak, amely a gyógyszer-előállításal kezdődik és a gyógyszeralkalmazással ér véget. A gyógyszerellátási folyamat utolsó ellenőrzési lehetősége és kötelessége a gyógyszerexpediáló gyógyszerész kezében van.

Számos esetben fordulnak majd Önökhöz tanácsot, eligazítást kérve nemcsak a gyógyszer alkalmazását, hanem a betegség kezelését, várható alakulását, a gyógyulás eredményességét tekintve is. Ezek a négyesemközti beszélgetések fontos elemei a gyógyszerészi munkának.

Ez a gyógyszerárban dolgozó gyógyszerész egyik legnehezebb, de egyben legértékesebb és legszebb feladata is. A sokszor feszített és túlhajszolt mindennapos munkában fontos a türelmes, megértő, tapintatos és segítőkész magatartás. Tudom, hogy munkába lépésük után a páciensekkel való találkozás, a felmerülő kérdések és panaszok konkrét és felelősségteljes megbeszélése és megválaszolása lesz a legnehezebb feladatuk. Munkájuk során mindvégig lebegjen szemük előtt a következő latin mondás: *Consilio subest auxilium* – A jó tanács már maga támogatás.

A kort, amelyben hivatásuk gyakorlását elkezdik, hazai viszonylatban jellemzi az Európai Unióhoz, ennek normatíváihoz, kultúrájához való csatlakozás igénye, melynek feltételrendszere az egészségügy, s ezen belül a gyógyszerészet területén is adott és követendő.

A magyar egészségügyben olyan szakembereinkre van szükség, amely korszerű európai színvonalon vesz részt a betegségek megelőzésében, gyógyításában, a megfelelő minőségű gyógyszer-

rek kifejlesztésében és előállításában. Meggyőződésem, hogy a gyógyszerészet és ezen belül az Önök szerepe a következő években az eddigieknél lényegesen nagyobb mértékben nőni fog.

Feleljenek meg ennek szakmai ismereteik folyamatos megújításával. A megszerzett diploma nem elegendő a működéshez, mert a gyógyszerésznek egész életén át tanulni kell. Ezt a WHO konzultatív csoportjának 1993. évi Tokióban tartott ülése szó szerint deklarálja. A gyógyítással és gyógyszerekkel kapcsolatos változások, a tudomány fejlődése az, ami a tudás állandó kiegészítését teszi szükségessé.

A jövő század gyógyszerészetét illetően egy dologban mindenki egyetért és ez az, hogy a gyógyszerészet és a gyógyszerári gyógyszerész a jövőben is jelentős szerepet töltsön be a szakmák sorában és a tudományban. A gyógyszerész ugyanis fontos láncszem az orvos és a beteg között. Olyan szakember, aki a gyógyszerek sokoldalú ismerője és egyedüli szakértője. Ezért soha ne feledjék az önképzés, továbbképzés fontosságát, általános műveltségük fejlesztését. A diploma nemcsak munkavállalási lehetőség, hanem állandó képzés az új ismeretek, kultúra befogadására.

Jegyezzék meg jól a következő latin mondást: *Discere non est vitiosum, sed ignorare* – Nem a tanulás szégyen, hanem a tudatlanság.

Kedves fiatal Kollégáim!

Mindannyiukban bizonyára hónapok óta érlelődnek az egzisztencia megteremtésének első lépésére vonatkozó legfontosabb kérdések, hogyan, hova, mennyiért? S talán cseppnyi kétely is, hogy megszerzett, különböző szintű és mélységű tudásuk elégséges-e választott hivatásuk gyakorlásához.

Természetesen bennünk oktatókban is számos kérdés merül fel. Vajon megadtuk-e hallgatóinknak a hivatásuk gyakorlásához szükséges alapokat? Megtanítottuk-e arra, hogy a gyógyszerészi diplomájuk nemcsak jogokat, hanem életre szóló kötelezettségeket jelent? Vajon kellő hangsúllyal rámutattunk-e, hogy az élet nehezebb, küzdelmesebb és sokkal nagyobb helytállást követel meg, mint azt az egyetemen megszokták?

A mindkét részről felmerülő számos kérdésre a választ a jövő, az Önök teljesítménye adja meg.

A kérdések ellenére őszintén remélem és hiszem, hogy az Egyetemen eltöltött 5 esztendő meg tudta teremteni azokat az alapokat, amelyekkel a szellemi és fizikai környezeti ártalmakkal szemben boldogságra alkalmas, szabad és cselekvőképes emberekké, hazájukat tisztelő, hasznos állampolgárokká válnak.

Búcsúzóul kérem, hogy mint a gyógyító-megelőző orvosi munka részesei a

letett gyógyszerész esküjüknek megfelelően és hűen végezzék gyógyszerészi munkájukat. Ez esetben nyugodt lelkiismerettel és szívesen gondolhatnak majd vissza Egyetemünkre, a Gyógyszerésztudományi Karra, amely a jövőben is szívesen látja Önöket felmerülő gyógyszerészi problémáik megoldására.

Kívánom, hogy hosszú, tartalmas, eredményes életet éljenek, szeressék választott hivatásukat. Legyenek folytatói a több mint 750 éves gyógyszerészi hivatás szép hagyományainak és műveljék a gyógyszerészetet nemes emberi foglalkozásként.

Legyenek megelégedett, hasznos állampolgárai hazánknak.

Búcsúzó ifjú gyógyszerészek, Isten velük!"

Ezt követően *dr. Vincze Zoltán* angol nyelven köszöntötte az idegen nyelvű

képzésben résztvevő, frissen avatott gyógyszerészeket, majd a rendkívüli Egyetemi Tanácsülés a Szózat hangjaival fejeződött be, végül a résztvevőket rövid állófogadáson köszöntötték.

(-)

A GYÓGYSZERÉSZET SZERKESZTŐBIZOTTSÁGÁNAK ÜLÉSE

A Gyógyszerészet szerkesztőbizottsága soron következő ülését 1998. június 12-én tartotta Budapesten a Zrínyi u. 3. sz. alatti székházban.

Az ülésen *Hankó Zoltán* felelős szerkesztő szóbeli kiegészítést tett az írásos beszámolóhoz, majd érdemi megbeszélés bontakozott ki a szaklap helyzetéről, feladatairól és lehetőségeiről. A vita so-

rán egyaránt hangsúlyosan fogalmazódtak meg szakmai és gazdasági jellegű kérdések.

A szerkesztőbizottság jóváhagyta az elmúlt időszakra szóló beszámolót és a szerkesztőség 1997. évi nívódíjakra vonatkozó javaslatát. Eszerint nívódíjat kap: *dr. Mezey Géza*, *dr. Kata Mihály*, *dr. Szekeres Sándor* és *dr. Simon Kis Gábor*. A kitüntetések átadására a Magyar Gyógyszerészeti Társaság őszi közgyűlésén ünnepélyes keretek között kerül sor.

Az elkövetkező hónapokban kerül sor a szerkesztőség és a szerkesztőbizottság megújítására, melynek előkészítése során a szervezetek és szakosztályok vezetőivel történt konzultációkat követően kerül sor az MGYT elnöksége elé kerülő javaslat megfogalmazására.

Hankó Zoltán

GYÓGYSZERÉSZEK AVATÁSA SZEGEDEN

A Szegedi Nemzeti Színházban 1998. június 13-án került sor az idén végzett 83 gyógyszerészjelölt felavatására. A közelmúltban felújított és az alkalomhoz szépen és ízlésesen feldíszített Színház, mint helyszín, biztosította mind az igazán ünnepélyes, mind pedig a bensőséges hangulatot (először éppen 10 éve, 1988-ban volt itt gyógyszerészavatás). A fiatalok ezúttal is a hagyományos talárt viselték.

A Himnusz elhangzását követően a szervezők igyekeztek a rendezvényt azal is emlékeztetéssé tenni, hogy bevezetőként *Altörjai Tamás* szegedi magánénekes adott elő részleteket magyarul és – a térítéses képzésben részt vett hallgatók iránti tiszteletből – angolul: nevezetesen *Csajkovszkij*; *Anyegin*-je *Gremia* áriáját, *Händel* *Messias*-a áriáját és *Donizetti*; *Szerelmi bájjal*-ából *Dulcamara* áriáját, amit a résztvevők nagy tetszéssel fogadtak.

Az Egyetemi Tanács gyógyszerész-avató rendkívüli ülését *dr. Dobozy Attila* tanszékvezető egyetemi tanár, rektor nyitotta meg, egyúttal köszöntötte a megjelenteket: a jelölteket és hozzátartozóikat, az Egyetem oktatóit és a vendégeket. A Gyógyszerésztudományi Kart *dr. Erős István* tanszékvezető egyetemi tanár, dékán képviselte, míg az Általános Orvostudományi Kar részéről *dr. Varga Tibor* tanszékvezető egyetemi tanár, dékánhelyettes volt jelen.

A fiatalok kérését *Kovács Endre* gyógyszerészjelölt terjesztette elő, majd *prof. dr. Erős István*, a Kar dékánja ismertette a 76 magyar nyelven és a 7 angolul végzett jelölt névsorát.

Ezt követően a fiatalok – *Dékány György* előolvasásában előbb magyarul, majd *Helia Akbari* közreműködésével angolul – ünnepélyesen esküt tettek,

amelynek elhangzása után az Egyetemi Tanács tagjai – több év szünet után ismét – kézfogással gyógyszerésszé fogadták a fiatalokat, miközben halkán szót *Claydermann* zenéje.

Ezután került sor *Erős István* professzor dékáni avatóbeszédére.

Dr. Erős István dékán beszéde

Hallgatók és oktatók számára egyaránt ünnep ez a mai nap, amikor is egyetemünk rektora és a két kar dékánja ünnepélyes külsőségek között, kézfogással gyógyszerésszé avatott 83 sikeres záróvizsgát tett hallgatót. (76-an a magyar nyelvű képzésben, heten az angol nyelvű képzésben tettek eleget az oklevél megszerzése feltételeinek).

Kedves ifjú Kollégáim! Elsősorban Önök és családjuk számára nagy ünnep és esemény ez a nap, hiszen öt év kitarító munkája, erőfeszítéseik végére tettek pontot. Az ünnep felemelő hangulatához még az a biztonságérzet is társul, hogy jelentős kereslet van a gyógyszerellátás minden szférájában a fiatal szakemberek iránt. Önöknek, szerencsére, nincsenek elhelyezkedési gondjaik, egy pályakezdő több jó álláslehetőség között is választhat.

De ünnep és fontos esemény a mai nap egyetemünk, Karunk, az Alma Mater számára is. Egy újabb évfolyamot bocsátunk ma szárnyra. A záróvizsgák során eltűnődhettünk az oktatási folyamat sikerre és kudarcain. Már elkészült a záróvizsga eredményeinek statisztikai feldolgozása: 27 hallgató tett jeles, 43 hallgató jó és 6 hallgató közepes eredményű záróvizsgát; elégséges eredmény és bukás nem volt. (Az angol tagozaton 6 jó és 1 közepes eredmény született.) Az évfolyam záróvizsgájának átlaga 4,28, ami

még akkor is figyelemre és elismerésre méltó eredmény, ha tudjuk, hogy a szakdolgozat és az írásbeli (teszt) vizsga milyen jelentékeny felhúzó tényező. Ez a jó eredmény az Önök szorgalmának, tanulni vágyásának és az oktatók erőfeszítéseinek interakciójaként születhetett csak meg. Az oktatók nevében gratulálok ehhez a teljesítményhez és kívánom, hogy szorgalmukat, tanulási kedvüket és az új szakmai ismeretek iránti fogékonyságukat töretlenül őrizték meg egész pályafutásuk alatt.

És végül szép ünnepe és jelentős eseménye a mai gyógyszerészavatás szakmánknak, a gyógyszerész-társadalomnak is. A szakma várja az új reform-nemzedéket, a tette kész, alkotó, újért lelkesező fiatalokat.

Önök azzal a határozott meggyőződéssel lépnek ki az egyetem kapuján, hogy mindent jobban, eredményesebben fognak és mindent tökéletesebben akarnak csinálni, mint az előttük járó nemzedékek. Ez így jó és helyes. Tolsztoj írja valahol, hogy fajánk az a tanítvány, aki nem törekszik túlszárnyalni mesterét és szürke egér az a gyermek, aki nem akar gazdagabb, izgalmasabb életet élni, mint a szülei. A szakmai sikerekhez elengedhetetlen a kellő önbizalom. Azonban az önbizalom csak akkor válik építő erővé, ha helyes önismerettel és reális önértékeléssel párosul. Hasznos és tiszteletre méltó a kritikai érzék, de csak akkor, ha az értékek tiszteletével jár együtt. Impozáns erény a szókimondás bátorsága, de társuljon mindig sokoldalú és megfontolt elemzéssel.

Az avatás, a hagyományos gyógyszerészi eskü és az ünnepélyes kézfogás – a felemelő és emlékeztető percek után – éles és határozott cezúra az Önök eddigi pályafutásán, választóvonal, ami éle-

tüket két, merőben különböző szakaszra osztja. Ami eddig volt: a tanulás, az ismeretszerzés, a felkészülés periódusa; ami ezután következik: a munka, az alkotás, a felelősségteljes döntéseken alapuló cselekvés.

A szakma elsajátítására fordított öt évben karunk intézetei, az Általános Orvostudományi Kar és a JATE Természettudományi Kar gyógyszerészképzéssel (is) foglalkozó tanszékei a tudás gazdagon terített asztalához hívták, várták, invitálták (és néha bizony kényszerítették) Önöket. Gondolták volna, hogy a képzés 5 éves időszaka 5320 oktatási órát foglalt magába? Ebből 1725 óra elméleti előadás volt, 2535 óra laboratóriumi gyakorlat és 1060 órát tett ki a nyári szakmai és a záróvizsgát megelőző szakmai gyakorlat. Ez a már mennyiségileg is elképesztő hosszúságú idő bizonyára elegendő volt ahhoz, hogy megszerezhessék a szükséges szakmai ismereteket, kialakuljanak a szakma műveléséhez elengedhetlenül szükséges képességek, készségek és magatartásformák.

Gondolkodjunk el közösen azon, hogy milyennek kell lenni a jó gyógyszerésznek. Járjunk végig egy rövid történelmi utat. Egy közel száz évvel ezelőtt kiadott gyógyszerési kézikönyvből idézem a következőket:

„Legyen a gyógyszerész jámbor, hűséges, jó lelkiismeretű, tiszta életű, józan és főleg emberséges. Jártas legyen a compositákban, ismerje jól a simpliciatákat, tudja ezeket megkülönböztetni szaglás, látás, tapintás által, amelyek elengedhetetlen kellékei a tökéletes gyógyszerésznek, s mint ilyenek, veleszületett képességei legyenek. Járjon szorgalommal gyakornokai után, hogy okos, rendszeres emberekké, ne pedig szédelgő empirikussá váljanak. Tanítsa őket megkülönböztetni a helyes recepteket a helytelenektől, javítsa ki ezeken a javítandókat, mert sokszor még a tudós orvosok is olyan recepteket írnak, miket sem összeállítani, sem elkészíteni nem tudnának. Szorgalommal járjon füvek, virágok, gyökerek gyűjtésében, tartsa el és őrizze meg azokat műszabály szerint, hogy nemcsak az embereknek, hanem majd annak idején Istennek is felelhesen. Mert sok ember lelkét is megmentheti vagy kárhozatba juttathatja gyógyszerési által. Vigyázzon arra, hogy halálos mérgeket ismeretlen embereknek pénzért el ne adjon...”

Úgy gondolom, hogy a múlt leveldula illatán túl az elhangzottakban sok megszívlelendő igazság is van...

Lépünk most előre az időben egy évszázadot. A Nemzetközi Gyógyszerész Szövetség (FIP) a gyógyszerész megnövekedett szerepét és fokozott felelősségét az 1984-ben, Budapesten tartott kongresszusán fogalmazta meg legpregnansabban. Az itt született dokumentum

Budapesti Deklaráció néven vonult be szakmánk történetébe. Néhány fontos gondolatot szeretnék kiragadni ebből a nyilatkozatból, azzal a szándékkal, hogy ráirányítsam a figyelmüket a megnövekedett társadalmi szerepre és a fokozott gyógyszerészeti felelősségre. „...Növekvő számban jelennek meg nyilatkozatok, vélemények, téves megállapítások a gyógyszerekről és a gyógyászati anyagokról olyan emberek tollából, akiket bár jó szándék vezet, általában azonban hiányosan értesültek. A Nemzetközi Gyógyszerész Szövetség ezért újra leszögezi és hangsúlyozni kívánja, hogy: 1. a gyógyszereket és a gyógyászati termékeket ne tekintsék közönséges kereskedelmi árunak, ezek annál sokkal komplexebbek. 2. Csak szakemberek rendelkeznek a gyógyszerekre és a gyógyászati termékekre, azok összetételére, gyártására, kezelésére, elosztására, hatásaira, mellékhatásaira vonatkozó ismeretekkel. Kizárólag ilyen szakemberek alkalmasak arra, hogy megfelelő információt adjanak a betegeknek... 3. A gyógyszerészek azok a szakemberek, akik a szükséges integrált ismeretek birtokában vannak a gyógyszereket és a gyógyászati termékeket illetően. Egyetemi tanulmányaik olyan tantárgyakat tartalmaznak, amelyek ezekre az ismeretekre irányulnak, továbbá tudásukat állandóan növelik szakmai gyakorlatukkal és ismereteik naprakészen tartásával. Következésképpen a FIP emlékeztetni kívánja a kormányzati szerveket, nemzeti és nemzetközi szervezeteket, hogy a gyógyszerészeket és azok szakmai szervezeteit vonják be a gyógyszerekkel kapcsolatos kérdések megoldásába”.

Ezzel megérkeztünk mai szerepünk megnövekedett feladataink és felelősségünk taglalásához. 1997-ben Vancouverben ülésezett a WHO megbízásából egy munkacsoport, mely az európai és amerikai gyógyszerészképző egyetemek vezető szakembereiből állt, azzal a céllal, hogy megfogalmazzák a jövő gyógyszerészenek feladatait, megrajzolják a jövő gyógyszerészenek profilját. Itt született meg a „hét csillagos gyógyszerész” (the seven star pharmacist) modellje. Ezek a csillagok – feladatok és hatáskörök. Milyen szakmai tartalom van e csillagok mögött?

Első csillag a hagyományos gyógyszerészeti tevékenység, melyet a dokumentum gyógyszerészeti szolgáltatásnak nevez. Ez – jellegét tekintve – nagyon különböző lehet: klinikai, officinai gyógyszerészet, gyógyszerellenőrzés, kutatás, szervezés-irányítás. E szolgáltatásoknak a legmagasabb színvonalat kell képviselni. Második csillag a döntéshozó feladatkör. A gyógyszerészek – szolgáltató tevékenységük során – különböző erőforrások (munkaerő, gyógyszer, készülő, eljárás stb.) felett rendelkeznek, eze-

ket megfelelően, hatékonyan és eredményesen kell felhasználni, az eredményeshez viszont jó döntések szükségesek. Harmadik csillag a kapcsolatteremtő szerepkör. A gyógyszerész kulcsfontosságú helyet foglal el az orvos és a beteg között. E feladat megoldásához a kommunikációs készség sokoldalú fejlesztése szükséges. Negyedik csillag a vezetői szerepkör. A gyógyszerészek vezetői funkciót töltenek be számos olyan munkacsoportban, amelyeket egészségügyi feladatok megoldására szerveztek. A vezető szerepkör fontos elemei: hatékony irányítás, döntési készség, kommunikáció, türelem és empátia. Ötödik csillag a gazdálkodó-szervező szerepkör, a hatodik csillag az élethosszig tartó tanulásra való elkötelezettség és a hetedik csillag pedig az oktató-oktatási feladatkör.

Kedves ifjú Kollégáim! Befejezésül arról kívánok szólni néhány mondatot, hogy az előbb felsorolt szerepkörök eredményes betöltéséhez fontos belső tulajdonságok szükségeltetnek. Konfucius gondolatait ajánlom a figyelmükbe. Véssek jól emlékeztetükbe a következőket:

- aki komoly, azzal nem bánnak tiszteletlenül,
- aki nagylelkű, az megnyeri a tömegeket,
- aki szavahihető, abban megbíznak az emberek,
- aki szorgalmas, az érdemeket szerzi,
- aki pedig jóindulatú, az könnyen irányíthatja az embereket.

Kívánok Önöknek sok szakmai sikert, szép ívű, buktatók nélküli pályafutást, kiegyensúlyozott és nagyon boldog életet.

Az immár felavatott fiatalok nevében előbb Nagy Ágnes gyógyszerész mondott megleghangú köszönetet szüleiknek, oktatóiknak és mindazoknak, akik segítették őket, hogy gyógyszerészek lehetnek. Egyúttal ígéretet is tett: megszerzett tudásukkal jól sáfárkodnak és ismereteiket folyamatosan gyarapítják. Az angol nyelven vezettek közül *Ahmed Fouad Mohamed Aly* mondott köszönetet.

A felavatott fiatalokat köszöntötte az Egyetem rektora is, majd az emlékezetes és ünnepélyes Tanácsülést bezárta, amely a Szózat hangjaival ért véget.

A felavatott gyógyszerészek névsora: *Alexi Mariann, Ammar Brimo* (Szíria), *Antal László, Asztalos Annamária, Badics Eszter, Bagi Valéria, Bán Szilvia, Bene Andrea, Beretzky Ádám, Bodrogi Zsanett, Boldoczky Olga, Csatári Eszter, Cs. Varga Cecília, Dékány György, Dobos Gábor, Dudás Anita, Földes Dóra, Göcző Hajnalka, Harmai Rita, Hatházi Andrea, Havass Judit, Hegedűs Piroška, Horváth Hajnalka, Imrek Kornélia, Joó Gabriella, Juhász Csilla, Juhász Nóra,*

Junger Angéla (Jugoszlávia), Kelemen Éva, Kertész Farkas Klára, Kiri Éva, Koncz Katalin, Kovács Endre, Kovács Renáta, Lázár Zsófia, Mándi Erzsébet, Mike László, Molnár Ildikó, Nagy Ágnes, Nagy Éva, Nagy Ildikó, Nagy Orsolya, Nemes Mária, Orosz Andrea, Orovecz Attila, Öller Adrienn, Paronai János, Pető Éva, Péntek Éva, Péterffy Hajnal, Pintér And-

rea (Jugoszlávia), Polányi Imre, Raskó Balázs, Riedler Edit, Sándor Mária, Sárvári Zita, Selyem Bernadett, Steli Tamás, Sütő Kornélia, Szabó József, Szabó Szilvia, Szóka Anett, Szurap Judit (Jugoszlávia), Szűcs Erzsébet, Takács Mónika, Tóth Boglárka, Tóth Edina, Tóth Mária, Tóth Zsuzsanna, Tusnádi Zsanett, Valent György, Valkai Tímea, Vágó Ildikó, Vízi

Judit, Zsebedits Szilvia és Zsemberi Béla, továbbá Ahmed Fouad Mohamed Aly (Egyiptom), Chameti Despina (Görögország), Georgia Sífneou (Görögország), Helia Akbari (Irán), Joannis Frangoulis (Görögország), Pragiati Chryssoula (Görögország) és Tommy Berkovitz (Izrael).

Dr. Kata Mihály

BALLAGÁS A SZENT-GYÖRGYI ALBERT ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM GYÓGYSZERÉSZTUDOMÁNYI KARÁN

A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem végzős gyógyszerészhallgatóinak ballagására 1998. május 16-án 10 órakor került sor Szegeden. A Gyógyszerésztudományi Kar virágokkal feldíszített Eötvös utcai épülete előtt gyülekeztek az V. éves hallgatók, az őket kísérő szülők, barátok, diáktársak és hozzátartozók. A IV. éves hallgatók virággal és tarisznyával köszöntötték búcsúzó társaikat, majd a ballagó diákok énekelve elindultak, hogy végigjárják a kari intézeteket, tantermeket, diákéletük emlékezetes színhelyeit.

A Gyógyszertechnológiai Intézet laboratóriumában a végzős hallgatók nevében *Göcző Hajnalka* és *Ahmed Fouad Mohamed Ali* mondott köszönetet az Intézet munkatársainak színvonalas oktatás és odaadó nevelő munkájáért. Az Intézet nevében *dr. Pintyéné dr. Hódi Klára* docensnő és *prof. dr. Kata Mihály* egyetemi tanár búcsúzott el a hallgatóktól. A Gyógynövény- és Drogismereti Intézet oktatóitól *Csatári Eszter* a magyar tagozat és *Chameti Despina* az angol tagozat diákjai nevében mondta el búcsúzó szavait. *Prof. dr. Máthé Imre*, tanszékvezető egyetemi tanár ballagási köszöntőjében sok sikert kívánt a végzős hallgatóknak választott hivatásukhoz. A Gyógyszerkémiai Intézet és a Gyógyszeranalitikai Intézet oktatóinak fáradszóró munkájáért, a magas színvonalú szakmai ismeretek átadásáért *Dékány György* és *Tommy Berkovitz* mondott köszönetet. *Prof. dr. Fülöp Ferenc*, a Gyógyszerkémiai Intézet és *prof. dr. Dombi György* a Gyógyszeranalitikai Intézet képviselőitől meleg szavakkal búcsúzott el a hallgatóktól és tolmácsolta az intézet munkatársainak jókívánságait. Ezt követően *Havass Judit* és *Pragiati Chryssoula* köszönte meg a Gyógyszerhatástani Intézet oktatói által nyújtott értékes ismereteket. Az Intézet nevében *prof. dr. Falkay György*, tanszékvezető egyetemi tanár búcsúztatta a végzős hallgatókat és felidézte az előadások és vizsgák néhány vidám pillanatát.

A ballagó diákok ezután a Dóm téri egyetemi épületegyüttes árkádsora alatt átvonultak az Oktatási Épület előadótermébe, ahol a ballagás központi ünnepségre került sor. Az ünnepi eseményen

részt vett *prof. dr. Telegdy Gyula* akadémikus, oktatási rektorhelyettes, *prof. dr. Erős István* a Gyógyszerésztudományi Kar dékánja, a Gyógyszerésztudományi Kar oktatói, dolgozói, a JATE Természet-tudományi karának valamint a SZOTE Általános Orvostudományi Karának professzorai és oktatói. A Himnusz elhangzása után az V. éves hallgatók nevében *Nagy Ágnes* és *Helia Akbari* búcsúzott, majd a végzős hallgatók átadták virágukat oktatóinak.

Nagy Ágnes búcsúbeszéde

„Tisztelt Rektorhelyettes Úr, Dékán Úr, Tanáraink, kedves Hallgatótársaim, Szülők, Hozzátartozók!

Életünk újabb fordulópontjához érkezünk. Ilyenkor az ember visszatekint az elmúlt időkre és számadást készít. Mögöttünk szép, de kemény öt egyetemi év áll, amely meghatározó lesz további életünkben. Ez a nap, a ballagás napja, ünnep számunkra. A búcsúzásnak ez a fajtája nem az első az életünkben és mindig egy-egy fontos időszak befejezését jelenti.

Öt évet kaptunk arra, hogy a választott hivatásra és az életre felkészüljünk, s nekünk, akik itt állunk, úgy érzem, ez nagy részben sikerült. Ezt köszönjük most meg tisztelt oktatóinknak. Hálásan köszönjük tanárainknak az útravalót, amely olyan tőke számunkra, mellyel beléphetünk az életbe és biztos támaszt nyújt pályánk során. Feladatunk, hogy ezt a tudást magunk bővítsük és kamatoztassuk tovább, mert az élet, a tisztesség, a becsület ezt kívánja tőlünk. Vizsgázni, bizonyítani még számtalanszor fogunk az életben. Nem feledkezhetünk el arról, hogy tudásunk soha sem teljes, gyarapítására, az új befogadására hivatásunk szellemében mindig nyitottnak kell lennünk. Ehhez tanárainktól az elmúlt öt év során megkaptuk a tudást, a szakma belső titkait bízták ránk azzal, hogy ismereteinket folyamatosan bővítsük, becsülettel kamatoztassuk, odaadással hasznosítsuk az emberiség javára. A szakmával, a hivatással szembeni alázatunk erre kötelez.

Most, a búcsú perceiben, arra is em-

lékezünk, hogy az elmúlt évek során nem csak tanultunk, nem csak a hivatásunkra készültünk, hanem éltük a diákok vidám életét, melyet kudarcok és sikerek, megmérettetések és kikapcsolódások tarkítottak és tettek gazdaggá.

Köszönjük szüleinknek, hogy mindig mellettünk álltak és tanácsaikkal, szeretetükkel támogattak, segítettek bennünket. Most szárnyra bocsátanak, büszkének ránk és bíznak bennünk, hogy megálljuk a helyünket. Kérjük, hogy ezzel a jó szándékkal, fáradszóró, örökös szülői szeretettel kövessék további életünket.

Az itt maradónak, az utánunk következőknek pedig sok sikert, kitartást kívánok egyetemi tanulmányaikhoz és kívánom, hogy töltsék vidáman, önélelten diákéveiket.” *Nagy Ágnes* végezetül *Reményik Sándor* „Mi mindig búcsúznak” c. versével köszönt el.

Ezután ünnepélyes zászlóátadás következett, majd *Dér Péter* és *Fotis Nicolaides* IV. éves hallgatók mondták el búcsúzó szavaikat. Végül *prof. dr. Erős István*, a Gyógyszerésztudományi Kar dékánja mondott búcsúztató beszédet.

Dr. Erős István búcsúztató beszéde

„Karunk nevében szeretettel köszöntöm a búcsúzó V. éves hallgatókat ezen a szép napon, hosszú diákéletük utolsó ballagásán. Még egy vizsga – a záróvizsga – letétele vár Önökre és ezután maguk mögött tudják a tanulás, a felkészülés periódusát.

Gondolom, hogy most valamennyiük fülében és szívében a költő hangja szól:

„...most gyertek, szabad mellű örömkök

s pusztuljatok, bilincses iskolák!”

Nos, a szabad mellű örömről és a bilincses iskolákról kívánok búcsúzóul néhány mondatot mondani Önöknek.

Mik is ezek az örömkök? A szabadság mámorosító érzése mellett a hasznosságunk és az a tudat, hogy szükség van ránk, szükség van a munkánkra – tesz

igazán szabadabbá minket. A diploma kézhezvétele után, amitől alig egy hónap választja el Önöket, szép és izgalmas szakmai feladatok várnak a pályakezdő gyógyszerészekre. A privatizációval a gyógyszerészi pálya visszanyerte régi rangját, felértékelődött a mi szakmánk. Kívánom valamennyiüknek, hogy találják meg a képességeikhez legjobban illeszkedő munkahelyet és munkát. Sok örömet és intellektuális kielégülést találjanak a munkájukban. Az örömmel és hobbyként végzett munka hasonlatos a repülés boldogságához, ahogy azt a tragikusan elhunyt kiváló színész, *Latino-vits Zoltán* fogalmazta.

Kívánom továbbá azt, hogy az egyetemen megszerzett tudásuknak minél nagyobb hányadát tudják majd alkalmazni munkájukban, minél nagyobb legyen ismereteik szellemi-gyakorlati alkalmazhatósága.

Egyben óvom Önöket attól a csalóka látszattól, hogy már mindent tudnak, a záróvizsga után nyugodtan sutba vágthatják könyveiket, elégethetik jegyzeteiket. A polgári társadalomban törvény és belső igény, hogy egy értelmiségi élethosszig tanul, szakmai ismereteit naprakészen tartja és új területeket igyekszik meghódítani. Ne vegyék ünneprontásnak, hogy most, a búcsúzás emelkedett perceiben is a tanulás szépségéről és fontosságáról beszélnek.

A tanulás témája visszavezet minket a „bilincses” iskolákhoz. Valóban bilincsesnek érezték az iskolát? Tény, hogy jelenlegi oktatási rendszerünket számos kötöttség jellemzi. Kötött az előadások, gyakorlatok helye, ideje, témája és nincs szabad tanárválasztás. Talán ezeket a kötöttségeket bilincsek formájában élte meg a hallgatóság. Azt viszont tiszta lelkiismerettel elmondhatom, hogy sosem kötöttük béklyóba a hallgatóság szellemét.

Az ifjúság biológiai kategória, de a fiatalság szellemi-lelki tulajdonság. A fiatalságot szárnyak és lobogás jellemzi. Ha valaki elveszti szárnyait és lobogását, akkor elszürkül, elfásul és visszavonhatatlanul felnőtté válik. Nos, én úgy gondolom, hogy mi, az Önök oktatói itt a Karon mindig segítünk ezt a szárnyalást és szíttuk ezt a lobogást, ha ezt Önök nem is vették talán észre. Mivel? Például korszerű szakdolgozati témákkal, a diák-köri munka korlátlan lehetőségeinek biztosításával vagy azzal, hogy az oktatók

tekintélyes részét mindig meg lehetett keresni szakmai-emberi gondjaikkal.

Azt bizonyára tudják, hogy a ballagás, ez a kedves diákszokás a porosz-osztrák iskolarendszer másolásával került a mi diákhagyományaink közé. Eredeti értelmezésben örömnep volt, amikor a diákok a szellemi kiskorúság állapotából átléptek a régóta áhított felnőtté válás birtokába a ballagás vidám és varázslatos kapuján. Csak e század elejének szentimentalizmusa avatta ezt érzélgős, könnyes-bús diákszerartassá.

Hogyan is kell búcsúzni az ifjúságtól? *Márai Sándort* idézem: „Az ifjúságtól jókedvűen kell búcsúzni. Tehát nem meghatottan és nem is érzelmesen, mint a gyöngék, a nyafkák és a tájékozatlankok cselekszik, akik lehorgasztott fővel, könnybe lábadt szemekkel bámulnak a távozó ifjúság után, búcsút intenek és önsajnáló érzelmességtől remegő hangon nyögőcselnek: „Vale, Ifjúság...” Továbbá, boldog ifjúság. Így nem szabad búcsúzni az ifjúságtól. Jókedvűen, teli tudóbból harsogó nevetéssel kell búcsúzni, mint aki megbízhatatlan útitársától szabadul meg. Ezt kell mondani: „Tűnj csak el ifjúság. Szánalom nélkül nézem távozásod.” Nem is volt olyan jó ifjúnak lenni. Zavar volt, köd, vágyakozás, tájékozatlanság, hamis fogalmak, még hamisabb képzetek, vágy és félelem, hogy elmaradunk a nagy versenyben. S amikor karjaink között tartunk valakit, mennyi félreértés! S a félelem, hogy elmulasztjuk a Másikat, aki igazibb. S a hírnév, amelyre ijtan vágytunk, milyen más volt, mennyivel gyanúsabb és illanóbb, amikor aztán megérkezett. S a világi javak, amikor elérkeztek életünkbe, milyen gyanúsán ragadtak az emberi irigység szutykától. Nem, az ifjúságtól sajnálkozás nélkül lehet búcsúzni. Lelkiállapot volt ez, megható és gyöngéd önkívület. Most, amikor elmegy, ifjúság, örömmel fordulok a másik táj felé. Most már én vagyok én, tetőtől talpig. Nem jó, nem bölcs, nem egészen igazságos, de már gyanítok valamit arról, mi az igazság...”

Hogy mi az igazság, azt én is csak gyanítom, *Márai Sándorral* egyetértve, de mindezen túl makacsul és rendületlenül hiszek egy értelmiségi létformában, egy humánus-intellektuális embereszményben. Annak ellenére hiszek, hogy tudom: ez az eszmény a maga tiszta formájában sohasem valósul meg. Ezt az

embereszményt szeretném Önöknek ballagási ajándéku adni.

Az igazi, ezt az értelmiségi eszményt megvalósító ember nem törtető, nem nagyképű és nem önző. Tudását, műveltségét nem úgy viseli, mint egy színes jelmezt: ez az, ami a tömegektől megkülönböztet és a tömegek fölé emel. Az értelmiségi ember önmagával szemben kérielhetetlenül következetes és igényes. Soha nem tartja tudását és emberi értékeit késznek, befejezettnek, hanem mind több és több szakmai ismeretre és belső gazdagságra törekszik. Mintha egy véget nem érő lépcsőn igyekezne feléle... Mik a lépcsőfokai ennek az útnak? Hadd vegyem kölcsön a század nagy költőjének, *Illyés Gyulának* sorait:

„Ahol egy hibát megszüntetünk, az egy lépcsőfok,

Ahol egy ártalmas, hazug hangot leintünk – egy lépcsőfok.

Ahol egy tévedésünket beismerjük, egy lépcsőfok.

Ahol egy hatalmaskodót rendre intünk, egy lépcsőfok.

Ahol a rendreintést fegyelmezetten elfogadjuk, öt lépcsőfok.

Ahol rendreintés nélkül tesszük a jót, tíz lépcsőfok.

Ahol egy éhes szájat megcsitítunk, az is egy nagy lépcsőfok.

Egy csecsemőt kézbe venni, anyjának szépet mondani, leánynak udvarolni, fiúnak visszabicceneni,

minden, ami a világnak örömet ad, a csók, ami eddig nem volt,

a gyermek, aki most lett, lépcsőfok mind-mind fölfelé.

Ha elmosolyodtok a tanácson, az is egy lépcsőfok.

Ha elgondolkodtok rajta, hét lépcsőfok.

Ha hazamenve innen, csak egy szó – egy szöveg és okosan, előrelátással és szeretettel kimondott – emberi szó erejéig valóra váltjátok – húsz lépcsőfok.

De fő, hogy jókedvűen. Nemcsak tiszta ésszel és szívvel, de mosolygó tiszta arccal is. A halál a legerősebb ellenségének a vidámságot érzi.”

Kedves búcsúzó hallgatók! Az Egyetem oktatói és a magam nevében vidám, derűs és boldog életet kívánok Önöknek!

Az ünnepség a Szózat hangaival zárult.

Dr. Kata Mihály

„A VETERINER KÉSZÍTMÉNYEKEL ÉS A MAGYAR ÁLLATEGÉSZSÉGÜGGYEL KAPCSOLATOS ÚJ ISMERETEK”

A SOTE Gyógyszerésztudományi Kara a fenti címmel és témakörrel egynapos továbbképzést hirdet gyakorló gyógyszerészek részére a tavaszi félévben, első alkalommal 1999. április hónap második felében. Időtartama: 6–8 óra. Az előadók állatorvosok és gyógyszerészek lesznek. Részvételi díj: 9000 Ft. A képzés helye: Budapest, Hőgyes E. u.

Érdeklődni lehet a tanfolyamvezetőnél: Dr. Stampf György 1092 Budapest, Hőgyes E. u. 7. Tel.: 217-122. E-mail: stampg@szerves.sote.hu/Fax: 217-0914

Dr. Stampf György egyetemi docens

**TUDOMÁNYOS ÜLÉS A SZOTE TUDOMÁNYOS ÜLÉSEK BIZOTTSÁGA ÉS
A SZEGEDI AKADÉMIAI BIZOTTSÁG ORVOSTUDOMÁNYI SZAKBIZOTTSÁGA KÖZÖS SZERVEZÉSÉBEN**

A SZOTE Tudományos Ülések Bizottsága és a SZAB Orvostudományi Szakbizottsága 1998. május 19-én szervezett előadó ülésén a gyógyszer technológia újabb eredményeivel ismerkedhettek meg és a SZOTE Gyógyszer technológiai Intézet kutatási tevékenységéről kaptak áttekintést az érdeklődők. Az előadó ülésen a Kar oktatói, hallgatói és a régió gyógyszerészei mellett megjelentek a téma iránt érdeklődő klinikusok és az elméleti intézetben dolgozó orvosok is. Az üléselnöki tisztet *dr. Stájer Géza* egyetemi tanár látta el.

Az alábbiakban az öt elhangzott előadás rövid tartalmi kivonatát közöljük.

Hódi K., Révész P., ifj. Kása P.: Prélési rendellenességek tanulmányozása a prérelési erőgörbék alapján.

Egy tablettát összetételének kidolgozását számos preformulációs vizsgálat előzi meg. Ezek között szerepel a prérelhetőség, ezen belül a prérelési rendellenességek tanulmányozása is. A prérelés során ugyanis a tabletták megfelelő paraméterei mellett a zökkenőmentes gyártást is biztosítani kell.

A prérelhetőség vizsgálata nyúlásmérő bélyegekkel és elmozdulás távadóval ellátott, számítógéppel összekötött tablettázógéppel végezhető. Ezáltal mód van az erőgörbék felvételére és a prérelési paraméterek meghatározására. Továbbá felvilágosítást lehet kapni a deformációs készségre, a plaszticitás mértékére, az elasztikus munka nagyságára. Tanulmányozni lehet az energia-megoszlás mértékét és a súrlódás mértékét egyaránt.

Az erőgörbék elemzése során fény derülhet arra is, hogy a pre- vagy a posztkompressziós szakaszban tapasztalható-e a rendellenesség.

Megállapítható továbbá, hogy az egyes anyagi tulajdonságok (morfológia, szecseméret, nedvességtartalom, összetétel stb.) illetve a gyártási paraméterek (préserő, levegő relatív páratartalma, a levegő illetve a présasztal hőmérséklete stb.) hogyan befolyásolják az erőgörbék lefutását és a prérelési paramétereket.

A szerzők előadásukban Korsch EKO típusú feleműszerezett tablettázógéppel kapott prérelési erőgörbék értelmezéséről számoltak be. Felhívták a figyelmet a pre- illetve posztkompressziós szakaszban fellépő súrlódásból adódó rendellenességre, felismerésére és kiküszöbölésének lehetőségére.

Révész P., Hódi K., ifj. Kása P.: A szférikus kristályosítás jelentősége a szilárd gyógyszerformák fejlesztésében.

Az utóbbi időben egyre nagyobb az érdeklődés a közvetlenül kapszulába tölthető illetve előzetes granulálás nélkül prérelhető hatóanyagok (rágótabletta, pezsgőtabletta) iránt. Ezzel összefüggésben került a figyelem középpontjába a szférikus kristályosítás.

A szerzők áttekintést adtak a szférikus kristályosítás múltjáról és jelenéről, külön kiemelve *Kawashima* és *mtsai* (1982) úttörő munkáját. Ismertették a szférikus kristályosítási eljárásokat, majd szóltak a kristályosítás gyógyszer technológiai vonatkozásairól. A bemutatott eredmények egy része irodalmi hivatkozáson, másik része pedig saját kutatási munkán alapul.

Ez utóbbi egy aminosav-származék szférikus kristályosításával és rágótablettá formulálásával kapcsolatos munka, amelyet a szerzők a PATE Műszaki Kémiai Kutató Intézet (Veszprém) kutatóival kooperációban végeztek.

Ifj. Kása P., Hódi K., Révész P.: Pelletek előállítás.

A szerzők a gyógyszer technológiában ismert szilárd gyógyszerformák, azon belül a pelletek előállításánál alkalmazható eljárásokat és berendezéseket ismertették.

A különböző tulajdonságokkal rendelkező ható- és segédanyagok a feldolgozás során eltérő viselkedést mutatnak. Sok esetben a közvetlen feldolgozást nehezíti a kristályok morfológiai tulajdonsága, amit pelletkészítéssel javítani lehet. A pelletek felhasználása történhet önálló gyógyszerformaként, de lehet tablettázás előtti ún. köztitermék is.

A szerzők a pelletkészítő berendezések széles skáláját mutatták be, a hagyományos drasztírozó üsttől egészen a modern fluidizációs készülékekig, beleértve a tányér- illetve centrifugál-granuláló berendezéseket. Megemlítették az ipari méretekben is használatos folyamatos működésű granulálókat is.

Kitértek az egyes berendezéseken történő anyagmozgásokra, valamint ismertették a folyamatos szemcseanalízis lehetőségét. Az ellenőrzésnek nemcsak a termék megfelelő minőségének biztosításában van szerepe, de a folyamat validálásánál, valamint az egyes berendezések kvalifikálásánál is nagy jelentősége van.

ifj. Regdon G., Erős I., VERNYIK Á., BERKÓ SZ.: Liberáció, mint a rektális terápia kulcsképe.

A szerzők előadásuk témájaként a rektális terápiával kapcsolatosan kínálgató lehetőségek közül a terápiás hatás kialakulása szempontjából egyik legfontosabb területet, a liberációt, vagyis a

gyógyszerfelszabadulást, illetve az azt befolyásoló körülményeket helyezték előadásuk fókuszába. A rektális terápia sokoldalúságát, a liberációt befolyásoló tényezők komplexitását saját kísérletes tapasztalataik mellett irodalmi példák segítségével mutatták be, melyeket 3 fő tényező: az alkalmazott hatóanyag, a kiválasztott kúpalapanyag és a felhasznált további segédanyag tulajdonságai köré csoportosították. Megállapították, hogy igen jelentős a szerepe a vehikulum és a többi segédanyag tudományos alapokon való kiválasztásának, mivel az aditívek jelentős mértékben javíthatják vagy ronthatják a rektális felszívódást. Végül pedig Friese szavaival rámutattak a további fejlődés irányára: „Auch Gutes kann häufig noch verbessert werden”.

Erős I., Csóka I., Csányi E., Kövér T.: Emulziók – mint programozható hatóanyag-leadó rendszerek.

A szerzők a bevezetőben ismertették az emulziós rendszereknek, mint gyógyszerhordozóknak az előnyeit a szuszpenziókkal szemben. Összefoglalták a tenzid(kotenzid)-olaj-víz három, illetve négykomponensű rendszerek fontosabb típusait: a makroemulziókat, mikroemulziókat, összetett emulziókat, gélemulziókat, liposzómákat, vezikulákat, reverz micellákat, nioszómákat és az ún. farmakoszómákat. Kitértek ezen rendszerek termodinamikai, valamint kinetikai állapotosságára.

Az előadás további részében egy nagy terjedelmű kísérleti munkából mutattak be szemelvényeket, mely kutatási program makro-, mikro-, összetett és gélemulziók gyógyszerleadásának tisztázására és összehasonlítására irányult. Az alkalmazott hatóanyagok részben jó vízoldékonyságú farmakonok (efedrinium-klorid, lidokainium-klorid) részben vízben rosszul, illetve alig oldódó hatóanyagok (grizeofulvin, piroxicam) voltak. A hatóanyagfelszabadulást két módszerrel egyensúlyra vezető diffúzióval és folyamatos átáramoltatáson alapuló módszerrel tanulmányozták. Az utóbbi készülő e terület jelenleg legkorszerűbbnek számító kísérleti technikája, az automatizált mintavevővel ellátott *Hanson diffúziós cella* volt.

Az eredményeket különböző számítógépes modellekkel értékelték, illetve dolgozták fel. Eredményeik közül kiemelendő, hogy a mikroemulziók esetében jellemzően nagyobb gyógyszerfelhasználást tapasztaltak, mint a hasonló komponensekből álló, ugyanannyi hatóanyagot tartalmazó makro-, gél-, vagy összetett emulziókból.

Dr. Erős István

A BUDAPESTI GYÓGYSZERÉSZTUDOMÁNYI KAR TANÁCSÁNAK ÜLÉSE 1998. MÁJUS 13-ÁN

A Kari Tanács dr. Vincze Zoltán dékán elnökletével tartotta ülését a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Tanácsstermében.

A dékán az oktatók körében elnyert rangos kitüntetésekéről tájékoztatta a Tanácsot. Dr. László Alexandrát, az ELTE Szeretlen és Analitikai Kémiai Tanszék vezető oktatóját, az MGYT Gyógyszeranalitikai Szakosztály XXVIII. Továbbképző Kollokviumán (1998. IV. 14.), a Társaság „Schulek Elemér Emlékérem”-mel tüntette ki.

A hagyományos Markusovszky Lajos emlékülés keretében ez év április 23-án osztották ki az „Orvosi Hetilap Markusovszky Lajos Díj”-ját. A díjban részesültek dr. Nász István akadémikus és dr. Ádám Éva professzorok, az egyetem Mikrobiológiai Intézet Mikrobiológiai-Virológiai Kutatócsoportjából „Új fejlemények és irányzatok az adenovírus kutatásban” című, az Orvosi Hetilapban 1997-ben (43. szám 2711. old.) megjelent átfogó tanulmányukért.

A IV. és V. éves gyógyszerészhallgatóktól öt rektori pályamunka érkezett be, mind az öt pályamunka I. díjban részesült. A dékán átnyújtotta a nyerteseknek a díjakat.

A Kar által létesített „Dr. Schulek Elemér emlékérem és jutalom díj”-ra három pályamunkát nyújtottak be. A bíráló bizottság mind a hármat egyformán nagyra értékelte. Az emlékérmeket és jutalomdíjakat végül Erdélyi Máté és Tamási Viola IV. éves hallgatók nyerték el „A hidroxikarbonsavak szerepe a gyógyszerészetben és a szervezetben” című rektori pályamunkájukkal.

A Magángyógyszerészek Országos Szövetségének képviselőjében meghívottként részt vett az ülésen dr. Mikola Bálint elnök. A Tanácsülés kiemelt napirendi pontja a Szövetség és a Gyógyszer-

résztudományi Kar együttműködése volt. Az együttműködési tervezet vitanyagához dr. Mikola Bálint hozzászólásában rámutatott, hogy a gyógyszerellátás struktúrája az utóbbi években lényegében átalakult és a folyamat még tart. Az egészségügyi ellátás átalakulása során kialakult a háziorvosi hálózat. Az idén az Országgyűlés elfogadta a „Gyógyszertörvény”-t. A törvény a gyógyszerkiadással, a gyógyszerfelhasználással, a gyógyszerellátással, a terápiás információ átadással kapcsolatosan köteleességeket fogalmaz meg, s ez a jövő évben lép hatályba. A gyógyszerellátásban dolgozók számára ez kihívás, amire sokuk nem igazán van még felkészülve. Új feladataink megfelelő ellátásához szükség van a kölcsönös információ cserére, az egyetem és a hálózati kollégák szorosabb együttműködésére.

A Tanács foglalkozott dr. Mátyus Péter, a Szerves Vegytani Intézet igazgatója a „Számítógépes kémia és hatóanyagtervezés: módszerek és alkalmazásuk” címmel kötelezően választható tárgy indítására tett javaslatával. A tárgy a gyógyszerkutatás területéről magas színvonalon nyújt aktuális, jövőformáló ismereteket. A Tanács a tárgynak a kötelezően választható diszciplinák közé besorolását elfogadta.

Vincze Zoltán dékán a jubileumi oklevelekkel kapcsolatos tájékoztatásában említette, hogy eddig 26 gyógyszerész nyújtotta be igényét, de elképzelhető, hogy szinte az utolsó pillanatig bővül még a kérelmezők száma. Kívánatos volna, ha a Kar egy hiteles kimutatás birtokában megnyugtatóan kézben tarthatná a jubileumi oklevéllel várhatóan kitüntetettek névsorát.

Az oktató gyógyszerésztárak kapjanak nagyobb szerepet a képzésben – han-

goztatta Vincze dékán. Törekvése, hogy az oktató gyógyszerésztárak hálózatának kiépülésével segítse elő a képzés kiszélesítését. A feltételek közt az egyik meghatározó, a képzést irányító oktató gyógyszerész felkészültsége, korszerű szemlélete. Az egyetem nagyra becsüli a képzésben résztvevő oktató gyógyszerészt, aki szakmai képzettségével, hivatásmotivációjával példakép is ifjúságunk előtt. A Tanács foglalkozott az „oktató gyógyszerész” és az „oktató gyógyszerésztár” kitüntető oklevelek adományozásával, és döntött a kitüntetésekéről.

Elkészült a III. és IV. év utáni nyári gyógyszerésztári gyakorlat tematika tervezete (4 hét, heti 35 óra). A gyakorlat célja, a gyógyszeres technológiai témakörben tanult elméleti és gyakorlati ismeretek kiszélesítése és gyakorlati felhasználása, továbbá az egyetemen tanult, az alaptantárgyak során elsajátított ismereteknek a gyógyszerésztári gyakorlati problémákhoz való adaptálása. A tervezet az elvégzendő feladatokat nyolc pontban foglalja össze. A tematikához a „Gyógyszerész hallgatók kórházban töltendő nyári gyakorlati idejére javaslat” címmel tervezetet nyújtott be a Hallgatói Önkormányzat részéről Horváth-Sziklai Attila, aminek a konzulense dr. Soós Gyöngyvér volt.

Végezetül a dékán tájékoztatta a Tanácsot, hogy a gyógyszerellátással, a gyógyszerterápiás tájékoztatással kapcsolatos, a MOTESZ keretében jövőre szervezett MEDIPHARMA rendezvény előkészülete Magyar Kálmán akadémikus professzor vezetésével folyik. Ennek keretében az egyik kiemelt program az OTC készítményekkel kapcsolatos feladataink. E témakörben folyó viták moderátora Vincze professzor lesz.

Dr. Brantner Antal

OSZTRÁK GYÓGYSZERÉSZ NAPOK

Az Osztrák Gyógyszerészeti Társaság 14. tudományos rendezvényét Crazban tartották 1998. június 11–13. között, a Ferenc Károly Egyetemen.

A szép, allegorikus mennyezetfestésű tanácssteremben volt a megnyitó, amelyen prof. Schram (Graz) és az elnök prof. Kubelka (Bécs) megnyitja után, a szomszéd országok gyógyszerészei nevében a svájci, a cseh és a magyar gyógyszerészeti társaságok képviselői üdvözölték a kongresszus résztvevőit.

Az ünnepélyes megnyitó ülés kedves színelőző volt a szakdolgozatok nyertesének kitüntetése és jutalmazása. A jutalmazottak között mindegyik gyógyszer-

részkar (Bécs, Graz, Innsbruck) hallgatói képviselőket nyertek. A kongresszus csütörtök estétől szombat délutánig tartott. A megnyitó tudományos előadását prof. dr. H. Kubinyi (BASF) tartotta „A gyógyszerkutatás – a véletlen felfedezéstől a célkitűzéséig” címmel. Összefoglalta a gyógyszeres felfedezések, valamint a receptor elméletek kialakulásának történetét. A további plenáris előadásokon: prof. dr. G. Folkers (ETH, Zürich) a ligandum elmélettel, prof. dr. Hanischpleger (Scharper és Brünner, Salzgitter) a gyógynövények jövőjének kutatásával foglalkozott a pénteki napon.

Szombaton újabb 3 plenáris előadás,

emellett mindkét napon poszter szekció és rövid előadások is elhangzottak négy szekcióban, felölelve a gyógyszerészet különböző területeit.

A rövid előadások száma 23, míg a bejelentett poszterek száma 92 volt. Utóbbiak között egy magyar társszerző neve érdemel említést (Kilár F., Pécs) az analitikai szekcióban.

A konferenciát két vacsorával egybekötött fogadás tette színessé, amelyek közül az első napon a tartományi elnök, a második napon pedig a polgármester vendégei voltak a résztvevők.

Dr. Lipták József

A SOPRONI PATIKAMÚZEUM 30 ÉVES JUBILEUMA

Az MGYT Győr-Moson-Sopron megyei szervezete 1998. május 30-án emlékezett meg ezen jubileumról. A Sopronban szervezett megyei rendezvényen szép számmal jelentek meg a kollégák, valamint, aki a Soproni Városi Múzeum munkatársai. A tudományos ülés során visszaemlékezés hangzott el a tárgyi és írott emlékek korábbi gyűjtéséről, megőrzéséről. Kiemelték *Antall József*, a Semmelweis Múzeum akkori vezetőjének segítségét, aki Sopronra nézve ui. felfüggesztette az országos begyűjtési rendeletet. Így a 17. században alapított egyik belvárosi gyógyszerár helyén 1968-ban meg tudták nyitni az ország első patikamúzeumát. A gyűjtemény azóta fejlődött, további emlékek révén. A jubileum alkalmából külön kiállítást is rendeztek régi gyógyszerári munkaeszközökből. Ezeket még több megyei gyógyszerártól gyűjtötték be. Ez a kiállítás a Soproni Ünnepi Hetek alkalmával is látható lesz.

(-)

GYÓGYSZERÉSZET – GYÓGYSZERÉSZEK BARANYÁBAN

A Pannonmedicina Gyógyszerkereskedelmi Rt. április 28-án Pécsen, a Delta étteremben ún. Medicina Klubnapot tartott, sorrendben már a másodikát ezévenben. Az első, mely tárgysorozatát tekintve „Richter” napként volt nevezhető, a megjelentek számát illetően is sikeres volt és az érdeklődés mintegy 120 fő részvételével, ez alkalommal sem csökkent.

A kényelmesen érkezők miatt kérészerű késséssel indult előadó klubdelutáni résztvevőit a háziasszony *dr. Takácsy Imréné* vezérigazgató köszöntötte, kérve az előadókat, hogy a programnak megfelelően, szíveskedjenek betartani a meghatározott időtartamokat, melyeket – különösen a végén – jelentősen „túlteljesíttek”.

A meghívóban elsőnek jelzett AUV készítmények forgalmazásával foglalkozó tájékoztatót *Németh Csabáné*, beszerzési és logisztikai osztályvezető tartotta, biztatva és biztosítva a vezető kollégákat, hogy a gyógyszerári igények esetleges növekedésének megfelelően követik a készítmények raktári készletezését. *Dr. Várszegi László* megyei tisztifőgyógyászhoz szólásában támogatta ezt a törekvést arra is utalva, hogy csak a gyógyszerárakban tartja biztosítottnak a szakszerű tárolást és kiszolgáltatást.

A Yamanonchi Europe képviselője *dr. Király Gabriella* előadásában a veleszületett allergiás – atópiás – ekzéma kezelésé-

nek kérdésével foglalkozott, ami a gyermekek kb. 20%-ánál előforduló, bőrszárasság és viszketés formájában jelentkező ártalom. Kiemelte a megelőzés jelentőségét, a környezeti irritatív tényezők kiküszöbölését, a táplálék, tej- és tojásfogyasztás megfigyelését. Tisztálkodásnál kerülni kell a sok szappan és forró víz használatát, szemben a hidratáló krémek, olajok alkalmazásának előnyös hatásával.

Leviczkyne Újszászi Mónika a F. Hoffmann - La Roche Ltd. részéről a hazánkban múlt év júniusa óta forgalomba hozott Elevit prenatal nevű készítmény fontos szerepét emelte ki a terhesség alatti vitaminpótlásban, miután a vonatkozó megfigyelések szerint a terhes nők 97%-a a szükségesnek 70%-át sem veszi fel. A készítmény az A- és B-vitaminok kedvező aránya mellett elegendő vas és magas magnézium tartalmú, a leendő anyának a felkészülés, a terhesség és a szoptatás ideje alatt napi 1 tableta elegendő, más vas készítmény adása elegendő.

Dr. Karbuczky Zsuzsanna az Organon Hungary Kft. gyógyszerismertetőjeként a menstruáció megszűnése, a menopauza utáni állapot, az ún. postmenopauza időszakában fellépő ösztrogén hiánytünetek között felsorolt: vazomotorikus, pszichés, urogenitális, kardiovaszkuláris panaszok kapcsán az eddig alkalmazott szokványos hormonterápia hátrányaira hivatkozva az Organon Livial elnevezésű készítményének előnyeit ismertette, amely már megközelíti az ideális termékprofilát a női nemihormon hiány pótlására, figyelemmel a „javallatok és ellenjavallatok”-ban felsoroltakra és arra, hogy az utolsó normál menstruációt követő egy év után kell megkezdeni a szedését, majd folyamatosan, megszakítás nélkül, napi 1 tablettával, általában kb. félévenkénti orvosi ellenőrzés mellett kell alkalmazni.

Utolsó előadóként *dr. Robert Lyons* az East Park Research magyarországi igazgatója az Eden kapszula alkalmazásának előnyeit ismertette. A kapszula olajja levél kivonatot tartalmaz és – mint mondta – kiváló hatású táplálék kiegészítő minden olyan esetben, amikor a szervezet immunrendszere gyengül, „felmondja a szolgálatot”. Megítélése szerint az ökológiai egyensúly felbomlása, az emberiséget körülvevő kórokozók elszaporodása következtében várható az emberi átlag életkor fokozatos rövidülése, szükséges tehát ennek védelmére felkészülni, a természetgyógyászok és orvosok együttműködésével, az Eden kapszula hatóanyagainak előállításával, a speciális olajja természetével. Elmondása szerint az USA-ban már hatalmas összefüggő ültetvények szolgálják ezt a célkitűzést és már hazánkban is sikerült egyre bővülő érdeklődést kelteni a készítmény iránt, kiemelve, hogy már vannak gyógyszerárak, amelyek jelentős tételeket forgalmaznak az Eden kapszulából, ami számot-

tevő jövedelem növekedést eredményezett. Erre igyekezett a jelen hallgatóságot buzdítani azzal is, hogy a kíséretét alkotó hozzátartozók és közreműködők közül egy onkológus szakorvos részletes beszámolót tartott az Eden kapszula alkalmazásával végzett gyógyító munka eredményeiről, egy gazdasági szakember pedig az árak vonatkozásában nyilatkozott. Ezek után az előadó további adatfelsorolással és propagálással zárta az Eden kapszula ismertetését, ami összességében, hangnemében, indokolásában szokatlanul merkan-til, időtartamában túlságosan hosszú volt és így talánok tűnt az a vélemény, hogy a kevesebb, több lett volna.

A Medicina Klub nap a résztvevő cégek támogatásának köszönhetően bőséges és finom étkeket prezentáló állófogadással zárult.

Dr. Szekeres Sándor

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLEN MEGYEI SZERVEZETE ELŐADÓI ÜLÉSE

1998. március 12-én Miskolcon az ÁNTSZ Megyei Intézete nagytermében került sor közel 100 fő részvételével az 1998-as év első előadói ülésére.

A rendezvény házigazdája a Glaxo Wellcome Kft. képviselőjében megjelent *Danyikó Anikó* gyógyszerész „A gyógyszergyár története és néhány gyógyszerre” címmel tartott frappáns előadást. Ennek kapcsán nemcsak a nagyhírű Glaxo céget ismerhették meg, hanem a Zovirax, Zantac, Cefturoxim, Zinacef, Lacipil, Pylorid készítményeken keresztül azt a széles, gyógyszerterápiában elfoglalt szerepet is, melyet ezek a kítőnő gyógyszerek reprezentálnak a vírusellenes terápiától a Helicobacter pylori elleni küzdelemig bezárólag.

Ezt követően *dr. Porkoláb Györgyné* OGYI gyógyszerismertető szakgyógyász rész „Szelektív ciklooxigenáz gátlók” című előadása következett. Örömmel üdvözlöttük személyében az ismert megyei előadók egyikét, aki most is nagy szakértelemmel tárta elének a nem szteroid gyulladásgátlók farmakológiáját, hatásmechanizmusuk közös és különböző vonásait a ciklooxigenáz gátlás szemszögéből. Kiemelte, hogy azok az ellentmondásos észleletek indították el a szelektivitás kutatást, melyek a ciklooxigenáz 1-2 enzim különbözőségén alapultak. A nem szteroidok klasszikus gyulladá-, hő-, fájdalomcsökkentő hatásán túl az említett készítmények sokoldalúsága tükröződik a stabil és nem stabil angina pectoris, vagy a sokakat érintő migrén terápiájában is, a trombocita aggregáció gátlás eredményeként. Előadását a lokális nonsteroidok ismertetésével fejezte be.

Az előadói ülés következő napirendi

pontjai, az oly nagy fontosságú jó orvosságyszerész kapcsolatot voltak hivatottak mélyíteni. *Dr. Palla Sándor* háziorvos a Miskolci Háziorvosi Egyesülés elnöke „Orvos és gyógyszerész együtt a betegért” előadása is ezt szemléltette. Mit is vár el a gyógyszerésztől a háziorvos? – indította előadását Palla doktor. Hiszen napjainkban nála jelentkezik elsőként a beteg. Ennek kapcsán óriási a felelőssége és ez nagy szaktudást igényel! Az előadó megállapította: megnőtt a gyógyszerészi munka időigénye, de képzési ideje is! Megváltozott az orvosok és a betegek elvárása a gyógyszerészekkel szemben! A gyógyításban azonos módon kell orvosnak, gyógyszerésznek gondolkodnia, a prevenció elsődlegességét kell tiszteltetben tartania. Erre ösztönzik a nagymértékben megnövekedett gyógyítási-gyógyszerelési költségek is. A napi kapcsolattartásban alapvetőnek ítélte az előadó egymás tevékenységének támogatását, a rendeletek egységes értelmezését, a beteg ember egészségnevelését, a visszaélések, gyógyszerfüggőség, túlzott öngyógyítás figyelmeztetését, visszajelzését, mint a partnerré válás alapköveit.

Ezt a gondolatmenetet folytatta *dr. Hintalan János* háziorvos a Miskolci Háziorvosi Egyesülés Szakmai Tanácsának vezetője is. Hangsúlyozta: hollisztikus szemléletnek kell uralkodnia a betegellátásban. A képzeletbeli piramis alján ott áll az orvos és a gyógyszerész, kiket a kölcsönös bizalmi elv kapcsol össze. Feladataik között ott kell szerepeljen a beteg ember nevelése, a gyógyításban alkalmazott gyógyszerek értékének felismerése, felismertetése is.

Dr. Pauker Zsoltné szakgyógyász az ongai Arkangyal Gyógyszertár vezetője a gyakorló gyógyszerész szemével kapcsolódott az előző gondolatmenethez. Megállapította: azért, hogy a társadalombiztosítás mindinkább kivonul a gyógyszerár-támogatásból, tömegével jelennek meg a vény nélkül beszerezhető gyógyszerek. A gyógyszerész a kapuőr fontos szerepét vállalja magára akkor, amikor a beteg ember elsőként hozzá fordul panaszával tanácsot, gyógyírt remélve testi-lelki bajára. Óriási felelősség annak helyes megítélése – mondta *Pauker Zsoltné* – mikor adjak gyógyszert, és mikor irányítsam orvoshoz a hozzám forduló!

A továbbiakban a gyógyszer-helyettesíthetőség adta lehetőségekről, s e

rendelet némely következetlenségéről szólt.

Lassán Béláné a MEP főgyógyászati „A Megyei Egészségbiztosítási Pénztár gyógyszerészeinek ellenőrzési tapasztalatai” című előadása folytatta – sok ponton kapcsolódva – az előző témakört. A Tb. támogatási keret elégtelen volta okozta gondokat, a Kever ellenőrzések orvost, gyógyszerészt érintő tapasztalatait osztotta meg a hallgatósággal. Még mindig sok az alaki hibás vény, – mondta – viszont javult a helyzet a 30 napon túli gyógyszerrendelés tekintetében. Felhívta a figyelmet a helyes vénykezelés, vénytárolás pontosságára, a közgyógyellátottak számára felírt vényekre való fokozott odafigyelésre.

Dr. Palla Sándor háziorvos kapcsolódva a főgyógyászati témaköréhez, a MEP ellenőrzések során szerzett saját tapasztalatait taglalva tette meg az ellenőrök és ellenőrzöttek emberi kapcsolatát és közös munkáját javító észrevételeit.

Dr. Borsányi Gáborné tisztifőgyógyászati a közelmúltban megjelent Durogesic Fentanyl TTS tapasz rendelkezésére, a Calypsol injekció pszichotróp listás voltára, ennek megfelelő kezelésére hívta fel a jelenlévő orvosok és gyógyszerészek figyelmét. Elmondta: sajnálattal tapasztalták ellenőrzéseik során, hogy az Adipex Retard-ot – annak ellenére, hogy nincs forgalomba hozatali engedélye – mégis forgalmazzák bizonyos helyeken. Felhívta a figyelmet arra, hogy a gyógyszertárak officináiban termékköztelők, bemutatók nem lehetnek. Ismertette, hogy az étrend-kiegészítők beletartoznak a gyógyszerári forgalmazási körbe.

Ezt követően *Kárpáti Károlyné* California Fitness manager tartott tájékoztatót termékeikről, melyeknek fontos szerepe van az USA-ból elindult vércsoport szerinti táplálkozás új útjainak elterjesztésében. A hasznos szakmai információkat nyújtó, emberi – munkatársi kapcsolatokat elmélyítő délutáni találkozó kellemes befejezéséként a Glaxo Wellcome cég fogadáson látta vendégül a megjelenteket.

Drösler Béláné

IN MEMORIAM

Május 4-én Pécsen kísértük utolsó útjára *Korda Béláné* született *Pólya Emília* kolleginát, mindnyájunk Milikáját.

Áldásos életét, türelemmel viselt betegség után 81 éves korában fejezte be. Gyógyászati tanulmányait tiszta jeles eredménnyel Szegeden, a Ferenc József Tudományegyetemen folytatta és oklevelet 1939-ben kapta. Pályáját szülővárosában Kisújszálláson kezdte, 1941-ben Debrecenben folytatta és itt példásan helytállt a háború alatt épen maradt gyógyszerárban. 1947-ben kötött házasságot *Korda Béla* kollégium igazgatóval. Szolnokra, majd 1949-ben Pécsre költöztek. 1951-ben férjének B-listázása után családfenntartóvá lett, egy külvárosi gyógyszertárat vezetett a „Rácváros”-ban 1967-ig, majd a gyógyszertárnak a gyógyszerári központ új telephelye mellé a Páfrány utcába történt áttelepítése után 1970-ig. Ezek az évek voltak azok, amikor őt, mint embert, mint a tára mellett példamutató szakértelemmel és tisztelettel dolgozó gyógyszerészt megismerhettük. Kortársai – pályatársai, a gyógyszerárban megforduló betegek vagy hozzátartozók, akik megismerhették, becsülték, szerették, tisztelték. Kivételes kapcsolat-teremtő képességgel rendelkezett. Asszisztensei *Milike néni* mellett családtagok érezhették magukat, a betegek bizalommal fogadták kezéből a gyógyszert, mint a gyermek az anyjától, és ő olyan felelősséggel és szeretettel adta, mint egy édesanya. Zokszó nélkül vette, ha a gyógyszerellátás érdekében munkahelyet kellett változtatnia, így 1970-től 1973-ig Szederkény községben vezette a gyógyszertárat, majd a pécsi Munkácsy utcai gyógyszertárban dolgozott 1973-tól 1986-ig, 10 éven át már mint nyugdíjas, mert 1976-ban nyugdíjba ment. 1989 őszén Szegeden ünnepélyes keretek között kapta meg az arany diplomát és pályafutása során többször nyerte el a „Kiváló dolgozó” kitüntetést. Azt, hogy valóban milyen kiváló ember és pályatárs volt, mutatta a temetésen megjelent sok-sok gyászoló kolléga, asszisztens, beteg és hozzátartozó.

Amikor koporsóját a korábban elhunyt férje sírjába helyezték, úgy éreztük, szegényebbek lettünk, mert elvesztettünk egy szolid, szerény, de sziklaszilárd jellemű, mindig kedves, közvetlen embertársunkat, aki hivatását híven szolgálta egész életén át, akinek már csak emléke marad elménkben, lelkünkben, szívünkben és azt kegyelettel megőrizzük.

Dr. Szekeres Sándor

ÚJ ÁLLATORVOSI GYÓGYSZEREK ÉS ISMERETEK C. TOVÁBBKÉPZÉS

A SZOTE Gyógyászati Tudományi Kara – gyakorló gyógyszerészek részére – (6–8 óra terjedelemben) egynapos hétvégi továbbképzést hirdet a tavaszi félévben, először 1999. május 15-én, szombaton. Az előadások zömét – elsősorban az újabban forgalomba hozott veteriner készítményekről – főként állatorvosok tartják. Részvételi díj: 7000 Ft. A tanfolyam az 5. évenként esedékes továbbképzésbe beleszámít.

A továbbképzés helye: 6720 Szeged, Eötvös u. 6. Jelentkezés: 1999. május 8-ig. Érdeklődni a Kar Dékáni Hivatalában *dr. Zsoldos Ferencné* hivatalvezetőnél (tel.: (62) 455-022) vagy *dr. Kata Mihály* tanfolyamfelelősnél a fenti címen lehet: tel.: (62) 455-575; fax: (62) 455-571; E-mail: katam@pharma.szote.u-szeged.hu

Dr. Kata Mihály egyetemi tanár

A TÖRZSKÖNYVEZÉS ÉS A FORGALMAZÁS HÍREI

Gyógyszerészet 42. 375–377. 1998.

1998. május 1-jétől–május 31-ig törzskönyvezett gyógyszerkészítmények

(A felsorolt készítmények akkor kerülnek forgalomba, ha a Népjóléti Közlönyben kihirdetésre kerültek)

Autoplex T por injekcióhoz Baxter
Anti-inhibitor koaguláns komplex
ATC: B02B D03
(Vérzéscsillapító)

Calcitonin Pharmavit 50 NE injekció
Pharmavit
Calcitoninum salmonis 50 NE
ATC: H05B A01
(Calcium homeostasis gyógyszer)

Calcitonin Pharmavit 100 NE injekció
Pharmavit
Calcitoninum salmonis 100 NE
ATC: H05B A01
(Calcium homeostasis gyógyszer)

Capin 12,5 mg tabletta Teva
Captoprilum 12,5 mg
ATC: C09A A01
(ACE gátló)

Capin 25 mg tabletta Teva
Captoprilum 25 mg
ATC: C09A A01
(ACE gátló)

Capin 50 mg tabletta Teva
Captoprilum 50 mg
ATC: C09A A01
(ACE gátló)

Cefoxitin 1 g Human injekció Human
Cefoxitinum natricum 1 g
ATC: J01D A05
(Béta-laktám antibiotikum)

Cefoxitin 2 g Human injekció Human
Cefoxitinum natricum 2 g
ATC: J01D A05
(Béta-laktám antibiotikum)

Depo-Provera 150 injekció előretöltött fecskendőben Pharmacia-Upjohn
Medroxyprogesteronum aceticum 150 mg/ml
ATC: G03A C06
(Fogamzásgátló)

Dianeal PD 1 Glucose 1,36% peritoneális dializáló oldat, 2000 ml Baxter
Glucosum 1,36% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 1,36% peritoneális dializáló oldat, 2500 ml Baxter
Glucosum 1,36% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 1,36% peritoneális dializáló oldat, 3000 ml Baxter
Glucosum 1,36% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 1,36% peritoneális dializáló oldat, 5000 ml Baxter
Glucosum 1,36% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 2,27% peritoneális dializáló oldat, 2000 ml Baxter
Glucosum 2,27% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 2,27% peritoneális dializáló oldat, 2500 ml Baxter
Glucosum 2,27% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 2,27% peritoneális dializáló oldat, 3000 ml Baxter
Glucosum 2,27% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 2,27% peritoneális dializáló oldat, 5000 ml Baxter
Glucosum 2,27% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 3,86% peritoneális dializáló oldat, 2000 ml Baxter
Glucosum 3,86% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 3,86% peritoneális dializáló oldat, 2500 ml Baxter
Glucosum 3,86% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 3,86% peritoneális dializáló oldat, 3000 ml Baxter
Glucosum 3,86% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Dianeal PD 1 Glucose 3,86% peritoneális dializáló oldat, 5000 ml Baxter
Glucosum 3,86% + elektrolitok
ATC: B05D B
(Peritoneális dializáló oldat)

Doxium OM 250 mg tabletta OM Lab.
Calcium dobesylicum 250 mg
ATC: C05B X01
(Retinopathia diabetica gyógyszer)

Doxium OM 500 mg kapszula OM Lab.
Calcium dobesylicum 500 mg
ATC: C05B X01
(Retinopathia diabetica gyógyszer)

Huma-Alprazol 0,25 mg tabletta Humanpharma
Alprazolamum 0,25 mg
ATC: N05B A12
(Anxiolyticum)

Huma-Alprazol 0,5 mg tabletta Humanpharma
Alprazolamum 0,5 mg
ATC: N05B A12
(Anxiolyticum)

Kalium 600 SR retard draszté Novartis
Kalium chloratum 600 mg
ATC: A12B A01
(Kálium hiány megelőzésére és kezelésére)

Klimicin 300 mg kapszula Lek
Clindamycinum 300 mg
ATC: J01F F01
(Baktérium elleni szer, antibiotikum)

Metoprolol-Stada 50 tabletta Stada
Metoprololium tartaricum 50 mg
ATC: C07A B02
(Béta-receptor blokkoló)

Metoprolol-Stada 100 tabletta Stada
Metoprololium tartaricum 100 mg
ATC: C07A B02
(Béta-receptor blokkoló)

No-Spa forte tabletta Chinoin
Drotaverinium chloratum 80 mg
ATC: A03A D02
(Görcsoldó)

Oxis Turbuhaler 4,5 mcg/adag por inhalációhoz Astra
Formoterolium fumaricum 4,5 mcg
ATC: R03A C13
(Asthma elleni szer)

Oxis Turbuhaler 9 mcg/adag por inhalációhoz Astra
Formoterolium fumaricum 9 mcg
ATC: R03A C13
(Asthma elleni szer)

Pharmatex hüvelytampon Innothera
Benzalkonium chloratum 0,06 g
ATC: G02B B
(Lokális fogamzásgátló)

Pirocam 20 mg/ml injekció Merckle
Piroxicamum 20 mg/ml
ATC: M01A C01
(Nem szteroid gyulladásgátló)

Pirocam 10 mg tabletta Merckle
Piroxicamum 10 mg
ATC: M01A C01
(Nem szteroid gyulladásgátló szer)

Pirocam 20 mg tabletta Merckle
Piroxicamum 20 mg
ATC: M01A C01
(Nem szteroid gyulladásgátló)

Pirocam 20 mg végbélkúp Merckle
Piroxicamum 20 mg
ATC: M01A C01
(Nem szteroid gyulladásgátló)

Premarin 0,625 mg draszté Wyeth-Lederle
Conjugated estrogens 0,625 mg
ATC: G03C A57
(Hormonpótló, ösztrogénhiányos állapot kezelésére)

Premarin 1,25 mg draszté Wyeth-Lederle
Conjugated estrogens 1,25 mg
ATC: G03C A57
(Hormonpótló, ösztrogénhiányos állapot kezelésére)

Premella 2,5 draszté Wyeth-Lederle
Conjugated estrogens 0,625 mg
Medroxyprogesteronum aceticum 2,5 mg
ATC: G03F B06
(Hormonpótló, ösztrogénhiányos állapot kezelésére)

Premella 5 draszté Wyeth-Lederle
Conjugated estrogens 0,625 mg
Medroxyprogesteronum aceticum 5 mg
ATC: G03F B06
(Hormonpótló, ösztrogénhiányos állapot kezelésére)

Rusedal tabletta Byk
Medazepamum 10 mg
ATC: N05B A03
(Anxiolyticum)

Sevorane inhalációs anaestheticum 100 ml Abbott
Sevofluranum 1 ml/1 ml
ATC: N01A B08
(Inhalációs narcoticum)

Sevorane inhalációs anaestheticum 250 ml Abbott
Sevofluranum 1 ml/1 ml
ATC: N01A B08
(Inhalációs narcoticum)

Spiron 50 mg tabletta Merckle
Spironolactonum 50 mg
ATC: C03D A01
(Kálium visszatartó, vizelethajtó)

Spiron 100 mg tabletta Merckle
Spironolactonum 100 mg
ATC: C03D A01
(Kálium visszatartó, vizelethajtó)

Spitomin 5 mg tabletta Egis
Buspironium chloratum 5 mg
ATC: N05B E01
(Anxiolyticum)

Spitomin 10 mg tabletta Egis
Buspironium chloratum 10 mg
ATC: N05B E01
(Anxiolyticum)

Tears Naturale II szemcsepp Alcon
Dextranum 15 mg
Hypromellosem 45 mg
ATC: S01X A20
(Műköny)

Tears Naturale Free szemcsepp Alcon
Dextranum 0,6 mg/0,6 ml
Hypromellosem 1,8 mg/0,6 ml
ATC: S01X A20
(Műköny)

Topamax 25 mg filmtabletta Janssen
Topiramatum 25 mg
ATC: N03A X11
(Antiepileptikum)

Topamax 50 mg filmtabletta Janssen
Topiramatum 50 mg
ATC: N03A X11
(Antiepileptikum)

Topamax 100 mg filmtabletta Janssen
Topiramatum 100 mg
ATC: N03A X11
(Antiepileptikum)

Topamax 200 mg filmtabletta Janssen
Topiramatum 200 mg
ATC: N03A X11
(Antiepileptikum)

Topamax 300 mg filmtabletta Janssen
Topiramatum 300 mg
ATC: N03A X11
(Antiepileptikum)

Topamax 400 mg filmtabletta Janssen
Topiramatum 400 mg
ATC: N03A X11
(Antiepileptikum)

Trileptal 300 mg tabletta Novartis
Oxcarbazepinum 300 mg
ATC: N03A F02
(Antiepileptikum)

Trileptal 600 mg tabletta Novartis
Oxcarbazepinum 600 mg
ATC: N03A F02
(Antiepileptikum)

Vincristin-Teva 1 mg/1 ml injekció Teva
Vincristinum 1 mg/1 ml
ATC: L01C A02
(Növényi alkaloida, daganatellenes szer)

Vincristin-Teva 2 mg/2 ml injekció Teva
Vincristinum 2 mg/2 ml
ATC: L01C A02
(Növényi alkaloida, daganatellenes szer)

Vincristin-Teva 5 mg/5 ml injekció Teva
Vincristinum 5 mg/5 ml
ATC: L01C A02
(Növényi alkaloida, daganatellenes szer)

Az adatokat az Országos Gyógyszerészeti Intézet bocsátotta rendelkezésünkre
(Összeállította: dr. Hardy Gézáné)

1998. május 1–1998. május 31. között forgalomba hozott új készítmények

GYÓGYSZEREK

- **Aktil 600 mg iv. injekció**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 1364 Ft
- **Aktil 1,2 g iv. injekció 5x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 2690 Ft
- **Atrovent inhalációs kapszula 100x**
Tb. támogatás: 50% (990 Ft); 90% (1782 Ft)
Nagyker. ár: 1682 Ft
- **Berodual inhalációs kapszula 100x**
Tb. támogatás: 50% (1260 Ft); 90% (2268 Ft)
Nagyker. ár: 2132 Ft
- **Berotec inhalációs kapszula 100x**
Tb. támogatás: 50% (700 Ft); 90% (1260 Ft)
Nagyker. ár: 1170 Ft
- **Cutivate kenőcs 15 g**
Tb. támogatás: 50% (366 Ft)
Nagyker. ár: 601 Ft

- **Cutivate kenőcs 30 g**
Tb. támogatás: 50% (715 Ft)
Nagyker. ár: 1190 Ft
- **Cutivate krém 15 g**
Tb. támogatás: 50% (366 Ft)
Nagyker. ár: 601 Ft
- **Cutivate krém 30 g**
Tb. támogatás: 50% (715 Ft)
Nagyker. ár: 1190 Ft
- **Depakine 400 mg injekció 4 poram-pulla + 4x4 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 8346 Ft
- **Dynabac 250 mg tabletta 10x**
Tb. támogatás: 70% (1267 Ft)
Nagyker. ár: 1511 Ft
- **Emetron 4 mg injekció 5x2 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 4888 Ft
- **Emetron 8 mg injekció 5x4 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 9774 Ft
- **Emetron 4 mg filmtabletta 10x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (7100 Ft)
Nagyker. ár: 6120 Ft
- **Emetron 8 mg filmtabletta 10x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (14 100 Ft)
Nagyker. ár: 12 198 Ft
- **Euthyrox 75 tabletta 50x**
Tb. támogatás: 90% (218 Ft)
Nagyker. ár: 186 Ft
- **Euthyrox 125 tabletta 50x**
Tb. támogatás: 90% (309 Ft)
Nagyker. ár: 272 Ft
- **Ialugen Plus krém 20 g**
Tb. támogatás: 0%; 90% (890 Ft)
Nagyker. ár: 824 Ft
- **Ialugen Plus krém 60 g**
Tb. támogatás: 0%; 90% (2034 Ft)
Nagyker. ár: 1919 Ft
- **Ialugen Plus gézpárna 5x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (701 Ft)
Nagyker. ár: 649 Ft
- **Ialugen Plus gézpárna 10x**
Tb. támogatás: 0%; 90% (1305 Ft)
Nagyker. ár: 1205 Ft
- **Importal 10g por 10x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 407 Ft
- **Livial tabletta 28x**
Tb. támogatás: 50% (1820 Ft)
Nagyker. ár: 3082 Ft
- **Locoid Crelo 0,1% emulzió 30 ml**
Tb. támogatás: 50% (329 Ft)
Nagyker. ár: 528 Ft
- **Materna béta-karotinnal filmtabletta 30x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 893 Ft
- **Materna béta-karotinnal filmtabletta 100x**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 2456 Ft
- **Mikogal 150 mg hüvelykúp 6x**
Tb. támogatás: 50% (334 Ft)
Nagyker. ár: 538 Ft
- **Mikogal 300 mg hüvelykúp 3x**
Tb. támogatás: 50% (334 Ft)
Nagyker. ár: 538 Ft
- **Mikogal 900 mg hüvelykúp 1x**
Tb. támogatás: 50% (334 Ft)
Nagyker. ár: 538 Ft
- **Nasan 0,1% orrspray 1x10 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 172 Ft
- **Nootropil 3 g injekció 20x15 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 2696 Ft
- **Olfen 50 rektális kapszula 10x**
Tb. támogatás: 0% (132 Ft)
Nagyker. ár: 231 Ft
- **Ranitidin-B 150 mg tabletta 60x**
Tb. támogatás: 90% (1233 Ft)
Nagyker. ár: 1140 Ft
- **Risperdal 1 mg/ml oldat 1x100**
Tb. támogatás: 0%; 100% (14 700 Ft)
Nagyker. ár: 12 671 Ft
- **Tamoxifen-Teva 10 mg tabletta 30x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (423 Ft)
Nagyker. ár: 336 Ft
- **Tamoxifen-Teva 40 mg tabletta 30x**
Tb. támogatás: 0%; 100% (1250 Ft)
Nagyker. ár: 1040 Ft
- **Taxol 100 mg/17 ml injekció 1x17 ml**
Tb. támogatás: 0%
Nagyker. ár: 115 253 Ft
- **Ukidan 1 000 000 NE injekció 1 por-ampulla + 1x2 ml**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 72 694 Ft
- **Vancocin CP 1 g injekció infúzióhoz 25 porampulla**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 93 482 Ft
- **Vita-merfen kenőcs 20 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 237 Ft
- **Vita-merfen kenőcs 40 g**
Tb. támogatás: –
Nagyker. ár: 317 Ft

EGYÉB TERMÉKEK

- **Inhalátor M gyógyászati segédeszköz az Atrovent, Berodual, Berotec inhalációs kapszulához**
Tb. támogatás (a Tb. támogatás alapjául elfogadott, ÁFA nélküli ár 85%-a) 1046 Ft.
ÁFA-val növelt teljes ár 1377,60 Ft
Nagyker. ár: 1069 Ft

GYÓGYHATÁSÚ TERMÉKEK

- **Vatta kevert 50% pamut viszkóz 500 g**
Nagyker. ár: 329 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta kevert 50% pamut viszkóz 100 g**
Nagyker. ár: 65 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta egészségügyi 100% pamut 100 g**
Nagyker. ár: 74 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta sebészeti 100% pamut 500 g**
Nagyker. ár: 353 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta sebészeti 100% pamut 400 g**
Nagyker. ár: 286 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta sebészeti 100% pamut 250 g**
Nagyker. ár: 182 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta sebészeti 100% pamut 200 g**
Nagyker. ár: 146 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta egészségügyi 100% pamut 1000 g hengeres**
Nagyker. ár: 677 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta egészségügyi 100% pamut 500 g hengeres**
Nagyker. ár: 341 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta egészségügyi 100% pamut 500 g**
Nagyker. ár: 343 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta egészségügyi 100% pamut 250 g**
Nagyker. ár: 172 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta egészségügyi 100% pamut 200 g**
Nagyker. ár: 131 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta sebészeti 100% pamut 100 g**
Nagyker. ár: 78 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta sebészeti 100% pamut 50 g**
Nagyker. ár: 41 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta kevert 50% pamut 50% viszkóz 200 g**
Nagyker. ár: 127 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta szemészeti 100% pamut Ph.Hg. VII. 500 g**
Nagyker. ár: 527 Ft + ÁFA 12%
- **Vatta szemészeti 100% pamut Ph.Hg. VII. 200 g**
Nagyker. ár: 211 Ft + ÁFA 12%

SZAKIRODALMI TALLÓZÓ

KITEKINTÉS

TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAMOK AUSZTRIÁBAN

Általában rövidebb, gyakran hétvégi továbbképzéseket szerveznek, mert így azokon az egyedül dolgozó kollégák is részt vehetnek. Az egyik tanfolyam programja a depresszió volt. Statisztikai adatok szerint a férfiak 10, a nők 20–25%-a egyszer életében depresszió miatt már kezelésben részesült. Az elmúlt évben (1996) 1,2 millió embert kezeltek. Egyes vélemények szerint a depresszió mértéke 2015-re olyan mértékben fog nőni, hogy a szív- és érrendszeri betegségek után a második helyet foglalja majd el. Szó volt arról, hogy nőknél a hormonális összefüggések is szerepelnek a búskomorság kialakulásában. A férfiak részben az alkoholfogyasztás mögé rejtik bajukat. Az előadók kiemelték, hogy a depressziós betegek számára hasznos a személyes tanácsadás. Ezért is célszerű, ha a gyógyszerészek közelebből ismerik ezt a betegséget.

Egy másik tanfolyam a neurológiában és pszichiátriában használt gyógyszerekkel foglalkozott. Előzőleg a kollégák között kérdőívet osztottak ki azzal, hogy neveznék meg, milyen témakört szeretnének hallani. A többség a pszichofarmakonok mellett szavazott. Mivel e téren nagy a fejlődés, a tárgyalandó anyag nagy, ezért a fontosabb újabb ismereteket részletezték. Bemutatták a fejlődést. Kitértek a természetes (növényi eredetű) anyagokra is.

Ezek a tanfolyamok a „Gyógyszerészi tanácsadás” c. program fontos részei.

Öst. Apoth. Ztg 51, (23), 1063 (1997).

Megjegyzés: Tanulságos, hogy közvéleménykutatást végeznek a gyakorló gyógyszerészek körében a témaválasztásról. Másrészt kialakítanak olyan koncepciót, amely alkalmazkodik a gyógyszerész tanácsadó tevékenységének erősítéséhez.

GYÓGYSZERTÁRAK LÉTESÍTÉSE EURÓPÁBAN

1990-ben az európai gyógyszerészet „Chartá”-ja foglalkozott a gyógyszertárak létesítésének kérdésével. Eszerint az egészség védelme érdekében földrajzi szempontok szerint kell kialakítani a gyógyszertári hálózatot. Csapán Németország kivétel, itt szabad a letelepedés. Itt 20 év alatt kétszeresére nőtt a gyógyszertárak száma: az NSZK-ban 1958-ban 7744, 1993-ban 18 193 patika volt. Az NDK-ban az egyesítéskor 1800, 1990-ben 2800 gyógyszertár működött.

További példák: Hollandiában megfelelő lakosság szám alapján köthet szerződést a gyógyszertár a társadalombiztosítással. Írorszában földrajzi és demográfiai szempontok a döntők. Svédországban az állami Apoteksbolaget monopol helyzetben van, a gyógyszertárak 2/3 részével rendelkeznek.

Összefoglalva, az alábbi táblázat nyújt áttekintést:

Letelepedési szabadság van: Németország

Korlátozott letelepedési szabadság van: Hollandia, Nagy-Britannia, Belgium, Dánia, Görögország, Írország, Olaszország, Luxemburg, Ausztria, Portugália, Spanyolország, Finnország, Svédország

Demográfiai szabályozás van: Belgium, Dánia, Görögország, Írország, Olaszország, Luxemburg, Ausztria, Portugália, Spanyolország, Finnország, Franciaország

Geográfiai szabályozás van: Belgium, Dánia, Görögország, Írország, Olaszország, Luxemburg, Ausztria, Portugália, Spanyolország,

A többi országban külön törvény szabályozza az új gyógyszertárak létesítését. Szempontjaik: a lakosság száma vagy sűrűsége, illetve az egymástól való távolság. Helyenként késve

vezették be a rendezést, pl. Belgiumban 35 év alatt két és fél-szeresére nőtt a gyógyszertárak száma.

Öst. Apoth. Ztg 51, (21), 991 (1997).

Megjegyzés: A gyógyszertárak egészségügyi jellegének megtartása szempontjából egyik döntő tényező a számuk szabályozása. Kitekintve más országokba, a szabad letelepedés nem kívánt jelenségeket vont maga után, merkantil irányba terelődött a gyógyszertárak jellege.

GENERIKUS GYÓGYSZEREK

A közlemény ajánlást ad a generikus gyógyszerek rendelésére és ismerteti ezek kiadásának szabályait. Erről megegyezett a Svájci Orvos Szövetség és a Svájci Gyógyszerész Egyesület. Ennek lényege, hogy a helyettesítés maradjon a generikumok szintjén s az ne terápiás változattal történjen. A helyettesítés akkor szükséges, ha a gyógyszerész nem tudja elérni az orvost, de 24 órán belül értesítenie kell őt erről.

Ha az orvos meghatározott generikumot rendel, a nevet aláhúzza. Krónikus betegség esetén lehetőleg ugyanazt a készítményt kell folyamatosan biztosítani. Esetleges módosítás esetén az orvossal kapcsolatba kell lépni. Az orvos a gyógyszerészre bízhatja a módosítást „aut idem” vagy „aut genericum” jelzessel. Másik lehetőség: kiírja a hatóanyagot, az adagolást, az alkalmazás idejét és a gyógyszerformát, de ez esetben is a gyógyszerész tájékoztatja az orvost.

A gyógyszerész – a generikum kiválasztása során – a következő szempontokat veszi figyelembe, kellő szakirodalmi ismeret alapján és személyes eszmecsere után: a gyógyszer ára, valamint a beteg hozzáállása (compliance).

A két szervezet megállapodásának lényege:

– az orvos szabadon dönt a rendelésről. Legyen lehetősége az általa legjobbnak tartott készítmény felírására.

– Ha az orvos nem részesít előnyben egy készítményt, a döntést a gyógyszerészre bízta, aki ezzel átveszi a felelősséget a beteggel és a biztosítóval szemben.

– Mindkét szempont révén meg akarják akadályozni, hogy a farmakoterápiát korlátok közé szorítsák. A gyógyszerkiadás legyen szabályszerű. Ugyanakkor ne az olcsó ár legyen döntő. Fontos a legjobb költség/haszon arány biztosítása.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (23), 606 (1997).

Megjegyzés: Nálunk is nő a generikus készítmények száma. A leírt szabályozás figyelembevételéle hasznos lehet.

A GYÓGYSZERÉSZ SZEREPE AZ AIDS ELLENI KÜZDELEMBEN

A WHO egyik vezetője nyilatkozott erről a témáról. Világszinten óránként 350-nél nő az újonnan fertőzötték száma. Becslés szerint 2000-re 40 millió lesz a fertőzötték száma. Figyelemmel kísérik azt is, hogy milyen összefüggés van a családok szegénysége és a fertőzöttség között. Az 1997. évi Vancouveri FIP kongresszus foglalkozott azzal a gondolattal, hogy a gyógyszerész sokat tehet ezen pandémia megelőzése terén. Fontosnak tartják a gyógyszerészképzésben a megelőzéssel foglalkozó oktatást. Ezzel a gyógyszerész új szerepet kap az egészségügy láncolatában. A FIP kezdeményezése akkor lehet

sikeres, ha a tagállamokban a kollégák magukéva teszik a gondolatot és aktívan közreműködnek az új akcióban. Ebben a kérdésben a WHO és a FIP között megállapodás született, amit írásban rögzítettek.

Int. Pharm. 11, (6), 150 (1997)

Megjegyzés: Nemzetközi Szövetségünk egyre inkább programjába veszi a gyógyszerész szerepének növelését az egészségügyben. Fontos, hogy a gyógyszerészt a közérdekű feladatok ellátásába bevonják.

ÉLŐ DEMOKRÁCIA

D. Steinbach, a FIP elnöke ezzel a címmel számol be a világszervezet több határozatáról, amelyeket az 1997. évi vancoveri kongresszuson hoztak. Foglalkoztak a gyógyszerész kibővített szerepével; tárgyaltak a gyógyszeradományok irányelveiről, ami nemzetközi szinten gyakori. Ismét kidomborították az orvos és gyógyszerész együttműködésének jelentőségét, mert ez biztosítja a beteg számára a terápia eredményességét. A FIP programjában etikai kérdések is szerepelnek. Az orvosok világszervezetével együttműködési megállapodást kötöttek.

A FIP folyóirata külön mellékletben – részletesen – közli a következő határozatokat:

1. A gyógyszerész illetékessége a készítmények kiválasztásában – terápiás azonosságok esetén és helyettesítés generikus készítményekkel.

2. Helyes gyakorlat kialakítása gyógyszeradományok terén. Fontos, hogy használható készítmények kerüljenek a rászorult emberek kezébe, illetve orvosi felhasználásra.

3. Az etikai kódex 9 pontban foglalja össze a hivatás, illetve a gyakorlat számára az etikai elveket.

Ezek a határozatok a FIP lapjában angol nyelven jelentek meg, de a FIP központjában még franciául, németül és spanyolul is közreadták ezeket.

Int. Pharm. 7, (6), 152 (1997).

Megjegyzés: Hazánkban is figyelemmel kísérik a FIP különböző kezdeményezéseit. Erre most fokozottabban szükség van, amikor Magyarország is csatlakozik az Európai Unióhoz.

KITEKINTÉS-RÖVIDEN

Gyógyszertári kirakat

Ausztriában a főváros mellett több tartományi székhelyen is rendeznek továbbképző, szakpolitikai tanácskozásokat. Legutóbb olyan összejöveteleket szerveztek, amelyek keretében a gyógyszertári kirakat célszerű berendezésével foglalkoztak. Olyan megoldásokat javasolnak, amelyek nem költségigényesek. Ehhez gyakorlati bemutatókat is szerveznek.

Öst. Apoth. Ztg 51, (19), 906 (1997).

Megjegyzés: Hazánkban is megindultak a kirakat pályázatok. Célszerű, ha elsősorban a gyógyszerész és a gyógyszertár munkájának bemutatását tekintik fő szempontnak.

A minisztérium elfeledkezett a gyógyszerészekről

Az Osztrák Egészségügyi Minisztérium „Egészségügy Ausztriában” címmel füzetet adott ki, amelyben a gyógyszerészekről nem emlékeztek meg. A „Gyógyszerészeti Fórum 2000” című munkacsoport felhívta erre a hiányosságra a minisztérium figyelmét. Egyben gondolatokat, javaslatokat közöltek a gyógyszerészképzésre, működési területekre és a hivatás további fejlesztésére. Remélik, az említett brosúrából új kiadás jelenik meg s pótolni fogja a kifogásolt hiányt. Így kaphat az olvasó helyes képet szakterületünkről.

Öst. Apoth. Ztg 51, (20), 915 (1997).

Megjegyzés: Az érdekvédelem állandó figyelmet és azonali reagálást kíván, mint az említett példa mutatja.

Dohányzás elleni kampány

A svájci szaklap több közleményben foglalkozik a dohányzás ártalmaival, a dohányosok körében kialakult betegségekkel (bronchitis stb.), valamint a dohányosok gyógyszeres terápiajával. Külön cikk szól a gyógyszertárakban folyó tanácsadással. 1996-ban Bécsben orvosok és gyógyszerészek – a nyilvánosság bevonásával – akciót indítottak a dohányzásról való leszoktatás érdekében. Ez a mozgalom eredményes volt.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (20), 511–518 (1997).

Megjegyzés: Svájcban a gyógyszerészek rendszeresen indítanak közérdekű kampányokat, amelyekbe a lakosságot is bevonják. Ezzel a hivatás helyes bemutatását is szolgálják.

Top Pharm.

Ilyen címmel azon svájci gyógyszerészek csoportosultak, akik kezdeményezésükkel a marketing tevékenységet támogatják. Számuk jelenleg 64, de 1998 végéig 150-re kívánják ezt növelni. Vezetőjük egy bázeli marketing szakember. Idén tanácskozást tartottak. Tapasztalatcserére került sor abban az irányban, hogy milyen szolgáltatásokat nyújthatnak a gyógyszertárban a rendes tevékenységen túl. Szó volt a betegek információjáról, szezonális cikkek bemutatásáról, koleszterin mérséklés stb. Figyelemmel kell lenni arra, hogy milyen legyen a gyógyszertár a vásárló szemszögéből. Ápolni kell az egészségügy többi ágazatával való kapcsolatot. Így maradhatunk meg nélkülözhetetlen tanácsadóként.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (19), 500 (1997).

Megjegyzés: Külföldi tapasztalatok hazai átvétele során nem lehet mindent változtatás nélkül átvenni, de számos ötlet hasznos.

Próbavásárlások

1997 májusában Schwyz kanton összes gyógyszertárát felkereste a Sanphar cég egy alkalmazottja. Panaszkodott, hogy gyomra fáj és Antra nevű gyógyszert kért. Ezt mindenütt megtagadták, mert vényköteles. Egyben a gyógyszerkiadással kapcsolatos információkat gyűjtött. Erről a próbavásárlásról a cég augusztusban írásban tájékoztatta a gyógyszertárakat. A kanton gyógyszerészei emiatt felháborodásuknak adtak hangot. Svájcban többek között probléma, hogy orvosok maguk is adnak ki még vényköteles gyógyszert is asszisztenseik útján. Ezek az akciók még tovább rontják az orvos-gyógyszerész kapcsolatot.

Schweiz. Apoth. Ztg 135, (19), 501 (1997).

Megjegyzés: Ilyen nem kívánt jelenségekre a közönség részéről mindig határozottan kell reagálni.

Munkaerő helyzet Ausztriában

Szomszédunknál némileg eltérő az alkalmazott gyógyszerészek helyzete. Főleg a családayak gyakran rész munkaidőben dolgoznak. Ez sok helyütt gyógyszerész hiányt idéz elő. Ugyanakkor vannak állástalan kollégák is, akik nem találnak maguknak megfelelő munkahelyet. A gyógyszertárak tulajdonosai általában szívesebben alkalmaznak diplomás kollégákat, mint asszisztenseket. A foglalkoztatottság, vagyis az alkalmazottak létszáma gyorsabban nő, mint az új gyógyszertárak száma. Ausztriában eléggé korlátozott az új egységek létesítése. Általában a végzős kollégák elhelyezkedési lehetőségei kielégítőek.

Öst. Apoth. Ztg 51, (21), 964 (1997).

Megjegyzés: Ausztriában alig van gyógyszeripar, a végzősök elhelyezkedésére csupán a gyógyszertárakban van lehetőség.

Az összeállítást készítette: dr. Nikolics Károly

CÍMBIBLIOGRÁFIA

AZ ORSZÁGOS GYÓGYSZERÉSZETI INTÉZET
KIADVÁNYAI

Gyógyszereink 48, (2), (1998).

Simon Zs., Rákóczi I., Demeter J.: Női és férfi vizelet incontinencia diagnosztikája és terápiája, 1998. 33–39 p.

Romics I.: A benignus prostata hyperplasia (BPH) gyógyszeres kezelése (1998). 40–44 p.

Ludwig E.: A felnőttkori húgyúti infekciók kezelése. 45–53 p.

Pados Gy.: Az elhízás gyógyszeres kezelése, kritikus szemmel. 54–58 p.

Paál T.: Gyógyszerügyeinkről másként – avagy a multidiszciplináris, tudományos-szakmai megközelítés védelmében (Dialógus). 59–64 p.

Helicobacter pylori eradikáció: a Gastroenterológiai Szakmai Kollégium módosított állásfoglalása. 65–67 p.

Gyógyszereink melléklet az 1998/2. számhoz

Szalóczy P.: Ditropan hatása a női vizelet incontinenciára. 3–4 p.

Mühl D., Sárosi I., Kónya A.: Ondanszetrone (Zofran) alkalmazása akut myocardialis infarktust kísérő hányinger és hányás kezelésében illetve prevenciójában. 5–8 p.

Kovács L.: A Cavinton (vinpocetin) hatása a szív ingerképző és ingerületvezető rendszerére. 9–12 p.

Endre L.: Vibrocil orrspray és orrgél kedvező hatása fűpolen allergia okozta gyermekkori szénanáthában. 13–15 p.

JOGSZABÁLYOK

Magyar Közlöny (33), (1998).

A népjóléti miniszter 13/1998. (IV. 22.) NM rendelete a gyógyszerteráiban forgalmazható termékekről szóló 43/1996. (XI. 29.) NM rendelet módosításáról. 2702–2703 p.

A népjóléti miniszter 14/1998. (IV. 22.) NM rendelete a Gyógyszerész Szakmai Kollégiumról. 2703–2705 p.

Magyar Közlöny (46), (1998).

A Kormány 110/1998. (IV. 3.) Korm. rendelete a természetgyógyászati tevékenységről szóló 40/1997. (III. 5.) Korm. rendelet módosításáról. 3670–3671 p.

A népjóléti miniszter 18/1998. (VI. 3.) NM rendelete a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről. 3690–3782 p.

A népjóléti miniszter 19/1998. (VI. 3.) NM rendelete a betegszállításról. 3783–3787 p.

A népjóléti miniszter 20/1998. (VI. 3.) NM rendelete a mentésről. 3788–3793 p.

A népjóléti miniszter 21/1998. (VI. 3.) NM rendelete az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről. 3793–3875 p.

Népjóléti Közlöny 48, (7), (1998).

A Kormány 70/1998. (IV. 8.) Korm. rendelete a veszélyes anyagokkal és a veszélyes készítményekkel kapcsolatos eljárás szabályairól szóló 233/1996. (XII. 26.) Korm. rendelet módosításáról. 949 p.

A népjóléti miniszter 8003/1998. (NK. 7.) NM tájékoztatója gyógyszerek árváltozásáról. 954–955 p.

A Kormány 86/1998. (V. 6.) Korm. rendelete a meg nem engedett teljesítményfokozó szerek, készítmények és módszerek használata tilalmának szabályairól.

Magyar Közlöny (37), 2961–2966 (1998).

A népjóléti miniszter 17/1998. (V. 29.) NM rendelete az

egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról szóló 32/1997. (X. 28.) NM rendelet módosításáról.

Magyar Közlöny (45), 3660–3662 (1998).

ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

Kovács Zs., Kovács J.: Haemophilus influenzae B (HIB) védőoltás hatása két gyermek-praxis antibiotikum fogyasztására. *Med. Univ. 31, 79–81 (1998).*

Polgár M., Lelkes K., Kiss M.: Helicobacter pylori-szűrés tapasztalatai gyermekkori hasi panaszok esetében.

Cyermeggyógyászat 49, 244–248 (1998).

Budapesti Közegészségügy 30, (1), (1998).

Aswall, J. E.: Befektetés az egészségért Magyarországon (WHO jelentés). 2–15 p.

Péter F., Péter Z.: A csernobili baleset egészségügyi következményeinek valószínűsége hazánkban – Pajzsmirigy megbetegedések. 32–34 p.

Gyógyszerpiac 6, (3), (1998).

Matos L.: A krónikus pangásos keringési elégtelenség kezelésének költségeiről. 9–14 p.

Gláz E.: Hyperprolactinaemiák. 16–20 p.

Julesz J., Laczi F.: A mellékvesekéreg-betegségek gyógyszeres kezeléséről. 23–28 p.

Péter F.: A hazai növekedési hormon-kezelés lehetőségei. 30–32 p.

Horváth Zs., Tóth M.: Növekedési hormonok felhasználása. 33–35 p.

Bársony K., Ecseryné Puskás M.: Az antibiotikum-felhasználás változása Magyarországon 1990–1996 között II. 37–42 p.

Matejka Zs.: Fogyasztóvédelem a gyógyszerellátásban (I. rész) 44–45 p.

Kórház 5, 4, (1998).

Szabó J.: Transzfúziós szövődmények. 8–12 p.

Papp J.: A Helicobacter pylori szerepe a fekélybetegség kialakulásában. 20–22 p.

Hartmann, K., Kuhn, M.: Originalpräparate und Generika. *Schweiz. Apoth. Ztg 136, 323–324 (1998).*

Spreitzer, H.: Das Irrationale in der Heilkunde, I. Placebos and Nocebos.

Öst. Apoth. Ztg 52, 404–407 (1998).

Welzel, R. J.: Internet und E-mail in der Apothekenpraxis.

Öst. Apoth. Ztg 52, 457–459 (1998).

Nathan, A.: A non-prescription medicines formulary: (19) Ear and eye preparation.

Pharm. J. 260, 632–635 (1998).

Barnes, J., White, A.: Complementary medicine: Acupuncture.

Pharm. J. 260, 664–667 (1998).

GYÓGYSZERTERÁPIA

Bán É., Trethon A.: Az orális cefalosporinok mikrobiológiai aktivitása és klinikai alkalmazása.

Lege Artis Med. 8, 266–270 (1998).

Wittmann T., Rosztóczy A., Fehér A.: A gastrooesophagealis reflux gyógyszeres kezeléséről (Prospektív kontrollált klinikai vizsgálat).

Orv. Hetil. 139, 1077–1081 (1998).

Kalas L., Fényes L.: A poszttraumás osteomyelitis szekvenális clindamycin és ciprofloxacín terápiaja.

Magy. Traumatol. Ortop. Kézsebészet Plasztikai Sebészet 41, 63–66 (1998).

Szabó B., Zsolnai Nagy I.: A Hotemin injekció hatásának vizsgálata urológiai műtétek utáni fájdalomcsillapításban.

Med. Univ. 31, 97–100 (1998).

Rosboth, D. W., Hagymási K., Fehér J.: Orális rehidrációs terápia a hasmenések kezelésében.

Orv. Hetil. 139, 1349–1354 (1998).

Kórház 5, (4), (1998).

Schmidt M., Ablonczy M., Kovács G.: A Ceftibuten alkalmazása gyermekkori légúti és húgyúti fertőzésekben. 13–16 p.

Strausz J.: Az antibakteriális kezelés szerepe a krónikus bronchitis terápiajában. 17–18 p.

Spreitzer, H.: Placebo – Wirkung und Nebenwirkung.

Öst. Apoth. Ztg 52, 466–471 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Deutschland ist Entwicklungsland – Ein Beispiel für die Regenerationsfähigkeit von Gewebe – Lebergewebe kann ersetzt werden – Orale Chemotherapie mit Tegafur/Uracil und Calciumfolinat – Risikofaktoren erkennen und vermeiden – Mit Penicillin V schnell, sicher und preisgünstig kurieren.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 1549–1554 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Neue Behandlungsstrategien bei Krebs – Dem programmierten Zelltod auf der Spur – Medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Demenz.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 1635–1664 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Neue Waffe im Kampf gegen Antibiotikaresistenzen – Neuer Calciumantagonist mit Depotwirkung – Fixe Kombination zweier Wirkstoffe zur Therapie der HIV-Infektion – Losartan bei chronischer Herzinsuffizienz – Hochdosiertes Lisinopril bei Herzinsuffizienz – Tripeltherapie zur Eradikation – Alpha-Tocopherol-Stereoisomere: Welche wirken?

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 1743–1751 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Pharmazeutische Betreuung

von Asthmapatienten – Spezielle Therapieziele bei Kinder – Neue Option für die Therapie der chronischen Hepatitis C – Neue Arzneimittel in der Krebstherapie – Rivastigmin für die EU zugelassen – Calcipotriol als Lösung – So wenig Hormone wie möglich.

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 1938–1950 (1998).

Arzneimittel und Therapie: Homocystein und Arteriosklerose – Folsäure für alle? – Mehr als nur ein Antioxidans – Wie hoch ist das Allergierisiko für Schulkinder? – Nachweis mit dem Atemtest – 10% der Bevölkerung sind betroffen – Generelle Pneumokokken-Impfung für alle über 60?

Dtsch. Apoth. Ztg 138, 2040–2048 (1998).

Clinical Pharmacy: US data suggest adverse drug reactions could be a leading cause of death – New depression awareness campaign – Doctors urge recognition of discontinuation reactions.

Pharm. J. 260, 582–583 (1998).

Clinical Pharmacy: New steroid card now available – Edible vaccines – a new concept in antigen delivery – Prevalence of asthma symptoms highest in the United Kingdom – Women choosing to stay in tamoxifen prevention trial – Cholesterol lowering – how low to go?

Pharm. J. 260, 618–620 (1998).

Clinical Pharmacy: NSAID toxicity: new ranking reported – Schizophrenia suicide prevention trial – Conventional versus aggressive RA therapy – Disappointing results stop sepsis trial – More data on MMR – no link with autism or bowel disease.

Pharm. J. 260, 652–654 (1998).

Clinical Pharmacy: Rifampicin combination effective in orthopaedic implant infections – US scientists claim vitamin B₆ safe – Antibody therapy for lymphoma – Herbal medicines – users less likely to report ADRs.

Pharm. J. 260, 773–774 (1998).

Clinical Pharmacy: Simethicone ineffective in treatment of infantile colic, study finds – Marked rise in malaria cases for travellers to East Africa – Rifampicin combination effective in orthopaedic implant infections – US scientists claim vitamin B₆ safe – Mifepristone/misoprostol for termination – Antibody therapy for lymphoma – Herbal medicines – users less likely to report ADRs.

Pharm. J. 260, 772–774 (1998).

Az összeállítást készítette: *Ottlik Miklósné*

A HÓNAP MOLEKULÁJA

1998. május

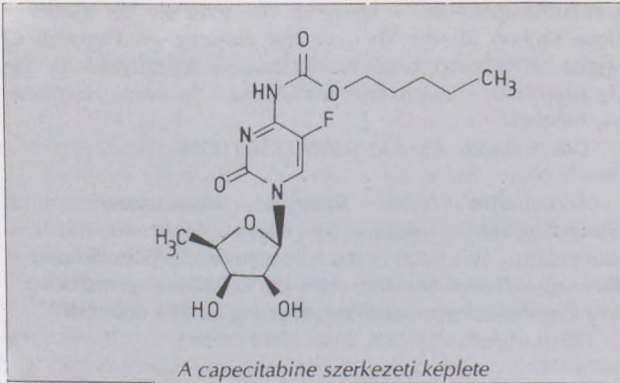
Capecitabine

A Gyógyszerészet szerkesztősége 1996 szeptemberétől „A hónap molekulája” címmel új sorozatot indított, melynek keretében kutatási fázisban lévő ígéretes farmakonokat mutat be.

A sorozat alapját a Prous Science cég „Molecule of the month” publikációi jelentik, melyek az említett vállalat World Wide Web Site-ján (<http://www.prous.es>) találhatóak. Az eredeti verziót egy „Kommentár” című fejezettel kibővítve adjuk közre. Az „A hónap molekulája” sorozatban szereplő vegyületek kiválasztásának alapjául az alábbi kritériumok szolgálnak:

- a kémiai szerkezet újdonsága;
- a hatásmechanizmus különlegessége;
- a kutatás-fejlesztési folyamatban való jelentős előrehaladás;
- olyan indikációkban mutatott hatás, ahol még nincs gyógyszeres kezelési lehetőség, vagy a jelenlegi terápiás beavatkozások nem kielégítőek.

Az US FDA (US Food and Drug Administration = az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerhatósága) gyorsított eljárással engedélyezte a Hoffmann-La Roche cég capecitabine hatóanyagot tartalmazó Xeloda™ tablettáját a standard kemoterápiával (paclitaxellel és doxorubicinnel) szemben rezisztens, átütéses emlőrák kezelésére. A capecitabine a fluoropirimidin-karbamát-származékok új gyógyszeres családjához tartozik, melyek elsősorban a tumorban aktiválódnak. Mivel a hatóanyag az egészséges szövetekben alig fejt ki aktivitást, mellékhatásprofilja nagyon kedvező. Komolyabb mellékhatásként hajhullást és csontvelő-depressziót tapasztaltak. A Hoffmann-La Roche cég az Európai Unióban is gyorsított törzskönyvezési eljárást kért, míg Japánban Fázis II. vizsgálatokat folytat.



Kommentár

A Hoifmann-La Roche április 30-án sajtóközleményben adta tudtul, hogy az FDA engedélyezte Xeloda™ (capecitabine) elnevezésű tablettáját a standard (paclitaxellel és doxorubicinnel végzett) kemoterápiával szemben rezisztens, áttétes emlőrák kezelésére. Ebben az indikációban a capecitabine az első per os adható hatóanyag.

Egy multicentrikus Fázis II. vizsgálatban a Xeloda™-át 162 áttétes emlőrákos betegen alkalmazták. Az FDA a törzskönyvi engedély megadásánál legfőképpen egy 43 fős, paclitaxellel és doxorubicinnel szemben rezisztens betegcsoport eredményeit vette figyelembe. Közülük a capecitabine hatására 11 páciens (18,5%) esetében több mint 50%-kal csökkent a tumor mérete, és 1 betegnél teljes remisszió lépett fel. Összességében a betegcsoport 26,5%-a reagált a kezelésre.

Ami a mellékhatásokat illeti, a capecitabine csekély mértékű hajhullást és csontvelő-depressziót okozott. A leggyakoribb mellékhatások a következők voltak: hasmenés, émelygés, hányás, stomatitis (szájnyálkahártya-gyulladás), fáradtságérzet, a kéz és a lábujjak bizsergése, zsibbadása, fájdalmassá, duzzadtá válása és vörösdése. E tünetek általában nem tették szükségessé a kezelés megszakítását és dóziscsökkentésre enyhültek. Mindazonáltal a Xeloda™ által okozott hasmenés - főleg a nyolcvan év feletti betegek esetében - adott esetben súlyos mértékű is lehetett. 3. és 4. fokozatú neutropenia 4%-ban, thrombocytopenia 2%-ban, míg haemoglobinszint-csökkenés 3%-ban volt megfigyelhető. A készítmény fokozza a magzati károsodások veszélyét, így terhesség alatt ellenjavallt.

Feltétlenül kiemelendő, hogy az emlőrák kezelésében az

utóbbi időszakban további fontos eredmények is születtek. Az Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (EBCTCG) minden idők eddigi legnagyobb metaanalízis-vizsgálatát (55 vizsgálat 15 országból 37.000 beteggel, melyek közül 30.000 esetben volt a daganat hormon-szenzitív) elvégezve arra a következtetésre jutott, hogy az összes hormon-szenzitív emlőrákos beteg (az esetek kb. 75%-a) tamoxifen kezelése az USA-ban évente mintegy 20 000-el csökkenthetné az emlőrák miatti mortalitást. Ez a felismerés pontosabban azt jelenti, hogy a tamoxifen bármely életkorban, nyirokcsomó-áttétes vagy -áttét nélküli, esetleg kemoterápiában részesülő pacienseknek is adható (The Lancet, 1451 old. 1998. május 16.). 5 év tamoxifen kezelés 42%-kal csökkentette a relapszusok számát és 22%-kal a mortalitást. A hatás fiatalabbak (50 év alattiak) esetében ugyanolyan volt mint idősebb korban, és az sem számított, hogy a daganat átterjedt-e már a nyirokcsomókra vagy sem. A tamoxifen-kezelés ezen előnyei harmincszorosan múlták felül a méhnyálkahártyarák és a tüdőembolia-kockázat megnövekedése miatti mortalitásnövekményt.

Kedvező eredmények születtek a "designer estrogen" raloxifennel is, mely az USA-ban osteoporosis indikációban már forgalomban van, de hatását emlőrák-prevencióban két (7.705, ill. 10.553 fős) vizsgálattal is elemzik. A 7.705 fős kísérlet még nem zárult le, de a köztes adatok alapján a raloxifen 66%-al, míg a másik retrospektív analízisben 54%-kal csökkentette az emlőrák előfordulásának kockázatát. Jelenleg STAR (Study of Tamoxifen and Raloxifen) néven a tamoxifennel és a raloxifennel 5 év időtartamú, 22.000 fős összehasonlító vizsgálatot terveznek.

Újabb fontos fejlemény történt a Taxol (paclitaxel) tekintetében, ugyanis egy, az US Cancer and Leukemia Group B (CALGB) által irányított 3.710 fős (az eddigi legnagyobb Taxolos) klinikai kísérlet tapasztalatai arra utalnak, hogy a paclitaxel elsővonalbeli szerként korai stádiumú emlőrákban (ciklofoszfamiddal és doxorubicinnel kombinálva) 22%-kal csökkentette a relapszusok, és 26%-kal az elhalálozások arányát. Jelenleg a paclitaxelt második vonalbeli szerként alkalmazzák áttétes emlőrákos esetekben.

További jó hír, hogy két emlőrák elleni klinikai kísérletben is jól szerepelt a Herceptin (trastuzumab) nevű anti-HER2 monoclonalis antitest, mely képes a betegség progressziójának lényeges lassítására és a kemoterápia hatékonyságának fokozására. A készítményt az emlőrákos esetek 25-30%-ban túlexpresszált HER2 onkogén ellen fejlesztették ki.

Dr. Dobson Szabolcs és Szabó Péter

MIRŐL ÍRT AZ „A GYÓGYSZERÉSZ” 50 ÉVE?

1948. május

A szaklap teljes terjedelmében közölte az 1948. évi XXX. törvénycikk a gyógyszerészetről címen az új gyógyszerési törvény szövegét, melyet 1948. május 12-én emeltek törvényerőre. Néhány fontos rendelkezést emelünk ki belőle: – § A gyógyszerterek állami felügyelet alatt álló közegészségügyi intézmények... (az 1876. évi közegészségügyi törvény ugyanígy rendelkezett). – Gyógyszert közvetlenül a fogyasztók, valamint a kórházak és egyéb gyógyintézetek részére kizárólag csak gyógyszerterek szolgáltathatnak ki. – Gyógyszertárat csak okleveles gyógyszerész vezethet. Községekben 5 évi, városokban 10 évi, a fővárosban pedig 15 évi szolgálat után kaphat gyógyszerteret a gyógyszerész. – Gyógyszertárat 5 ezer lakosú településeken lehet felállítani. – Teljesen újszerű volt az a rendelkezés, hogy jogosítványt nyerhettek a biztosító intézetek, a városok és a községek. – Megszüntették a reáljogot (viszont, legkésőbb 1949. június 30-ig a tulajdonos a házastársára vagy pedig gyermekére átruházhatta a gyógyszerteret, ha az gyógyszerész

volt). – Hatósági kezelő csak a gyógyszerteret szabálytalan vezetése esetében rendelhető ki.

A törvény tartalmazott egy *ellentmondást*, mely sajnos később is nehézségeket okozott. A 38. paragrafus szerint a gyógyszerteret *vállalatnak*, az ott dolgozó gyógyszerészt pedig *kereskedőnek* kell tekinteni. Mindezt annak ellenére rendelték el, hogy már az 1. paragrafus kimondta: a gyógyszerterek állami felügyelet alatt álló közegészségügyi intézmények!...

A törvény a gyógyszerész felelőssége mellett büntetőjogi rendelkezéseket is tartalmazott. Az idősebb *alkalmazottak* azt várták, hogy végre önállóak lehetnek, a *hatósági kezelők* pedig azt remélték, hogy hamarosan rendeződik majd az ideiglenes helyzetük és ekkor elnyerhetik az évek óta gazdátlan patika személyi jogosítványát. A *tulajdonosok* viszont örültek, hogy a már képesített gyermekeik élete végéig biztosított lesz a fennálló helyzet. Tudjuk, a törvény azért nem érhetette el az eredeti célját, mert alig több mint két év múlva (1950. július 28-án) államosították a gyógyszertereket.

A törvényjavaslatot még a parlamenti tárgyalása előtt

véleményezte az Országos Gyógyszerész Egyesület. „Az új törvény igyekszik mindent megtartani, ami régen jó volt. De kiegészül mindazzal, melyet a nép hathatósabb szolgálata és a közösségi szellem megkíván. Persze ez egyéni áldozatokat és lemondást is követel. De a másik oldalon pedig sok könnyet töröl majd le és sok szociális igazságtalanság megoldódik. Az Egyesület nagyon helyesli a Szakszervezet közreműködését az új törvény kialakításában”.

A Parlamentben Olt Károly népjóléti miniszter szóbeli indoklásában közölte: „Már 1946-ban megkezdődött a törvény előkészítése, mely az 1876. évi közegészségügyi törvényből indul ki. A törvényjavaslat megszavazása lehetővé teszi majd 80 új olyan gyógyszertár megnyitását, ahol a közületek is résztvehetnek a gyógyszerellátásban.” A miniszter kifejtette még, hogy nem fog háttérbe szorulni a jövőben a magisztrális gyógyszerkészítés.

Dr. Reök Iván, az Országos Közegészségügyi Tanács tagja a felszólalásában hangoztatta: „Íme a cáfolat a hónapok óta tartó híresztelésekre, hogy a gyógyszertárakat államosítani fogják és 1400 gyógyszerészt ki fognak szórni az utcára...”

Az „A Gyógyszerész” már korábban is átvett írásokat a szovjet sajtóból, illetve referálta azokat. Most Sz. Kaftanov

szovjet felsőoktatásügyi miniszter Pravdában megjelent cikkét ismertette „A tudomány szerepe mérhetetlenül növekszik” címen. Minél inkább előrehalad az ország, annál nagyobb jelentőségűek lesznek e tudományos kutatások. A szovjet tudósok a legtevékenyebben veszik ki a részüket a nép egészségét szolgáló programok megvalósításából, a termőföld terméseredményei és az állattenyésztés fejlesztéséből. Az új termelési technika, az új munkagépek, valamint a tökéletesebb munkamódszerek mind a lakosság érdekeit szolgálják. E feladatok megoldása megköveteli a tudomány még szorosabb illeszkedését az élethez.

Dr. Némedy Imre egyetemi magántanár az Aquincumi Múzeumban járva megtekintette az ott őrzött ősi gyógyszerészi régiségeket. A Gyógyszerészi Múzeum kialakításához kölcsönkaphatta ezeket lefényképezés céljából. Az antik eszközök, vegyszeres kanalak, gyógyszeres ládikák, balzsamtartó edények, orvosi műszerek, a bronzból készült kézimérleg, mind az időszámítás szerinti I–IV. századból származnak.

Dr. Mozsonyi Sándor egyetemi tanár írásában az elsősegélynyújtásra való mentődobozok szabványtervezetét ismertette.

Szmodits László

HELYESÍRÁS – HELYES ÍRÁS

Fogalmazzunk igényesebben!

Ha anyanyelvünket illetően kételyem van, jeles íróinkhoz, nyelvészeinkhez fordulok. Témámhoz kapcsolódóan Szabó Ede írásából vettem a következő sorokat:

„A kerülnek sokféle jelentése van, de nem segítége! Az áru pénzbe kerül, a munka fáradságba; az erdőkerülő az erdőt kerül, az álmatlant meg az álom; ha nincs pénzem, majd kerül valahonnét, ha valami elveszett, esetleg megkerül vagy előkerül – és így tovább. De ha cselekvő igéből elvont főnevet alkotunk (pl. közöl – közlés) és ezt összehasználjuk a kerül igével (közlésre kerül), akkor ezzel a segítéges szerkesztésmóddal főlegesen körülményeskedünk, elszürkítjük, szegényítjük ige-ragozásunkat, egész anyanyelvünket.”

És most nézzünk bele a Gyógyszerészetbe:

„...két oszlopban a részecskeszám koncentrációk kerülnek kijelzésre...” – olvassuk az egyik cikkben. A bevezető ismeretében fogalmazzuk át ezt a mondatot pl. így: ...két oszlopban kijelzik a részecskeszám koncentrációkat...; vagy így: ...két oszlop a részecskeszám koncentrációt jelzi...

Lapozunk tovább:

„...2071 eredeti gyógyszer került bevezetésre” – átfogalmazva (és ezzel egyúttal egyszerűsítve): ...2071 eredeti gyógyszer vezetett be...

Más fogalmazásokban is érdemes egyszerűsíteni, mint például a következő mondatban:

„...a dózis csökkentését megfontolás tárgyává teheti.” Ez 43 betűhelyet foglal el. Nézzük az átfogalmazást: Megfontolhatja az adag csökkentését. Ez pedig csak 32 betűhely, tehát nemcsak szebb lett a fogalmazásunk, hanem még rövidebb is.

Végül szeretnék idézni Déry Tibortól („Nyögvenyelő”), ha a t. szerkesztő nem húzza ki...: „...a folyóiratok szerkesztőjének kellene nagyobb szigorral eljárnia, mert ha az ember nem tud is egy nyelven, de a szabályait megtanulni elemi tisztesség dolga.” Azért ehhez – mentségül, úgyis, mint a lap egykori szerkesztője – hozzáfűzöm, hogy a kéziratok minden részletre kiterjedő aprólékos javítgatására sem elegendő idő, sem energia nincs. Tehát szerzőinkre vár a tennivaló: a nagyobb odafigyelés...

Láng Miklós

KÖNYVISMERTETÉS

Állatgyógyászati készítmények 1998.

Dr. Perényi János (Szerk.); 2. kiad. 953 old. PrimAVet Kft., Budapest, 1998. Ára: 2800 Ft. ISSN 1418-3714.

Ez a hézagpótló szakkönyv az 1995-ös első kiadást követően erőteljesen megváltozott tartalommal, igen jól szerkesztett formában jelent meg újra 1998 első felében. A második kiadást indokolta, hogy hazánkban három éven belül kb. 500 új állatgyógyászati készítmény került forgalomba, míg számos összetételt kivontak a piacról. Egy ilyen örvendetes változás mellett jelenleg nem áll rendelkezésre egyetlen használható gyógyszerkatalógus, vagy vademecum sem, amely segítené az állatorvosok, gyártók, forgalmazók és gyógyszerészek eligazodását a közel 1600 fajtát számláló veteriner gyógyszerkészítményben. A könyv szerkesztője a készítmények összetételét, leírását, javallatát, alkalmazását és adagolását, ellenjavallatát, mellékhatását, a gyógyszerkölcsönhatást az élelmezés-egészségügyi várakozási időt, valamint a tárolásra, eltarthatóságra vonatkozó figyelmeztetést, továbbá a csomagolást, végül a gyártót adja meg

az egyes cikkelyek keretében. Az „Rp” megjelölés a receptkötelezettségre utal.

A gyógyszerkészítmények – beleértve természetesen a vakcinákat, szérumokat, gyógypremixeket – de a homeopátiás gyógyszerek is szigorúan ABC sorrendben található meg. Az eligazodást, valamint a különböző célú keresést jelentősen megkönnyítik a jól szerkesztett táblázatok és a tartalomjegyzék. Ezek egyike a készítmények betűrendes felsorolását adja, míg a kötet legelején található az indikáció szerinti csoportosítás. Ebben megkülönböztetett helyet kaptak a különböző oltóanyagok szigorúan állatfajok szerinti csoportosításban (kutyák, macskák, lovak, sertések, kerdőzök, baromfiak, nyulak részére szolgálóak). Ezen kívül a tematikus csoportosítás szempontjai az általános gyógyszerhatásra utalnak – pl. antibakteriális szerek, gyulladáscsökkentők, fájdalomcsillapítók, helyi érzéstelenítők – továbbá a speciális betegcsoportok készítményeit listázzák – coccidiosis és a tőgygyulladás elleni készítmények – de a gyógyszerelés módját is figyelembe veszik pl. a különböző célú orális, vagy szemészeti készítmények. Külön csoportosításba kerültek az antiparazitikumok, a homeopátiás összetételek, fer-

tőtlenítőszer, légyirtó és rovarirtó szerek, valamint a diagnosztikumok.

A könyvben a bőrgyógyászati készítmények, gyógyszamponok is szerepelnek. A gyógyszergyártók tekintélyes jegyzéke meggyőzi az olvasót arról, hogy a legtekintélyesebb külföldi cégek kínálata is megtalálható hazánkban, ugyanakkor sajnálattal tapasztalható a hazai gyártás igen szerény részesevé.

A gyógyszerrendelést racionalizálhatja a kötet végén közölt táblázatokban megtalálható gyógyszer-specialitások hatóanyagai, adagolásuk mértéke és módja az egyes állatfajokra vonatkozóan, valamint az ételmezés-egészségügyi várakozási idő. A hatóanyagok szerinti csoportosításon kívül a szerkesztő jegy-

zékbe foglalta az 1995 óta megszűnt illetve visszavont specialitásokat.

Tekintélyes terjedelmet képviselnek – 109 oldalt – a kötetben az állatorvosi diétás tápok a Walthan, Hill's valamint a Purina cég készítményeinek közlésével.

Jelentős pozitívuma a könyvnek, hogy az olvasó részére felkínálja a tájékozódást, sőt a mérlegelés lehetőségét a sokféle fantáziánéven forgalmazott, de gyakran igen hasonló hatóanyagtartalmú gyógyszerféleségek között. (3140)M

A kiadvány megrendelhető a PrimAVet Állatgyógyászati Kft.-nél (1152 Bp., Rákosszentimrei út 101.), telefonon is: 306-9702.

Dr. Stampf György

REFERÁTUMOK

AZ ALKOHOLTARTALMÚ GYÓGYSZEREK VESZÉLYEZTETIK A GYERMEKEKET

Bielenberg, J.; Öst. Apoth. Ztg 52, (5), 212–216 (1998)

Az orvosi irodalom egységesen megállapítja, hogy a gyerekeknél csekély alkoholfogyasztás után is mérgezési tünetek léphetnek fel.

Az alkohol illetve acetaldehid kölcsönhatása a tiamin és a biotin anyagcserével magyarázatot ad az említett észrevételeire.

Az FDA a következőket ajánlja a gyerekek részére készített gyógyszerekre vonatkozóan:

– a folyékony OTC készítmények alkoholtartalma az 5%-ot ne haladja meg;

– 6 év alatti gyerekek alkoholtartalmú gyógyszereket csak orvosi felügyelet mellett szedjenek;

– adagolásnál ügyelni kell az előírt időközök betartására, ezzel elkerülhető a vérben történő alkoholkumuláció;

– az alkoholtartalmú készítmény csomagolási nagyságát lehetőség szerint redukálni kell, hogy halálos adag bevétele kizárható legyen.

A gyerekek alkoholérzékenysége okai közt említhető a fiatal szervezet magas mitóziásszáma és erős hidratációja. A fejlődő gyermek légző- és vazomotoros központja érzékenyebben reagál, mint a felnőtté. A közlemény ismerteti, hogy az alkohol, illetve lebomlási terméke az acetaldehid, mily módon lép kölcsönhatásba a tiamin valamint a biotin anyagcserével. A biotin a karboxilázok koenzimje. A biotintól függő piruvátkarboxiláz a glukoneogenezis beindulásánál kulcsszerepet játszik. Az aktivált széndioxid számára a biotin egy vivőmolekula (carrier). Mialatt a glikolízisnél a glukóz pirosszőlősavvá bomlik, addig a glukoneogenezis során a pirosszőlősav glukózzá alakul át. A piruvátkarboxiláz aktivitása az acetyl-CoA jelenlététől függ. Az acetaldehid gátolja a piruvátdehidrogenázt, így kevesebb acetyl-CoA fog képződni.

A következő 3 faktor együttes összejátszása különös kockázatot jelent a gyerekek számára az alkoholemérgezés utáni hypoglikémiás sokk állapotban bekövetkező elhalálozásra.

1. A gyerekeknél nincsenek nagy glikogén tartalékok.

2. Az acetaldehid tiamindifoszfáttal történő kölcsönhatása következtében a piruvát nem alakul át acetaldehiddé. Hiányzik a jelzés a glukoneogenezishez. A karboxiláz aktivitás csökken, a széndioxid szint nő, a piruvát és a laktát kumulálódik.

3. Az acetaldehid aktivitás csökkenésével emelkedik az acetyl-CoA-szint, úgyhogy a citrátciklus enzimjei nem elegendőek az acetyl CoA lebontásához. Az acetyl-CoA citrátciklusba való belépése az oxálacetát mennyiségétől függ.

Mivel az acetaldehid tiamindifoszfáttal történő interakciója miatt a piruvát lebontása akadályozott, az oxálacetát – mint acetyl-CoA-akceptor – nem áll rendelkezésre, ezért az acetyl-CoA ketonszármazékokká (acetoacetát, O-3-hydroxibutirát és acetón) alakul át.

A szerző végkövetkeztetése: a gyerekek számára készíthető gyógyszerek esetében az alkoholt elhagyni (amennyiben más oldószerrel helyettesíteni lehet) vagy redukálni kellene. (1)

A SEPRÓZANÓT

Gresser, G.; Dtsch. Apoth. Ztg 138, (10), 51–5-8 (1998)

A seprózanót, *Cytisus scoparius* L. (Leguminosae) kertekben, erdőszéleken, útementi rézsűkön sárga (pillangós) virágokkal feltűnő, mutatós növény.

A szerző áttekintést ad a növény rendszertani besorolásától kezdve, tartalmi anyagainak részletezésén túl, a terápia felhasználásig. Európán kívül más földrészekben is elterjedt.

A seprózanót fő hatóanyagai: chinolizidin alkaloidok, biogén aminok, flavonoidok és izoflavonoidok.

A chinolizidin alkaloidok a növény majdnem minden részében megtalálhatók, legalacsonyabb a gyökérbeni koncentrációjuk. A vegetációs periódusban a virágzás idején az elfásodott hajtásokban van a legmagasabb szint (3,7 mg/g-ig, száraz súlyra vonatkoztatva).

Mind a hüvelyben, mind a magban magas alkaloid tartalmat mértek. A hajtás és a virág fő alkaloidja: spartein, mellékalkaloidja: 11, 12-dehidrospartein. Az érett hüvelyben, magban és gyökérben a lupamin és a lupamin hidroxiszármazékai rakta:ozódnak.

A biogén aminok közül a tyramin jelentősebb mértékben a virágban képződik, valamint a fiatal hajtásban. A mag és a gyökér nem tartalmazza. A hajtásban ezen kívül oxytyramin (=dopamin) előfordulását igazolták.

A flavonoidok közül említésre méltó a scoparin, (virág és hajtás részben)-6'-O-acetylscoparin (hajtásban), orientin-3'-metiléter és astragalin (levelekben). A növényben a flavonoid tartalom 0,2–0,6% között mozog.

A kimutatott izoflavonoidok: sarothamnoid (mághéjban), genistein (magban és levelekben) orobol és 3'-O-methylorobol-7-O-glucosid (virágokban).

A *Cytisus scoparius* terápiás alkalmazása nagyon korlátozott. A DAC 86- és a BHP 83-ban a Sarothamni scoparii herba monográfia hivatalos.

A drog alkalmazási területe: szív és keringési rendszer elégtelenségei és alacsony vérnyomás.

Felhasználásra kerülnek a növény tavasszal vagy késő ősszel gyűjtött szárított hajtásvegei.

A közleményben egy összeállítás található a forgalomban lévő készítményekből a hatóanyag, az indikáció és a gyártó megnevezésével.

A seprózanót magas spartein tartalma lehetővé teszi a kinyerést, a sparteint gyógyszerek készítéséhez használják. Ezek a készítmények viszont egyre inkább kiszorúlnak a terápiaiból.

A spartein új felhasználási területe a diagnosztikában van, a cytochrom-P-450 izoenzim tipizálására alkalmazható.

A cikk szerzője utal a levél és mag fogyasztásával ritkán előforduló mérgezésekre. A spartein tartalmú gyógyszerek a gyerekek számára lehetnek veszélyesek. (2)



The International Pharmaceutical Federation
Fédération Internationale Pharmaceutique
FIP

The only umbrella organisation for all aspects of the
Pharmacy profession world-wide

is looking for a

General Secretary

The fitting applicant should have a broad knowledge of the pharmacy profession:
in addition, training or experience in business management is advantage.

The position entails:

- managing a team of eight staff members
- responsibility for the financial management
- reporting to and advising the Executive Committee
- creating and maintaining contacts with FIP members, the World Health Organization and relevant national and international health-care organisations

The candidate will be required to be fluent in both written and verbal English: ability
in other languages would be an advantage.

In addition, he or she must have first-class communication skills and must be prepared
to live in the vicinity of The Hague

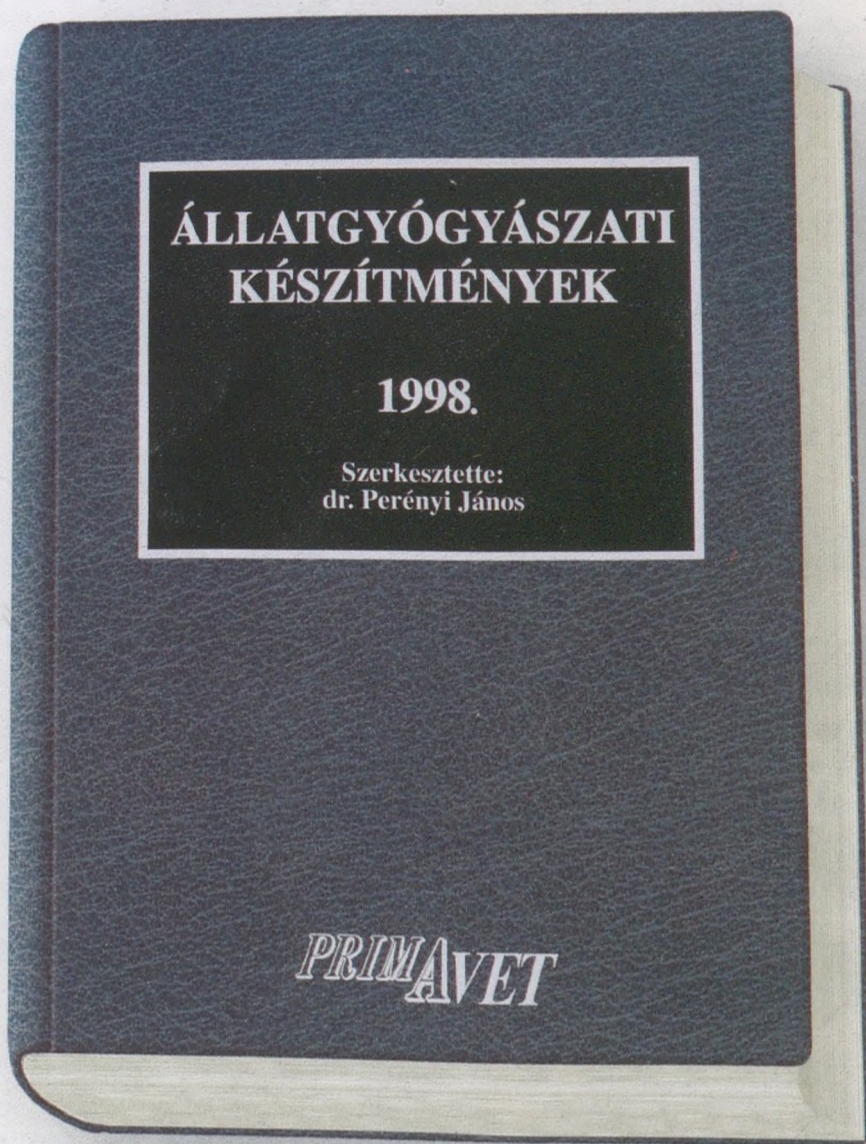
Applications, marked **Private and Confidential**, should be addressed to:

Colin R. Hitchings
Professional Secretary
Andries Bickerweg 5
2517 JP The Hague
The Netherlands

and be received no later than 17th August 1998.

A full job description is available on the Internet: <http://www.pharmweb.net/appointments.html>

A KORSZERŰ ÁLLATORVOSI MUNKÁHOZ SZÜKSÉGES NAPRAKÉSZ INFORMÁCIÓK GYŰJTEMÉNYE



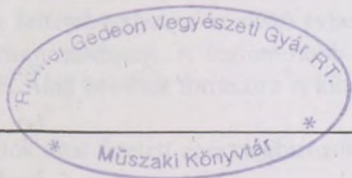
A teljes hazai állatgyógyszer kínálat: közel 1600 készítmény 129 gyártótól... A gyártók által ellenőrzött használati utasítások... Az 1995-ben kiadott könyv teljes felújítása és bővítése... Az utóbbi 3 évben megjelent több száz új készítmény... Az 1998-ban forgalomba kerülő legújabb termékek 17 összehasonlító táblázata naprakész adatokkal... Állatorvosi diétás tápok részletes ismertetése... Indikációs csoportosítás, gyártók szerinti felsorolás... Tárgymutató: 560 hatóanyag előfordulási helyei... Az eddigi legnagyobb, 960 oldal terjedelem... Könnyen kezelhető A5 formátum.

Ára: 2800,-Ft (+ÁFA)
Megrendelhető a 306-9702 telefonon is

Szerkesztette és kiadja a **PRIM-A-VET** Állatgyógyászati Kft. 1152. Budapest, Rákos út 101.

GYÓGYSZERÉSZET

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA



1998-07-27

AZ ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR

TÁJÉKOZTATÓJA

A GYÓGYSZERFORGALOM ÉS
A GYÓGYSZERÁR-TÁMOGATÁSI KIADÁSOK
1997. ÉVI ALAKULÁSÁRÓL

KISS IMRE, BACK ANDRÁS, JÁKI GYÖRGY és KIKILLAI JÓZSEFNÉ

A GYÓGYSZERÉSZET
1998. júniusi számának

melléklete

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung:
H-1051 Budapest, Zrínyi utca 3. Telefon: 317-1488

Főszerkesztő: dr. Lipták József
Felelős szerkesztő: Hankó Zoltán

Szerkesztők:
dr. Bozsik Erzsébet, dr. Brantner Antal, dr. Dobson
Szabolcs, Kéry István, dr. Kovács László, Ottlik Miklósné

Szerkesztőbizottság:

dr. Nikolics Károly (a bizottság elnöke), dr. Bacsa
György, Dudits István, dr. Écsy Zoltán, dr. Gyarmathy
Miklós, dr. Hamvas József, dr. Kata Mihály, Kerekesné
dr. Nemes Mária, dr. Kéry Ágnes, dr. Marton Sylvia,
dr. Mezey Géza, dr. Mikola Bálint, dr. Satory Éva,
Szendrényi Lajos, dr. Tretyánszky Zoltán, dr. Zalai
Károly

„GYÓGYSZERÉSZET” a Magyar Gyógyszerészeti Társaság lapja
Kiadja a Magyar Gyógyszerészeti Társaság, 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. Telefon: 318-1573

Felelős kiadó: Dr. Vincze Zoltán

Szerkesztőség – Editorial Office – Schriftleitung: H-1051 Budapest, Zrínyi u. 3.

Előfizethető: Gyógyszerészet Szerkesztősége 1051 Budapest, Zrínyi u. 3. belföldi postautalványon vagy átutalással az MGYT
átutalási számlájára: OTP V. kerületi fiók, Budapest, Deák Ferenc u. 7-9.

MGYT elszámolási számla: 11705008-20425230. Adóigazolási szám: 19000754-2-41

Előfizetési díj: egész évre 9000 Ft + 12% ÁFA. Egy példány ára: 750 Ft + 12% ÁFA.

Készült 2900 példányban.

Műszaki szerkesztő: Molnár Zoltán

Sokszorosítás: Egrí Nyomda

A kéziratok és mellékleteinek őrzését vagy visszaküldését nem vállaljuk.

Index: 25 362

Tájékoztató a gyógyszer-támogatási kiadások 1997. évi alakulásáról a járóbeteg ellátásban

Kiss Imre

Az Egészségbiztosítási Alap (továbbiakban E. Alap) költségvetésének feltételrendszere az előző évhez képest 1997-ben jelentősen módosult. A legfontosabb változások, melyek az E. Alap bevételi forrásaira is kihatottak a következők:

– a munkáltatók által fizetett egészségbiztosítási járulék 3%-kal csökkent,

– a két társadalombiztosítási alap közötti „keresztfinanszírozás” – mely a nyugdíjasok természetbeni egészségbiztosítási ellátásainak fedezetére szolgált – megszűnt,

– (1996-tal bezárólag) megszűnt a nem biztosítottak természetbeni egészségbiztosítási ellátásainak fedezetére szolgáló központi költségvetésből finanszírozott, állami járulék fizetés.

Az említett tényezők pénzügyi kihatása meghaladta a 100 Mrd Ft-ot. Az egészségügyi hozzájárulásból – mely az előbbi forráskiesés pótlására került bevezetésre – származó bevétel tervezett összegéből (98 Mrd Ft) kb. 26 Mrd Ft-tal kevesebb folyt be. Így az E. Alap 1997. évi költségvetése bevételi oldalról súlyosan egyensúlyhiányos volt. A feszültségeket növelte, hogy miközben a természetbeni egészségbiztosítási ellátásokat gyakorlatilag az ország összlakossága igénybe veheti, addig a befizetések terhe sokkal kisebb lakossági kört, kevesebb munkáltatót érint. Ez a megváltoztatott járulékrendszer – az egészségbiztosítás számára – súlyos finanszírozási gondokat okozott.

Az E. Alap 1997. évi költségvetése azonban nemcsak bevételi, hanem kiadási oldalról is megalapozatlan volt. A költségvetési törvény több kiadási tételben a ténylegesnél lényegesen kisebb kiadást vett figyelembe. Példaként említendő a gyógyszertámogatás, a gyógyító-megelőző ellátások, valamint a korhatár alatti rokkantsági nyugellátások területe.

Még a költségvetés tervezése idején (és azt követően 1997. első hónapjaiban, amikor fokozatosan felszínre került az egyensúlyhiány) az Egészségbiztosítási Önkormányzat (E. Ö.) és szervei figyelmeztettek, hogy a költségvetési törvényben elfogadott hiány sokszorosának képződése várható. Bár az E. Ö. 48 Mrd Ft hiány kompenzálását javasolta a pótköltségvetés tárgyalása során, megjelölve a szükséges intézkedéseket, az Országgyűlés által elfogadott pótköltségvetési törvény 40,7 Mrd Ft-ot határozott meg a hiány előirányzataként.

1997. évben – az elmúlt évekhez hasonlóan – ismét a gyógyszertámogatás volt az E. Alap költségvetésének az egyik legtöbb vitára okot adó pontja. A bekövetkező nagymértékű túllépés okai között első közelítésben az irreálisan leszorított előirányzatot kell említeni. Az eredeti előirányzat alig (1,2 Mrd Ft-tal) haladta meg az 1996. évi tényleges felhasználást, így az 1997. évre elfogadott előirányzat 10 Mrd Ft kiadáscsökkentő intézkedés-csomagot

igényelt úgy, hogy a támogatási rendszer szigorítására nem kerülhetett sor.

1997. május 1-jével szigorodtak a gyógyszerrendelés szabályai, és módosultak egyes gyógyszerek támogatásának feltételei. A közgyógyellátási listán szereplő készítmények köre szűkült. Az év második felében további intézkedésekre is sor került. Hatályba lépett az a kormányrendelet, mely szerint a gyógyszer fogyasztói árának csökkenésekor a társadalombiztosítási támogatás alapjául elfogadott ár is csökken. A gyógyszerek hirdethetőségére vonatkozó NM rendelet megjelenésével szabályozottabbá vált a gyógyszergyárak és -forgalmazók promóciós tevékenysége.

Látva a tényadatok évközi alakulását, a pótköltségvetési törvény a lakossági gyógyszertámogatás eredeti előirányzatát 7,6 Mrd Ft-tal felemelte, de a vérékenység kezelésére tervezett összeget bevonta a gyógyszertámogatási előirányzatba, amely így 94,3 Mrd Ft-ra növekedett.

Az 1997. évi gyógyszerforgalom 156,48 Mrd Ft volt. Ebből az E. Alapot 102,14 Mrd Ft terhelte, tehát 1997-ben a módosított előirányzatot ismételten nagymértékben túlléptük.

A gyógyszertámogatási keret túllépésében az alultervezés mellett további két tényező játszott szerepet. A gyógyszerválaszték évek óta bővül, ugyanakkor a betegséggyakoróság nem csökken, hanem – a gyógyszerfelhasználási adatok szerint – növekszik (pl.: daganatos-, pszichiátriai- és neurológiai megbetegedések, asthma betegségek stb.).

A gyógyszerforgalmazásban 1989–90-től jelentősen megnőtt a gyógyszerválaszték és ezzel javult a gyógyszerellátás színvonala. A forgalmazott készítmények száma 1990-ben még csak 1086 (ebből 323 import) volt, de 1993-ban már 2015 (ebből import 1037).

Az alábbi táblázat a gyógyszerválasztékban az elmúlt négy év során bekövetkezett változásokat mutatja:

Év	1994.	1995.	1996.	1997.
Gyógyszerek száma (db):	2350	3410	4349	4612

A táblázatban az 1997. évre jelzett 4612 féle gyógyszerből 2802 készítménynek (61%) volt közforgalmú gyógyszertári forgalma az év során. A többi gyógyszer vagy csak fekvőbeteg-ellátásban (kórházban) kerülhet alkalmazásra, vagy olyan készítmény, amely törzskönyvi törlés alatt áll, illetve gyártási problémák (hatóanyag-, csomagolóanyag stb. hiány) merültek fel.

A gyógyszerkészítmények társadalombiztosítási támogatásának elbírálásánál a hatályos jogszabályok [a beszámolási időszakban a 89/1990. (V. 1.) MT rendelet és „a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásának

elveiről...” szóló NM-EÖ Közlemény, Népjóléti Közlöny 1996/25. sz. 2919. oldal] alapján jártak el.

A társadalombiztosítási támogatás alapjául elfogadott ár módosítása esetén követendő eljárást a 89/1990. (V. 1.) MT rendelet határozta meg. A beszámolási időszakban tapasztalt – az E. Alap szempontjából előnnyel nem járó árcsökkenések – miatt az idézett jogszabály módosításra került.

Az 1997. évi átlag áremelkedés (1996-ot tekintve bázisnak) termelői áron 8,76%, fogyasztói áron: 8,49%.

A növekedés az import készítmények esetén termelői áron 10,98% és fogyasztói áron 10,50%, hazai készítmények esetén 7,22% termelői áron és 6,92% a fogyasztói áron.

Az 1997. évben a támogatási rendszer nem változott. Az év során egyetlen alkalommal került sor (az év elején) új gyógyszerek kihirdetésére.

Fix összegű támogatásban 1996-ban 304, 1997-ben 337 (gyógyszer és tápszer) támogatott készítmény részesült. A fix összegű támogatás megállapítására a vonatkozó jogszabályok és az előbb idézett NM-EÖ közlemény alapján került sor. A beszámolási időszak tapasztalatai azt mutatják, hogy a fix kategóriában kizárólag árcsökkenés következett be.

Az évközi árcsökkenések 72 gyógyszerkészítményt érintettek.

1997. év májusában az egészségügyi rendelkezésre 100% és 90% támogatási kör változásaival

- a daganatos betegségek gyógyszerei,
- a tápszerek,
- az ún. különkeretes gyógyszerek,
- az asztma és a rhinitis allergica gyógyszerei, valamint
- az antidepresszánsok rendelkezésének, és
- az oltóanyagok támogatásának felülvizsgálatára, továbbá
- a közgyógyellátási lista átdolgozására került sor.

Ezen rendelkezésekkel párhuzamosan néhány import gyógyszert forgalmazó cég árcsökkenést hajtott végre.

A gyógyszertárak a helyettesíthetőséget csak az orvos írásos engedélye (vény) alapján a rendelet által meghatározott körben alkalmazhatják. Ennek gyakorlatban súlyáról számszerű adataink nincsenek. Az elemzéseket csak a vények egyedi vizsgálatával végezhetjük el.

A degresszív árrés módosítására a beszámolási évben nem került sor.

A múlt év utolsó negyedében a teljes éves forgalom 28,1%-a (42,48 Mrd forint) realizálódott. Jelentős forgalomnövekedés azonban lényegében (november hónaphoz viszonyítva) csak december hónapban következett be. A december havi forgalom értéke a novemberinél 18%-kal volt nagyobb. Ez részben az akut „téli” betegségek gyakoriságának növekedésével, részben az 1998. évi gyógyszer-árváltozások híreivel magyarázható (gyógyszerfelvásárlás). 1996. évben ugyanebben a két hónapban a növekedés csak 9%-os volt.

Az alábbi táblázat tartalmazza az összes és a támogatott gyógyszerek fogyasztói áron számolt forgalmi adatait Mrd forintban:

	1996.		1997.	
	november	december	november	december
Össz. gyógyszer forgalom	11,04	12,05	13,38	15,77
Tám. gyógyszer forgalom	9,25	9,96	11,20	13,06

A pótköltségvetésben a külön szerződés szerint támogatható gyógyszerekre 6,56 Mrd Ft került jóváhagyásra. Csak külön szerződés alapján voltak támogathatók a vérzékenység és a sclerosis multiplex kezelésére szolgáló gyógyszerek. A kiemelt előirányzat nevesítve és forint összegre meghatározva tartalmazza az SM betegek (765 mFt-os), az influenza elleni védőoltás (300 mFt-os) és a vérzékenység kezelésének (1300 mFt-os) az előirányzatát.

E területen a legnagyobb eredménynek tekinthető, hogy az eddigi „jogbizonytalanság” feloldásra került. Javaslatunkra a népjóléti miniszter rendeletben tette közzé a külön szerződés alapján támogatott gyógyszerek körét, közleményben ismertette az e körben támogatott betegségcsoportokat és azon intézeteket, ahol az orvosilag indokolt kezelést a biztosítottak igénybe vehetik, továbbá közleményben határozta meg az e célra rendelkezésre álló keretösszeget. 1997-ben két betegségcsoport kikerült a különkeretes körből (az autovakcina gyártása már 1996-ban megszűnt, a migrénelenes készítmény pedig átkerült a normatív támogatási körbe), ugyanakkor a különkeretes támogatás egy betegségcsoporttal bővült (a veserák kezelésére szolgáló készítménnyel).

Komoly előrelépés, hogy 1997-ben minden készítmény beszerzésére közbeszerzési eljárás keretében került sor. A közbeszerzési eljárások során sikerült nagymértékű (20–23%) árcsökkenést elérni egyrészt annak köszönhetően, hogy ezek a zömében járóbeteg ellátást szolgáló készítmények nem közforgalmú gyógyszertáron keresztül kerülnek a biztosítottakhoz, másrészt az egy tételben történő beszerzés kedvező kereskedelmi előnyét ill. egyéb szempontokat is sikerült kihasználni.

A gyógyszerforgalom értékelése során általánosságban megállapítható, hogy a lakossági kiadások az 1993. évi adatokhoz viszonyítva közel 300%-kal, a társadalombiztosításiak 200%-kal növekedtek 1997. évre. Ennek magyarázata, hogy a támogatott gyógyszerek árához nyújtott támogatási szint folyamatosan csökken, valamint növekszik a nem támogatott gyógyszerek felhasználásának aránya a gyógyszerfelhasználásban.

A társadalombiztosítási támogatás nélkül felhasznált gyógyszerekre vonatkozóan mennyiségi adatokkal nem rendelkezünk, csak az értékét ismerjük: 24,65 Mrd Ft.

A lakossági gyógyszerforgalom alapján készült táblázatok értékelésekor megállapítható, hogy a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek fogyasztói áron számított forgalmának értéke 24,1%-os emelkedést mutat (1996-ban 16%-os, 1995-ben 21,7%-os emelkedés volt.)

A társadalombiztosítás által támogatott vényforgalom az elmúlt években csökkent, majd 1996-tól ismét emelke-

dett. Az egy lakosra jutó vény darabszám 1993-ban 13,7, 1994-ben 12,9, 1995-ben 12,2, 1996-ban 14,4, 1997-ben 14,8.

Az egy lakosra jutó gyógyszerforgalom értéke fogyasztói áron 1994-ben 7.032 Ft, 1995-ben 10.089 Ft, 1996-ban 11.980 Ft, 1997-ben 14.934 Ft. Ez 1994-ről 1995-re 43%-os, 1995-ről 1996-ra 19%-os, illetve 1996-ról 1997-re 25%-os növekedést jelent.

A Tb. támogatott gyógyszerek lakossági térítési díja az 1994. évi 11.394 millióról 1995-re 15.370 millióra, 1996-ra 17.598 millióra, 1997-re 21.186 millió forintra növekedett, ami 35%-os, 14%-os, illetve 21%-os emelkedést mutat.

Egy lakosra vonatkoztatva a Tb. támogatott gyógyszerek után fizetett térítési díj 1994-ben 1.109 Ft, 1995-ben 1.505 Ft, 1996-ban 1.730 Ft, 1997-ben 2.101.

Az egy lakosra jutó értékeknél figyelembe kell venni hazánk lakosság számának sajnálatos csökkenő tendenciáját.

A nem támogatott gyógyszerek forgalma 1995–1997 között ugyancsak emelkedett: fogyasztói áron 15,05 Mrd Ft-ról 19,83 Mrd Ft-on keresztül 24,65 Mrd Ft-ra. Egy lakosra vonatkoztatva 1995-ben 1.473 Ft, 1996-ban 1.954 Ft, 1997-ben 2.446 Ft a nem támogatott gyógyszerek értéke fogyasztói áron. Ez 33%-os, illetve 25%-os emelkedés. Így az egy lakosra jutó gyógyszerkiadás emelkedés összességében 2.978 Ft-ról 3.684 Ft-on át 4.547 Ft-ra, 23,7%-os illetve 23,4%-os.

1995-ben a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásának 37,42%-át a térítésmentes gyógyszerek támogatására fordítottuk. Ez 1996-ra 38,06%-ra, 1997-re 38,73%-ra növekedett. Az egy lakosra jutó térítésmentes forgalom 1996-ban 1995-höz viszonyítva 18,3%-os, míg 1997-ben 1996-hoz viszonyítva 27,7%-os növekedést jelez. Az egészségügyi jogcímen térítésmentes gyógyszerforgalom (értékbeni) növekedése a tavalyi kiugróan magas emelkedés (26,1%-os) után 1997-ben tovább folytatódik, 30,8%-ot mutat (1995-ben 6,5% volt).

1997. év végére az egészségbiztosítás 547.331 db érvényes közgyógyellátási igazolványt tartott nyilván. Egy közgyógyellátott beteg részére átlagosan 51,6 db vényt írtak fel a múlt évben, szemben az egy biztosítottra jutó

14,8 darabbal. Az egy közgyógyellátott részére jutó gyógyszerköltség 35.898 Ft, ami 3,4-szer nagyobb összeg, mint az egy biztosítottra jutó tb. támogatás. 1996-ban 3,6-szor volt nagyobb ugyanez az összeg.

A 100%-kal támogatott gyógyszerek forgalmát fogyasztói áron millió Ft-ban, és az egymás közötti százalékos megoszlást mutatja a következő táblázat 1995.–1997. években:

Jogcím	1995		1996		1997	
Éti.	12.687	46,59%	16.009	49,88%	20.862	51,09%
KGY	14.236	52,27%	15.762	49,11%	19.657	48,14%
Egyéb	267	0,98%	266	0,83%	240	0,59%
ÜB	43	0,15%	58	0,18%	72	0,18%
Össz.	27.233	100,00%	32.095	100,00%	40.831	100,00%

A táblázatból kitéjük, hogy 1997-ben tovább folytatódott a közgyógyellátási jogcímenre való gyógyszerfelírás valamelyes áttérődése az egészségügyi jogcímenre térítésmentes gyógyszerforgalomra.

A közgyógyellátási rendszerről elmondható, hogy alapjában működik, funkcióját ellátja, de a rohamosan emelkedő költségek nem járnak együtt a hatékonyság növekedésével. A finanszírozás nem egyértelműen igazságos, a támogatás az esetek nagy hányadában nem azokhoz jut el, akik arra leginkább rászorulnak. Nem költségérzékeny, helyenként pazarlásra „ösztönöz”. A közgyógyellátás átdolgozásához korrekt felmérésre van szükség, és ez alapján tehető egyértelmű javaslatok, amelyek a rendszert hosszútávra működőképessé teszik.

A lakossági gyógyszerforgalom fogyasztói áron számolt értéke 1995-ben 106,8 Mrd Ft, 1996-ban 128,9 Mrd Ft, 1997-ben 156,48 Mrd Ft. Ez fogyasztói áron számolva 20,7, illetve 21,4%-os növekedést, térítési díjon 23,2 illetve 22,9%-os, valamint a támogatási oldalon 19,3 illetve 21,0%-os változást jelent.

Összességében a forgalmi adatokból megállapítható, hogy a gyógyszerek támogatási szintjének 0,3%-os mérséklődése mellett a biztosító kiadásai százalékosan nagyobb mértékben növekedtek 1997-ben az előző évhez képest.

1995. - 1997. évi lakossági gyógyszerforgalom alakulása
 Forgalmi időszak: naptári év

Értékek: ÁFA nélküli áron, millió forintban

Támogatási kategóriák	Fogyasztói áron						Térítési díjon						Kifizetés					
	1995		1996		1997		1995		1996		1997		1995		1996		1997	
	Érték	%	Érték	%	Érték	%	Érték	%	Érték	%	Érték	%	Érték	%	Érték	%	Érték	%
1. 100 %	27 232	25.5%	32 095	24.9%	40 831	26.1%	5 468	18.0%	6 804	18.2%	8 819	19.1%	27 304	35.7%	32 008	35.0%	40 822	36.9%
2. 95 %	6 028	5.6%	2 130	1.7%	0	0.0%	276	0.9%	92	0.2%	0	0.0%	5 727	7.5%	2 039	2.2%	0	0.0%
3. 90 %	13 504	12.6%	24 959	19.4%	32 387	20.7%	1 339	4.4%	2 686	7.2%	3 377	7.3%	12 171	15.9%	22 168	24.3%	29 011	26.2%
4. 80 %	5 737	5.4%	-	-	-	-	1 159	3.8%	-	-	-	-	4 578	6.0%	-	-	-	-
5. 70 %	18 023	16.9%	22 567	17.5%	26 608	17.0%	6 036	19.8%	7 029	18.8%	7 904	17.2%	12 033	15.7%	15 543	17.0%	18 705	16.9%
6. 50 %	1 154	1.1%	7 454	5.8%	14 137	9.0%	580	1.9%	3 753	10.0%	7 038	15.3%	574	0.7%	3 703	4.1%	7 099	6.4%
7. 40 %	3 826	3.6%	1 392	1.1%	0	0.0%	2 486	8.2%	921	2.5%	0	0.0%	1 365	1.8%	474	0.5%	0	0.0%
8. FIX összegű	12 502	11.7%	11 375	8.8%	12 606	8.1%	3 494	11.5%	3 117	8.3%	2 967	6.4%	9 025	11.8%	8 294	9.1%	9 639	8.7%
9. Külön engedélyre	-	-	88	0.1%	151	0.1%	-	-	-	-	-	-	-	-	87	0.1%	150	0.1%
10. Speciál I.	1 792	1.7%	2 935	2.3%	5 108	3.3%	-	-	-	-	-	-	1 792	2.3%	2 935	3.2%	5 108	4.6%
11. Kompenzáció	1 982	1.9%	4 093	3.2%	0	0.0%	-	-	-	-	-	-	1 982	2.6%	4 093	4.5%	0	0.0%
12. Korrekció	-	-	12	0.0%	11	0.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	12	0.0%	11	0.0%
I. Támogatott összesen	91 780	85.9%	109 101	84.6%	131 839	84.3%	15 370	50.5%	17 598	47.0%	21 286	46.2%	76 551	100%	91 357	100%	110 546	100%
Térdíj ill. a tám. színvonala	85.9%		84.6%		84.3%		16.7%		16.1%		16.1%		83.4%		83.7%		83.8%	
II. Nem támogatott	15 049	14.1%	19 829	15.4%	24 646	15.7%	15 053	49.5%	19 882	53.0%	24 794	53.8%						
III. Mindösszesen	106 829	100%	128 930	100%	156 485	100%	30 423	100%	37 479	100%	46 079	100%	76 551	100%	91 357	100%	110 546	100%
Térdíj ill. a tám. színvonala							28.5%		29.1%		29.4%		71.7%		70.9%		70.6%	

100%-kal tám.-ból:

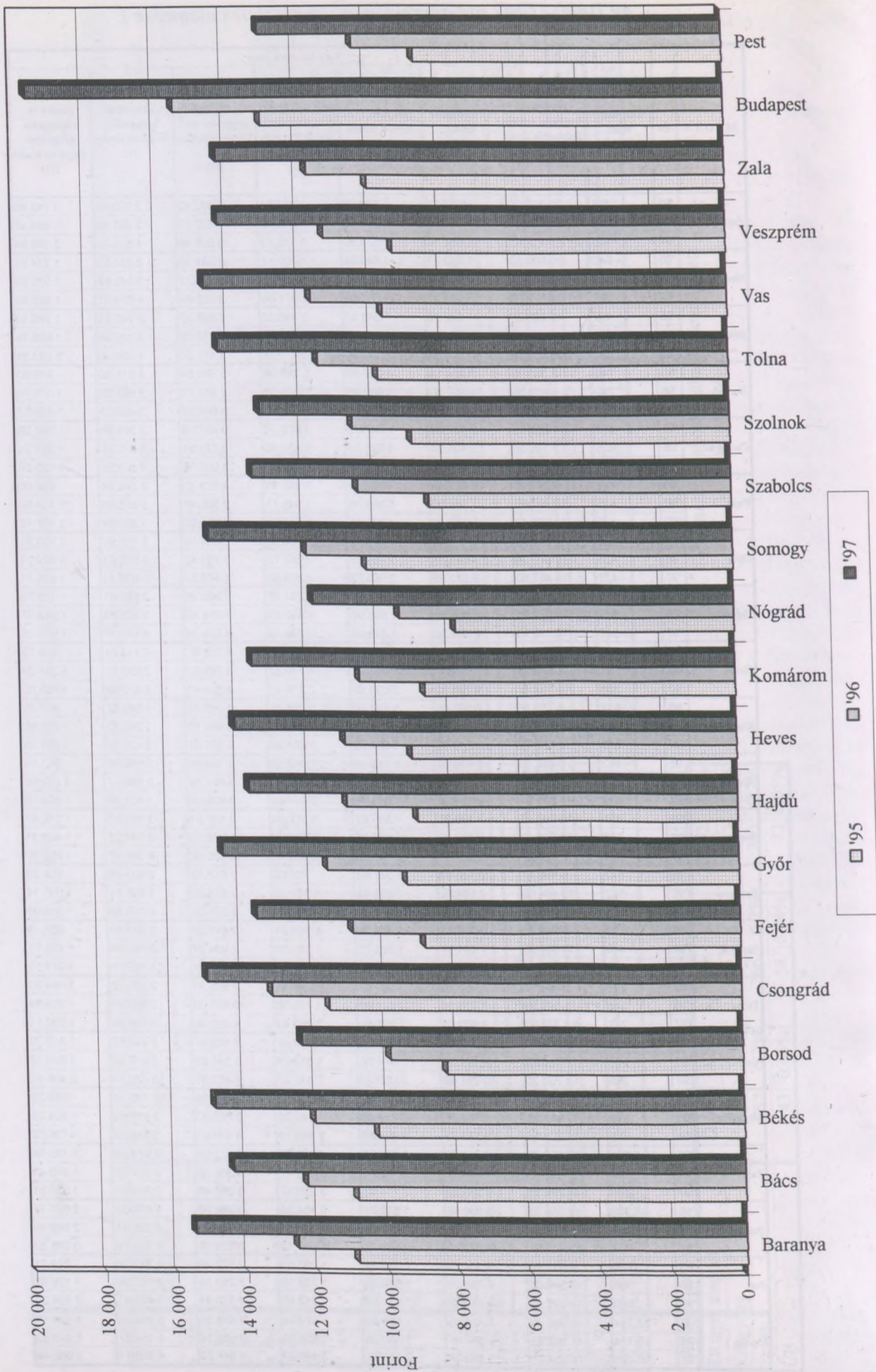
Eü.rend. alapján	12 687	11.9%	16 009	12.4%	20 862	13.3%
Közgyógy	14 236	13.3%	15 762	12.2%	19 657	12.6%
Egyéb	267	0.2%	266	0.2%	240	0.2%
ÜB	43	0.04%	58	0.04%	72	0.05%

o Tartalmazza a lakosság által ki nem fizetett kvázi betegterítési díjat

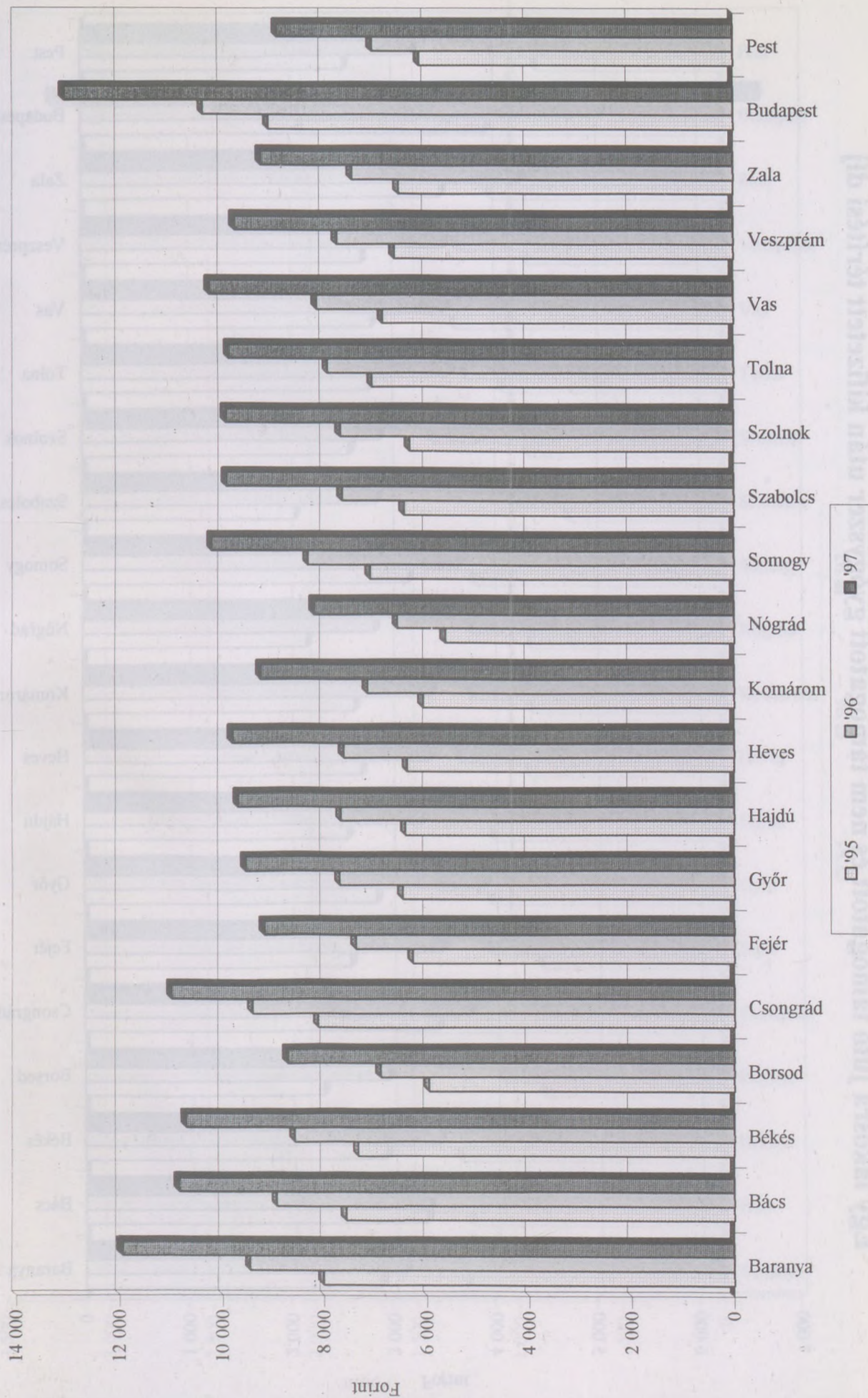
Az 1995 - 1997 gyógyszerforgalom részletes elemzése I.

MEGYE	Év	Lakosság- szám (1000 fő)	Egy lakosra jutó						Eü rendel- kezésre té- ritésmentes gyógyszer- forgalom értéke (Ft)
			gyógyszer forgalom értéke fogyasztói áron (Ft)	Tb támogatás értéke (Ft)	Tb támogatott gyógyszer után fizetett térítési díj (Ft)	nem támogatott gyógyszer értéke fogyasztói áron (Ft)	támogatott és nem támogatott gyógyszer után kifizetett térítési díj (Ft)	térítésmentes gyógyszer- forgalom értéke (Ft)	
Baranya	'95	411	10 899.00	8 015.66	1 651.81	1 240.61	2 892.42	2 770.49	1 242.85
	'96	407	12 596.07	9 460.26	1 907.52	1 219.65	3 127.17	3 461.18	1 684.47
	'97	405	15 470.01	11 962.17	2 373.33	1 135.13	3 508.46	4 525.73	2 292.94
Bács	'95	540	10 899.56	7 582.27	1 640.31	1 701.11	3 341.42	2 827.53	1 224.51
	'96	538	12 308.22	8 938.61	1 871.78	1 494.93	3 366.71	3 342.61	1 535.65
	'97	537	14 372.09	10 853.41	2 251.60	1 271.04	3 522.64	4 079.31	1 955.45
Békés	'95	402	10 283.37	7 342.25	1 546.52	1 396.80	2 943.32	2 742.57	1 286.13
	'96	400	12 067.69	8 579.95	1 778.80	1 696.96	3 475.76	3 230.45	1 638.46
	'97	398	14 854.56	10 707.64	2 172.80	1 978.51	4 151.31	4 096.30	2 023.35
Borsod	'95	746	8 320.09	5 964.16	1 222.56	1 108.08	2 330.64	2 277.39	876.93
	'96	742	9 912.55	6 907.50	1 402.48	1 575.22	2 977.70	2 682.66	1 076.10
	'97	739	12 404.69	8 719.22	1 691.79	2 003.13	3 694.92	3 486.11	1 409.23
Csongrád	'95	427	11 583.63	8 117.90	1 647.72	1 809.36	3 457.08	3 361.89	1 567.06
	'96	425	13 185.09	9 401.81	1 921.51	1 850.30	3 771.81	3 679.86	1 847.24
	'97	422	15 017.92	10 991.90	2 318.18	1 685.38	4 003.56	4 102.39	2 035.24
Fejér	'95	426	8 871.66	6 277.49	1 360.87	1 252.45	2 613.32	2 266.24	886.60
	'96	425	10 897.89	7 384.20	1 559.76	1 945.71	3 505.47	2 685.65	1 134.90
	'97	427	13 590.18	9 177.40	1 905.45	2 510.20	4 415.65	3 302.54	1 461.72
Győr	'95	426	9 343.20	6 472.14	1 480.17	1 386.98	2 867.15	2 115.87	1 133.31
	'96	425	11 570.28	7 694.37	1 755.67	2 167.75	3 923.42	2 513.63	1 404.23
	'97	425	14 497.60	9 542.58	2 168.78	2 809.83	4 978.61	3 039.41	1 836.71
Hajdú	'95	550	8 998.31	6 413.69	1 294.70	1 291.55	2 586.26	2 633.61	1 125.79
	'96	549	10 979.75	7 666.10	1 505.94	1 812.95	3 318.89	3 203.63	1 518.37
	'97	546	13 710.73	9 685.74	1 793.66	2 234.70	4 028.36	4 181.17	1 970.75
Heves	'95	328	9 133.58	6 377.52	1 438.30	1 284.67	2 722.97	2 114.01	945.75
	'96	327	11 000.71	7 616.10	1 666.60	1 729.32	3 395.92	2 663.11	1 287.20
	'97	326	14 102.47	9 798.20	2 033.03	2 276.40	4 309.43	3 578.68	1 765.05
Komárom	'95	312	8 733.76	6 077.63	1 397.00	1 258.41	2 655.41	1 846.67	937.35
	'96	311	10 555.57	7 155.55	1 569.12	1 840.31	3 409.43	2 282.92	1 232.85
	'97	310	13 565.72	9 245.16	1 907.63	2 464.39	4 372.01	3 105.39	1 851.35
Nógrád	'95	222	7 832.40	5 644.92	1 145.09	1 043.52	2 188.61	2 195.85	941.19
	'96	221	9 416.46	6 577.03	1 303.63	1 547.66	2 851.29	2 588.77	1 232.86
	'97	219	11 826.71	8 194.05	1 545.20	2 094.36	3 639.56	3 301.40	1 609.76
Somogy	'95	337	10 297.45	7 106.32	1 565.01	1 627.60	3 192.61	2 351.93	1 216.62
	'96	336	11 978.43	8 316.95	1 872.80	1 803.88	3 676.67	2 742.02	1 469.84
	'97	334	14 726.67	10 209.51	2 190.56	2 345.10	4 535.66	3 396.10	1 855.90
Szabolcs	'95	572	8 496.47	6 448.46	1 347.92	728.50	2 076.42	2 833.89	757.20
	'96	572	10 494.55	7 650.92	1 596.43	1 278.59	2 875.03	3 355.74	1 030.14
	'97	572	13 446.30	9 923.36	1 872.12	1 649.43	3 521.55	4 715.66	1 556.98
Szolnok	'95	420	8 948.95	6 338.74	1 406.30	1 204.24	2 610.54	2 323.34	956.18
	'96	419	10 604.95	7 691.87	1 553.70	1 351.26	2 904.97	3 042.36	1 432.72
	'97	417	13 215.38	9 944.19	1 897.00	1 380.27	3 277.27	4 190.05	1 978.53
Tolna	'95	249	9 863.17	7 062.16	1 597.61	1 207.78	2 805.39	2 253.78	1 084.20
	'96	248	11 540.99	7 928.14	1 821.64	1 785.36	3 607.00	2 580.31	1 259.33
	'97	247	14 334.91	9 875.97	2 196.89	2 263.49	4 460.38	3 369.84	1 702.71
Vas	'95	272	9 699.88	6 857.17	1 467.40	1 370.87	2 838.27	2 303.13	1 319.20
	'96	271	11 710.29	8 141.37	1 674.94	1 882.95	3 557.89	2 936.50	1 832.18
	'97	269	14 703.25	10 251.68	2 020.72	2 432.20	4 452.91	3 735.13	2 496.47
Veszprém	'95	378	9 368.54	6 629.22	1 494.39	1 249.13	2 743.52	2 146.79	959.39
	'96	378	11 302.83	7 744.90	1 712.83	1 840.79	3 553.63	2 639.46	1 304.28
	'97	376	14 275.18	9 760.32	2 091.48	2 443.14	4 534.61	3 348.03	1 730.08
Zala	'95	301	10 056.01	6 546.78	1 533.93	1 990.05	3 523.98	2 079.25	1 135.58
	'96	299	11 754.37	7 454.19	1 719.65	2 586.71	4 306.35	2 307.82	1 210.45
	'97	298	14 295.18	9 238.39	2 124.43	2 926.97	5 051.40	2 893.92	1 535.51
Budapest	'95	1 909	13 014.18	9 086.66	1 812.07	2 154.51	3 966.58	3 614.33	2 064.37
	'96	1 885	15 478.81	10 380.01	2 082.72	3 005.35	5 088.07	4 235.41	2 546.10
	'97	1 863	19 648.91	13 072.49	2 564.05	4 059.13	6 623.18	5 351.73	3 285.32
Pest	'95	986	8 653.75	6 134.70	1 314.63	1 260.83	2 575.46	2 343.26	914.17
	'96	996	10 386.03	7 056.06	1 510.98	1 739.16	3 250.14	2 707.38	1 126.65
	'97	1005	13 026.49	8 912.08	1 811.63	2 313.91	4 125.54	3 462.81	1 494.39
Ország	'95	10 214	10 089.49	7 125.01	1 504.96	1 473.34	2 978.30	2 666.19	1 248.15
	'96	10 174	11 980.53	8 287.47	1 730.00	1 954.16	3 684.16	3 154.57	1 573.52
	'97	10 135	14 934.97	10 402.27	2 100.91	2 446.33	4 547.23	4 028.71	2 058.40

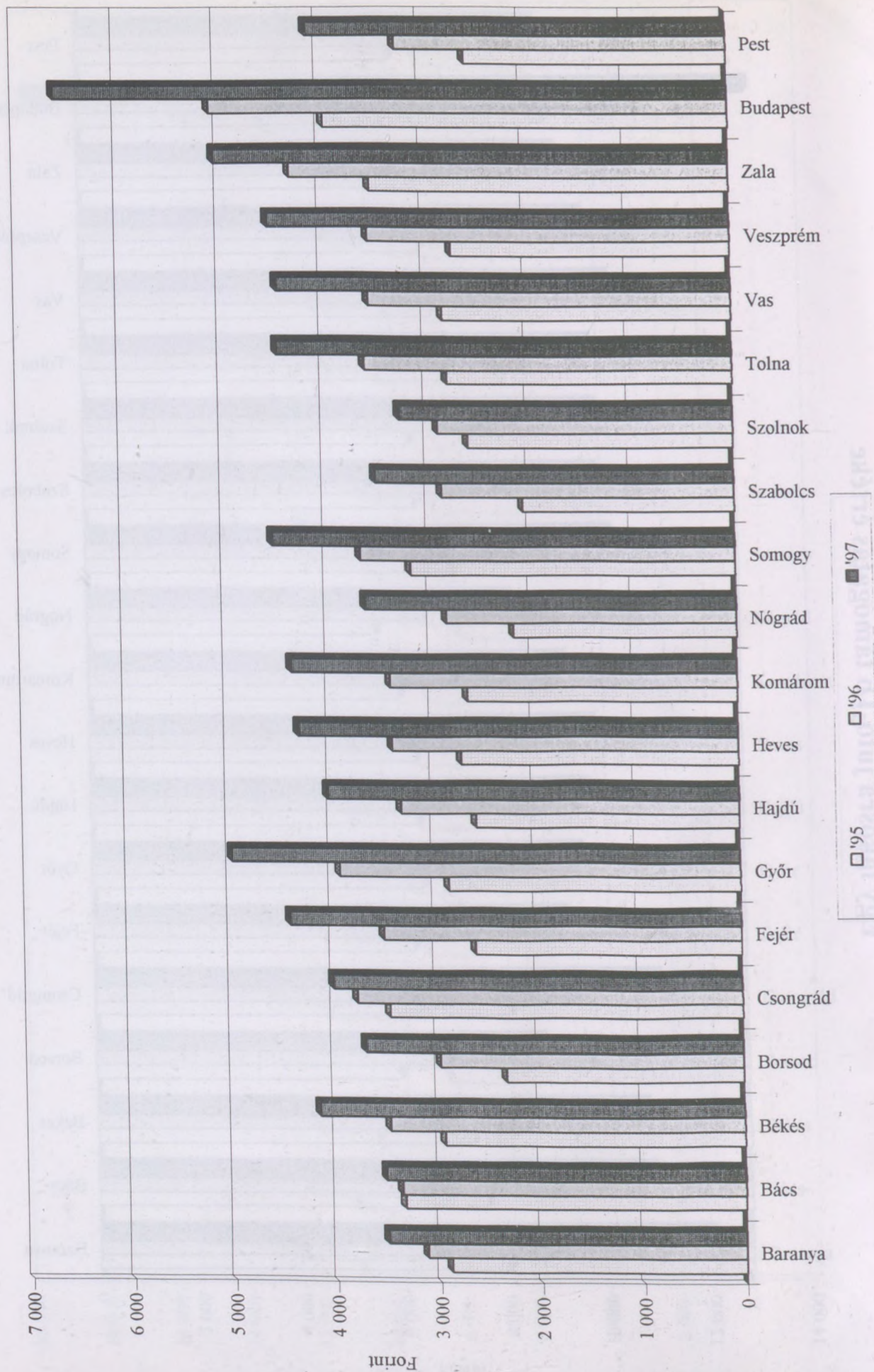
Egy lakosra jutó gyógyszerforgalom értéke fogyasztói áron



Egy lakosra jutó Tb támogatás értéke



Egy lakosra jutó támogatott és nem támogatott gyógyszer után kifizetett térítési díj



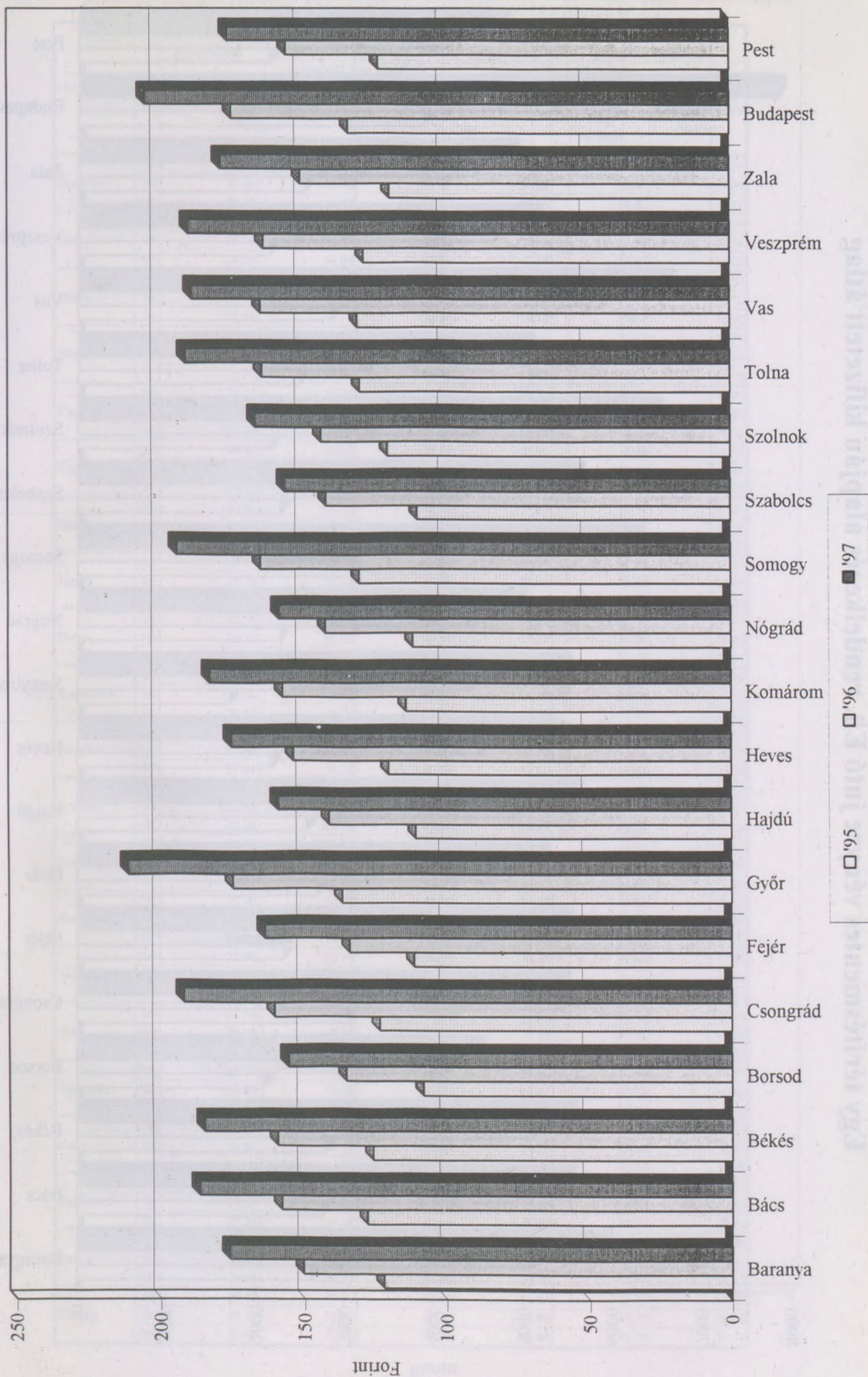
Egy lakosra jutó Eü. rendelkezésre térítésmentes gyógyszerforgalom értéke



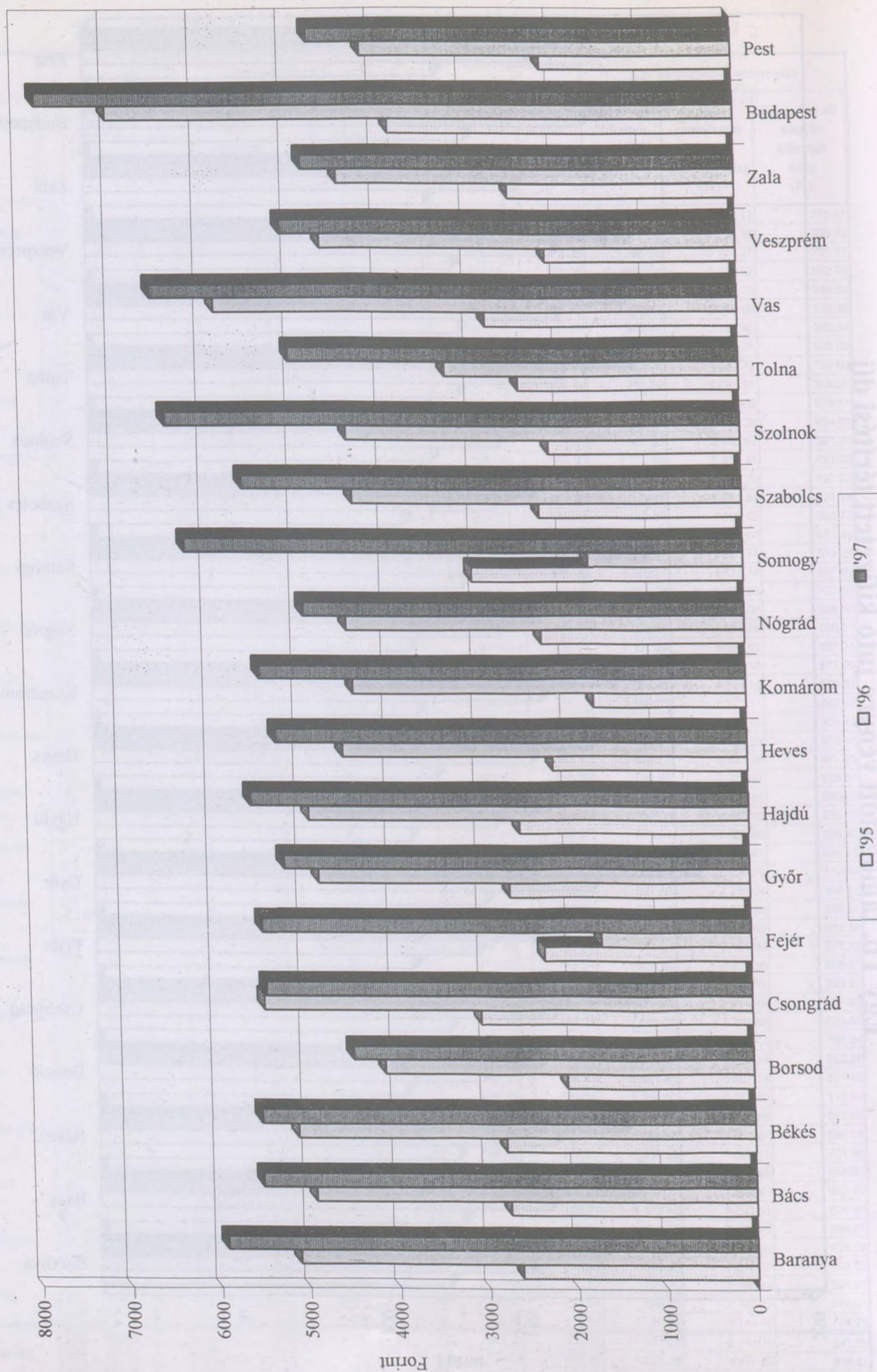
Az 1995 - 1997 gyógyszerforgalom részletes elemzése II.

MEGYE	Év	Lakosság- szám (1000 fő)	Egy lakosra jutó				Egy Tb támogatott vényre jutó		Egy térítésmentes vényre jutó		
			vényszám (db)	TM vényszám (db)	TK vényszám (db)	Tb támogatott vényszám (db)	Tb támogatás (Ft)	kifizetett tér.dij (Ft)	kifizetett átlag (Ft)	EÜ rendelkezés alapján kifizetett átlag (Ft)	Közgyógy ell. alapján kifizetett átlag (Ft)
Baranya	'95	411	13.52	3.10	10.43		592.66	122.13	894.32	2 622.19	575.81
	'96	407	16.06	3.07	13.00	12.67	746.66	150.55	1 125.32	5 104.36	639.48
	'97	405	15.17	3.51	11.66	13.47	888.33	176.25	1 288.74	5 920.27	701.77
Bács	'95	540	12.81	3.17	9.64		591.95	128.06	896.54	2 749.82	582.78
	'96	538	13.95	3.06	10.89	11.84	755.00	158.10	1 087.15	4 919.08	649.90
	'97	537	13.96	3.29	10.66	12.06	899.60	186.63	1 238.82	5 506.89	720.35
Békés	'95	402	12.28	2.96	9.32		597.71	125.90	928.41	2 782.45	586.34
	'96	400	13.79	2.76	11.02	11.16	768.60	159.35	1 162.36	5 100.01	645.69
	'97	398	14.03	3.18	10.84	11.75	910.91	184.84	1 286.24	5 512.72	730.60
Borsod	'95	746	11.30	3.18	8.12		527.80	108.19	715.98	2 084.01	506.20
	'96	742	12.66	3.02	9.64	10.37	666.11	135.25	887.88	4 119.08	579.11
	'97	739	12.65	3.48	9.17	10.88	801.23	155.46	1 002.99	4 475.28	654.69
Csongrád	'95	427	13.36	3.58	9.78		607.53	123.31	937.00	3 040.81	581.20
	'96	425	14.79	3.12	11.67	12.00	783.73	160.18	1 172.88	5 457.41	653.32
	'97	422	14.67	3.22	11.45	12.09	909.52	191.82	1 272.27	5 431.20	723.22
Fejér	'95	426	12.23	2.98	9.25		513.25	111.27	760.81	2 311.84	527.28
	'96	425	15.13	3.27	11.86	11.64	634.27	133.98	819.17	1 669.40	591.72
	'97	427	13.81	3.03	10.78	11.65	787.69	163.54	1 088.65	5 461.64	661.48
Győr	'95	426	10.84	2.12	8.72		596.94	136.52	996.94	2 690.74	572.99
	'96	425	13.63	1.99	11.65	10.06	765.01	174.56	1 265.27	4 818.74	647.92
	'97	425	12.95	1.98	10.98	10.28	928.55	211.04	1 537.76	5 204.93	727.93
Hajdú	'95	550	11.71	3.40	8.31		547.60	110.54	774.38	2 565.04	506.55
	'96	549	13.20	3.19	10.01	10.68	717.73	140.99	1 004.68	4 916.28	580.07
	'97	546	13.08	3.71	9.37	11.30	857.47	158.79	1 127.98	5 567.82	657.75
Heves	'95	328	11.98	2.68	9.30		532.30	120.05	788.33	2 170.16	517.20
	'96	327	13.61	2.59	11.01	10.85	701.96	153.61	1 026.45	4 525.58	593.38
	'97	326	13.88	3.06	10.82	11.61	844.24	175.17	1 168.03	5 272.11	662.12
Komárom	'95	312	12.25	3.51	8.74		496.11	114.04	525.72	1 704.58	301.77
	'96	311	15.46	1.97	13.49	9.97	717.37	157.31	1 153.38	4 396.59	613.15
	'97	310	16.42	2.18	14.24	10.44	885.57	182.73	1 422.71	5 441.98	677.29
Nógrád	'95	222	10.27	2.78	7.49		549.90	111.55	790.48	2 275.92	523.51
	'96	221	11.20	2.53	8.67	9.17	716.96	142.11	1 020.18	4 459.58	595.65
	'97	219	11.32	2.90	8.43	9.76	839.48	158.30	1 139.09	4 933.10	655.60
Somogy	'95	337	12.02	2.42	9.60		591.44	130.25	973.84	3 039.86	559.62
	'96	336	13.36	2.81	10.54	11.38	731.10	164.63	973.36	1 743.41	637.77
	'97	334	12.91	2.45	10.46	11.29	904.43	194.05	1 386.35	6 250.59	712.49
Szabolcs	'95	572	12.27	4.54	7.73		525.68	109.88	627.63	2 268.04	496.13
	'96	572	13.15	4.34	8.81	11.26	679.66	141.82	773.95	4 358.80	564.84
	'97	572	13.59	5.02	8.57	11.98	828.09	156.23	938.78	5 588.62	662.34
Szolnok	'95	420	11.70	2.99	8.71		541.95	120.24	776.91	2 151.50	533.32
	'96	419	13.20	2.96	10.24	10.82	710.62	143.54	1 026.83	4 409.55	608.81
	'97	417	13.65	3.48	10.17	11.39	873.08	166.55	1 202.77	6 443.53	693.57
Tolna	'95	249	12.31	2.50	9.81		573.92	129.83	901.72	2 475.49	566.46
	'96	248	14.07	2.46	11.61	11.10	714.41	164.15	1 045.23	3 298.62	629.86
	'97	247	14.12	2.72	11.41	11.51	858.06	190.87	1 241.02	5 032.71	700.04
Vas	'95	272	11.23	2.14	9.09		610.45	130.63	1 076.82	2 832.39	583.26
	'96	271	12.70	1.97	10.73	10.19	799.35	164.45	1 491.45	5 857.74	661.43
	'97	269	13.05	2.09	10.97	10.72	956.61	188.56	1 788.90	6 573.60	713.89
Veszprém	'95	378	11.63	2.53	9.10		569.97	128.49	847.82	2 141.69	563.92
	'96	378	14.81	2.33	12.48	10.47	739.69	163.59	1 128.88	4 651.87	639.88
	'97	376	15.08	2.56	12.52	11.01	886.44	189.95	1 306.53	5 096.11	721.95
Zala	'95	301	12.85	2.33	10.52		509.49	119.38	892.62	2 539.69	496.92
	'96	299	17.33	2.21	15.12	11.41	653.18	150.69	1 043.32	4 445.97	562.20
	'97	298	20.27	2.47	17.80	11.89	777.12	178.71	1 170.76	4 842.92	626.66
Budapest	'95	1 909	13.54	3.29	10.25		671.08	133.83	1 107.60	3 860.22	566.81
	'96	1 885	17.21	2.97	14.24	11.93	870.32	174.63	1 418.27	7 025.99	638.76
	'97	1 863	19.13	3.27	15.86	12.54	1 042.79	204.53	1 636.50	7 816.27	722.62
Pest	'95	986	10.68	2.80	7.88		574.65	123.14	837.35	2 146.44	598.81
	'96	996	11.98	2.72	9.27	9.71	726.36	155.54	996.23	4 148.19	644.01
	'97	1 005	12.57	3.01	9.56	10.30	865.38	175.91	1 150.02	4 745.85	728.25
Ország	'95	10 214	12.21	3.07	9.15		583.49	123.25	872.03	2 740.76	541.55
	'96	10 174	14.36	2.87	11.48	11.05	750.24	156.61	1 095.05	4 617.60	618.51
	'97	10 135	14.83	3.16	11.67	11.55	900.89	181.95	1 273.11	5 913.83	695.98

Egy Tb. támogatott vényre jutó kifizetett térítési díj



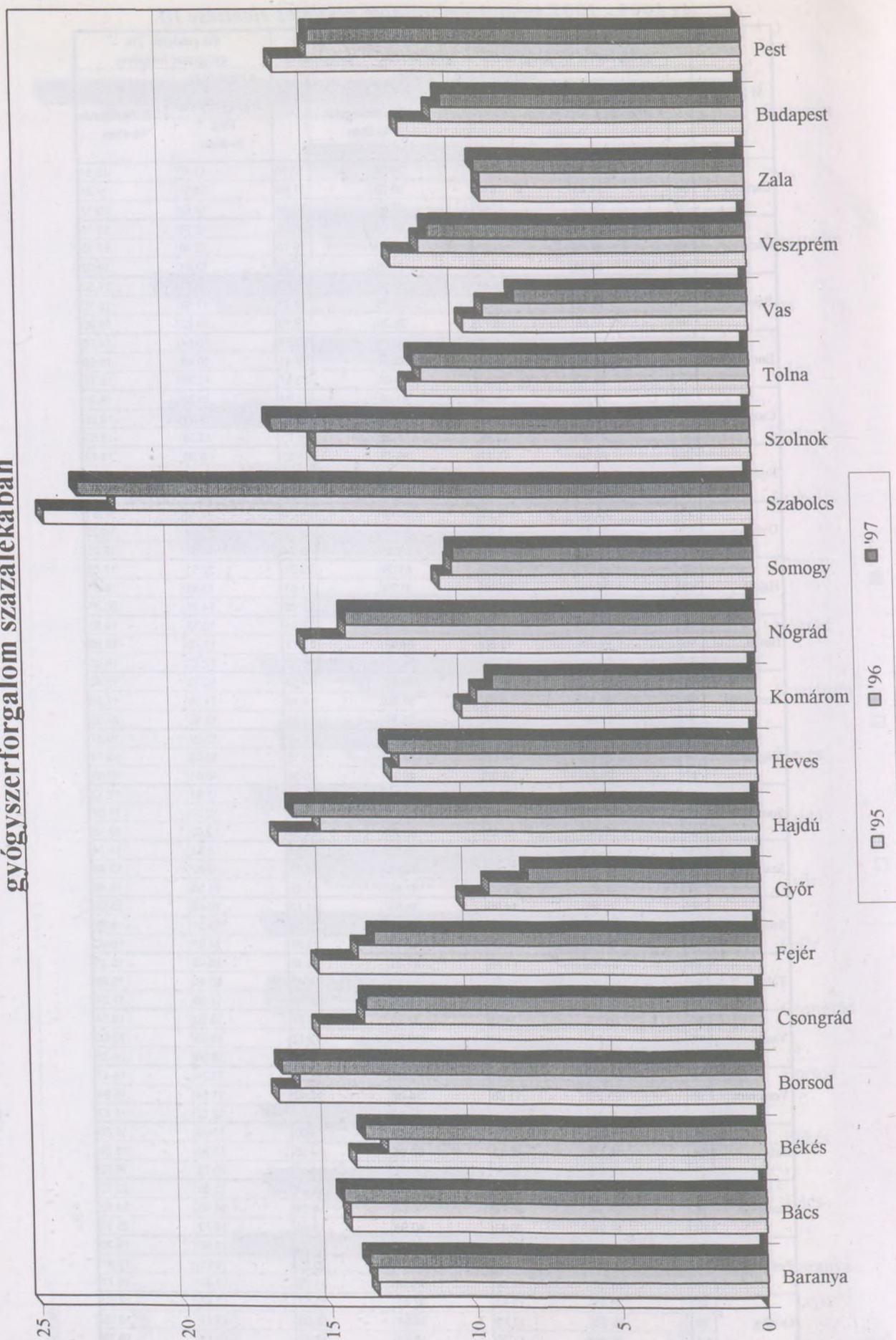
Egy térítésmentes vényre jutó Eü. rendelkezés alapján kifizetett átlag



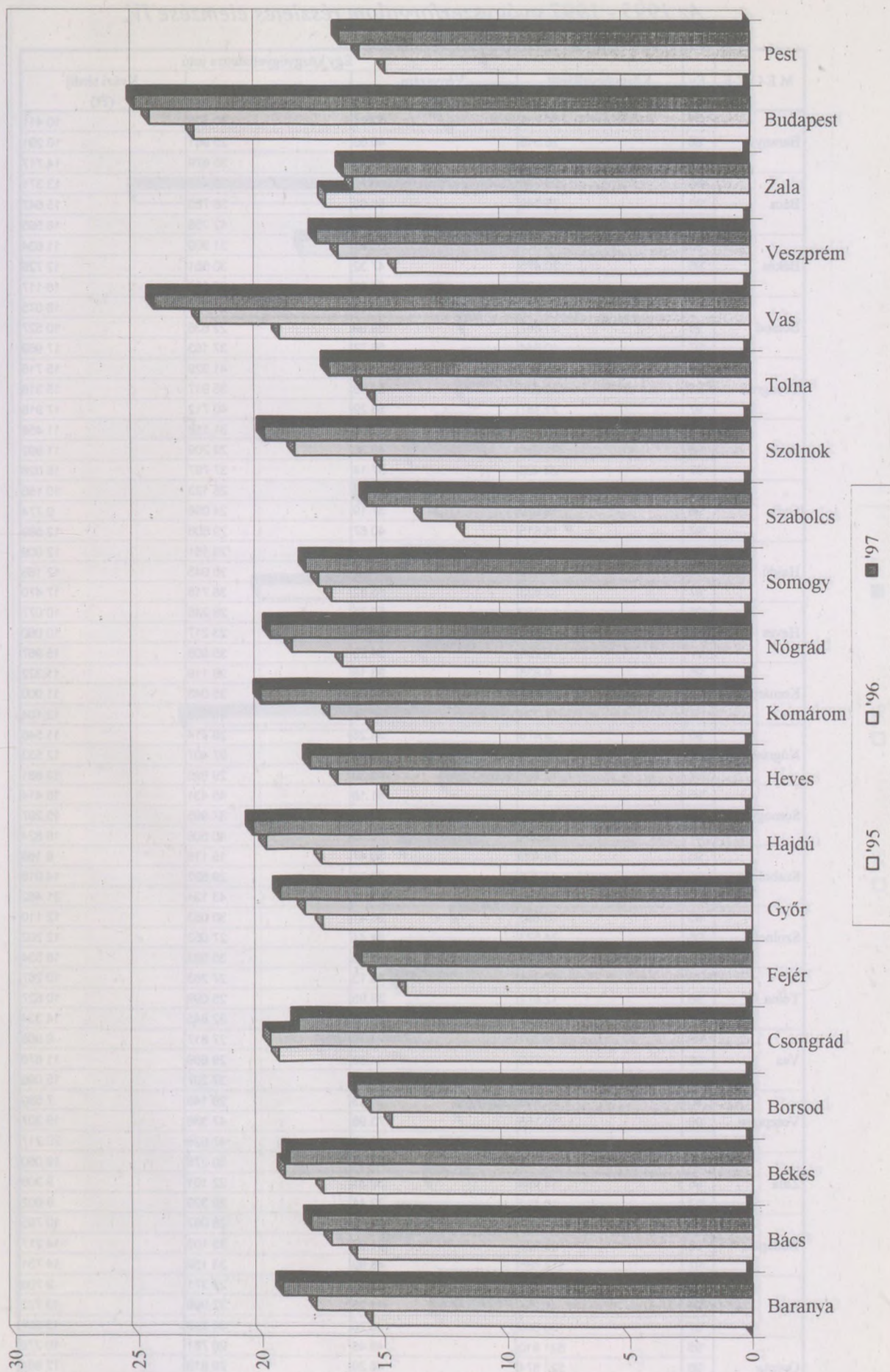
Az 1995 - 1997 gyógyszerforgalom részletes elemzése III.

MEGYE	Év	TM	Közgyógy.	TM	Közgyógy.	Eü. rendelet. Tm.	
		gyógyszerek	gyógyszerek	gyógyszerek	gyógyszerek	gyógyszer forgalom	
		fogyasztói áras forgalma				a teljes fogy.	
	a teljes fogy. áras gyógyszer forg. %ában		a Tb. támogatás %ában		áras gyógyszer forg. %ában	a Tb. támogatás %ában	
Baranya	'95	25.42	13.37	34.56	18.18	11.40	15.51
	'96	27.48	13.43	36.59	17.88	13.37	17.81
	'97	29.25	13.67	37.83	17.68	14.82	19.17
Bács	'95	25.94	14.28	37.29	20.52	11.23	16.15
	'96	27.16	14.31	37.40	19.70	12.48	17.18
	'97	28.38	14.54	37.59	19.26	13.61	18.02
Békés	'95	26.67	14.07	37.35	19.70	12.51	17.52
	'96	26.77	12.96	37.65	18.23	13.58	19.10
	'97	27.58	13.77	38.26	19.10	13.62	18.90
Borsod	'95	27.37	16.70	38.18	23.29	10.54	14.70
	'96	27.06	15.96	38.84	22.91	10.86	15.58
	'97	28.10	16.57	39.98	23.57	11.36	16.16
Csongrád	'95	29.02	15.24	41.41	21.74	13.53	19.30
	'96	27.91	13.68	39.14	19.19	14.01	19.65
	'97	27.32	13.62	37.32	18.61	13.55	18.52
Fejér	'95	25.54	15.22	36.10	21.51	9.99	14.12
	'96	24.64	13.86	36.37	20.46	10.41	15.37
	'97	24.30	13.30	35.99	19.69	10.76	15.93
Győr	'95	22.65	10.20	32.69	14.73	12.13	17.51
	'96	21.72	9.33	32.67	14.02	12.14	18.25
	'97	20.96	7.99	31.85	12.14	12.67	19.25
Hajdú	'95	29.27	16.55	41.06	23.21	12.51	17.55
	'96	29.18	15.09	41.79	21.61	13.83	19.81
	'97	30.50	16.01	43.17	22.66	14.37	20.35
Heves	'95	23.15	12.58	33.15	18.01	10.35	14.83
	'96	24.21	12.30	34.97	17.77	11.70	16.90
	'97	25.38	12.73	36.52	18.32	12.52	18.01
Komárom	'95	21.14	10.15	30.38	14.58	10.73	15.42
	'96	21.63	9.62	31.90	14.19	11.68	17.23
	'97	22.89	9.07	33.59	13.31	13.65	20.03
Nógrád	'95	28.04	15.49	38.90	21.49	12.02	16.67
	'96	27.49	14.07	39.36	20.15	13.09	18.74
	'97	27.91	14.07	40.29	20.30	13.61	19.65
Somogy	'95	22.84	10.82	33.10	15.68	11.81	17.12
	'96	22.89	10.40	32.97	14.98	12.27	17.67
	'97	23.06	10.35	33.26	14.93	12.60	18.18
Szabolcs	'95	33.35	24.39	43.95	32.14	8.91	11.74
	'96	31.98	21.92	43.86	30.07	9.82	13.46
	'97	35.07	23.23	47.52	31.47	11.58	15.69
Szolnok	'95	25.96	14.96	36.65	21.13	10.68	15.08
	'96	28.69	14.93	39.55	20.59	13.51	18.63
	'97	31.71	16.51	42.14	21.93	14.97	19.90
Tolna	'95	22.85	11.78	31.91	16.46	10.99	15.35
	'96	22.36	11.28	32.55	16.43	10.91	15.88
	'97	23.51	11.54	34.12	16.75	11.88	17.24
Vas	'95	23.74	9.81	33.59	13.87	13.60	19.24
	'96	25.08	9.12	36.07	13.12	15.65	22.50
	'97	25.40	8.06	36.43	11.55	16.98	24.35
Veszprém	'95	22.91	12.21	32.38	17.25	10.24	14.47
	'96	23.35	11.26	34.08	16.43	11.54	16.84
	'97	23.45	10.96	34.30	16.04	12.12	17.73
Zala	'95	20.68	9.12	31.76	14.00	11.29	17.35
	'96	19.63	9.12	30.96	14.38	10.30	16.24
	'97	20.24	9.31	31.32	14.41	10.74	16.62
Budapest	'95	27.77	11.85	39.78	16.97	15.86	22.72
	'96	27.36	10.76	40.80	16.04	16.45	24.53
	'97	27.24	10.41	40.94	15.65	16.72	25.13
Pest	'95	27.08	16.15	38.20	22.78	10.56	14.90
	'96	26.07	14.96	38.37	22.02	10.85	15.97
	'97	26.58	14.91	38.86	21.79	11.47	16.77
Ország	'95	26.43	13.82	37.42	19.57	12.37	17.52
	'96	26.33	12.93	38.06	18.69	13.13	18.99
	'97	26.98	12.99	38.73	18.64	13.78	19.79

Közgyógy ellátásra kiadott gyógyszerek fogyasztói áras forgalma a teljes fogyáras
gyógyszerforgalom százalékában



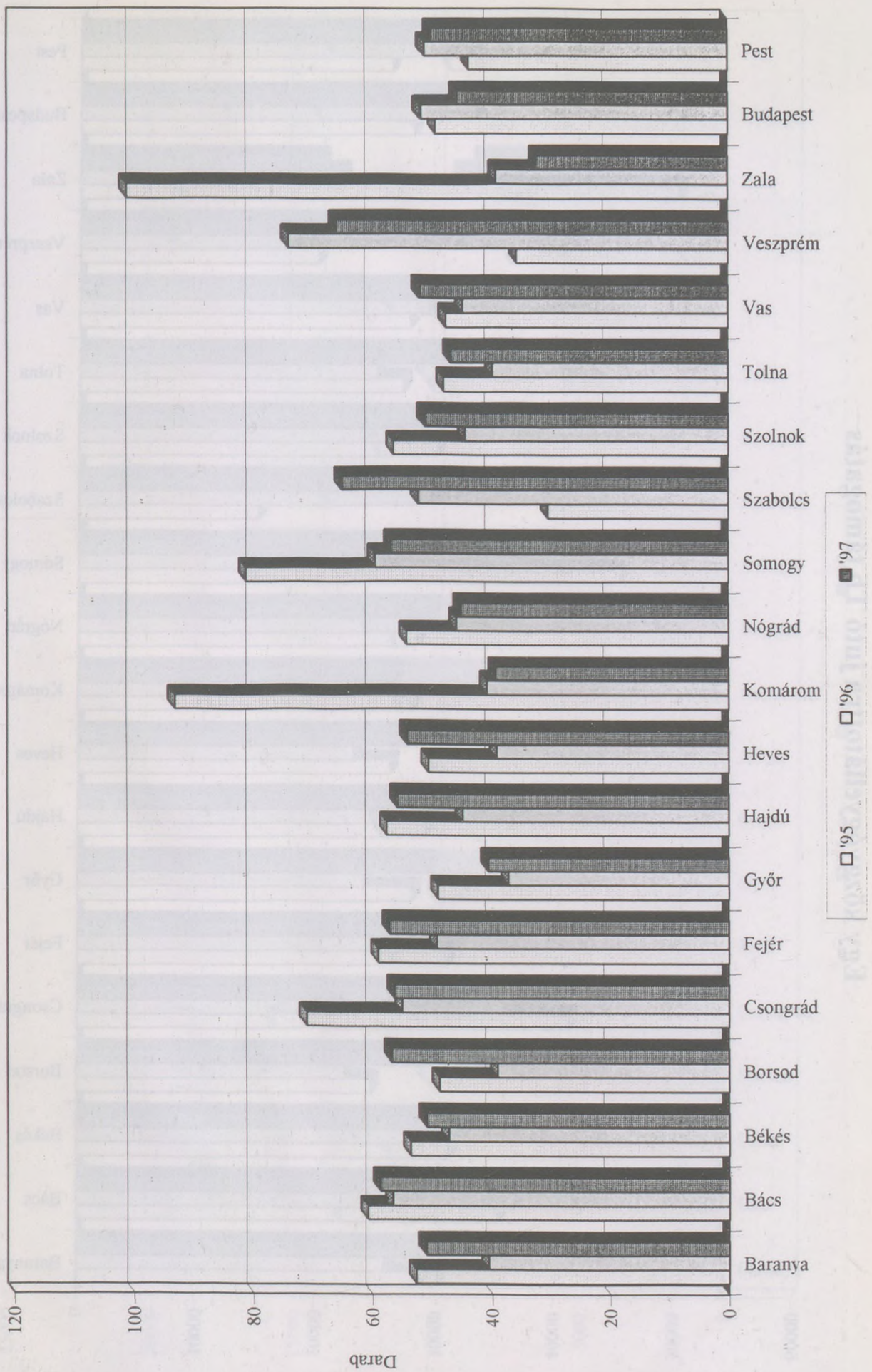
Eü. rendelet alapján térítésmentes gyógyszerforgalom a Tb támogatás százalékában



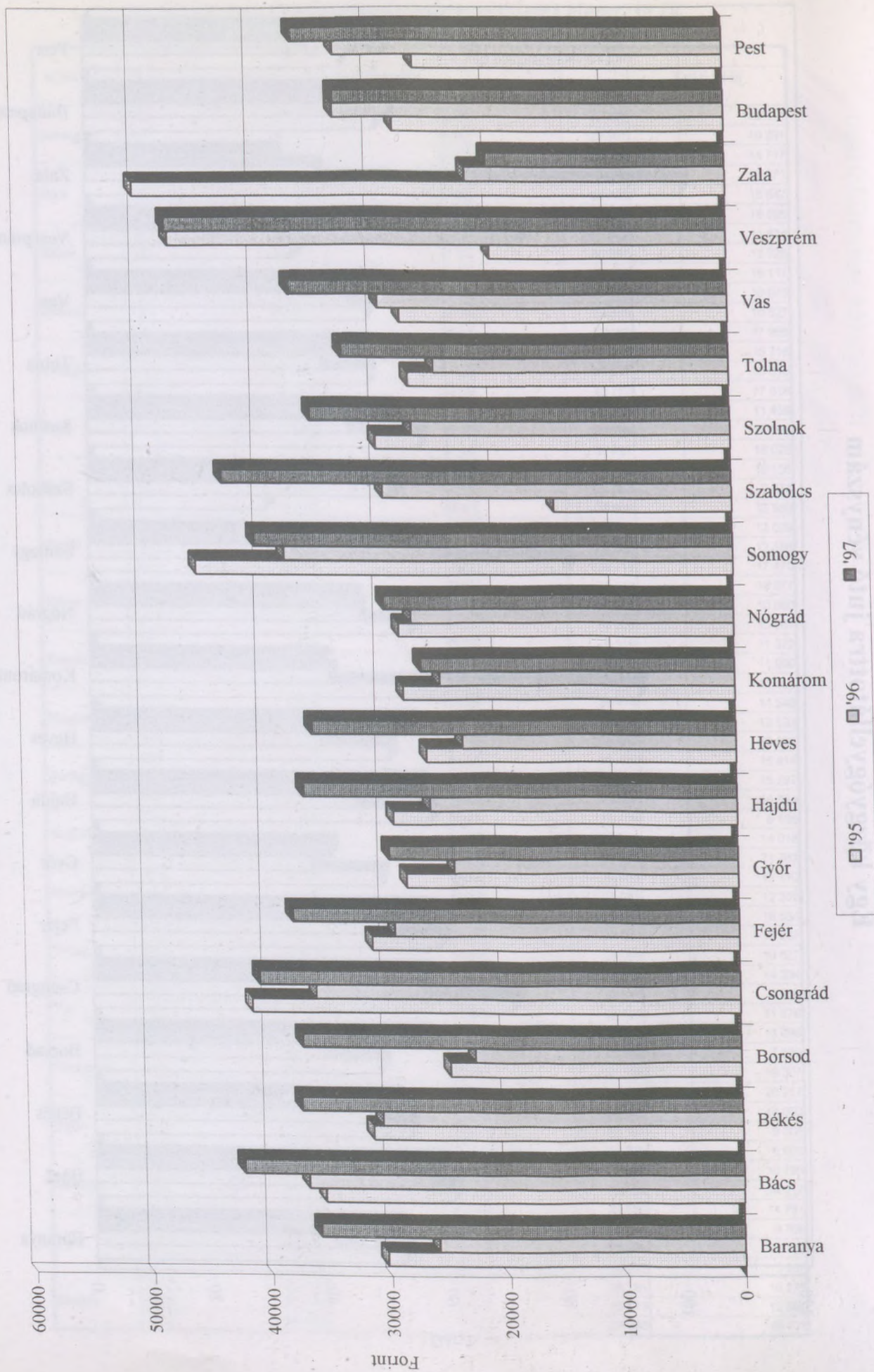
Az 1995 - 1997 gyógyszerforgalom részletes elemzése IV.

MEGYE	Év	Közgyógyellátott (fő)	Egy közgyógyellátottra jutó		
			Vényszám (db)	Tb támogatás (Ft)	Kvázi térdíj (Ft)
Baranya	'95	19 757	52.64	30 308	10 411
	'96	26 516	40.60	25 961	10 291
	'97	23 867	51.13	35 879	14 717
Bács	'95	23 726	60.77	35 418	13 371
	'96	25 748	56.60	36 785	15 647
	'97	26 559	58.66	42 256	18 595
Békés	'95	18 573	53.61	31 309	11 634
	'96	20 475	47.32	30 551	12 726
	'97	21 823	51.03	37 286	16 117
Borsod	'95	41 910	48.85	24 726	10 075
	'96	51 867	39.09	22 636	10 527
	'97	40 844	56.77	37 163	17 969
Csongrád	'95	18 236	71.11	41 329	15 716
	'96	21 330	54.98	35 917	15 316
	'97	21 187	56.29	40 712	17 918
Fejér	'95	18 487	59.02	31 118	11 458
	'96	21 980	49.36	29 209	11 992
	'97	20 408	57.14	37 797	16 028
Győr	'95	14 440	49.08	28 123	10 156
	'96	19 029	37.19	24 098	9 774
	'97	16 615	40.67	29 608	12 589
Hajdú	'95	28 082	57.57	29 161	12 009
	'96	34 912	44.90	26 045	12 186
	'97	32 623	55.82	36 718	17 470
Heves	'95	14 355	50.75	26 248	10 077
	'96	19 061	39.13	23 217	10 060
	'97	16 284	54.23	35 908	15 967
Komárom	'95	9 835	93.18	28 119	11 322
	'96	12 607	40.85	25 048	11 000
	'97	14 299	39.38	26 668	12 104
Nógrád	'95	9 478	54.28	28 414	11 546
	'96	10 683	46.01	27 407	12 533
	'97	12 265	45.30	29 695	13 881
Somogy	'95	8 263	81.18	45 431	16 414
	'96	11 020	59.53	37 965	15 297
	'97	12 554	56.85	40 508	16 824
Szabolcs	'95	78 409	30.47	15 118	6 166
	'96	44 466	52.39	29 592	14 018
	'97	41 415	65.11	43 124	21 462
Szolnok	'95	18 696	56.41	30 083	12 110
	'96	24 523	44.44	27 053	12 202
	'97	25 553	51.30	35 583	16 534
Tolna	'95	10 614	48.13	27 263	10 267
	'96	12 872	39.85	25 099	10 627
	'97	12 438	46.92	32 845	14 334
Vas	'95	9 302	47.69	27 817	9 908
	'96	9 750	44.89	29 689	11 676
	'97	8 558	52.12	37 207	15 096
Veszprém	'95	21 459	35.73	20 148	7 530
	'96	10 158	73.98	47 336	19 307
	'97	12 351	65.97	47 628	20 217
Zala	'95	5 489	101.18	50 278	19 050
	'96	14 498	39.31	22 101	9 308
	'97	19 494	32.44	20 329	8 602
Budapest	'95	104 906	49.52	28 067	10 795
	'96	93 928	51.90	33 153	14 217
	'97	114 885	45.89	33 159	14 751
Pest	'95	52 452	43.87	26 271	9 708
	'96	46 964	51.24	32 998	13 722
	'97	53 309	50.26	36 599	15 897
Ország	'95	531 810	49.45	26 781	10 278
	'96	527 874	48.20	29 813	12 884
	'97	547 331	51.58	35 898	16 101

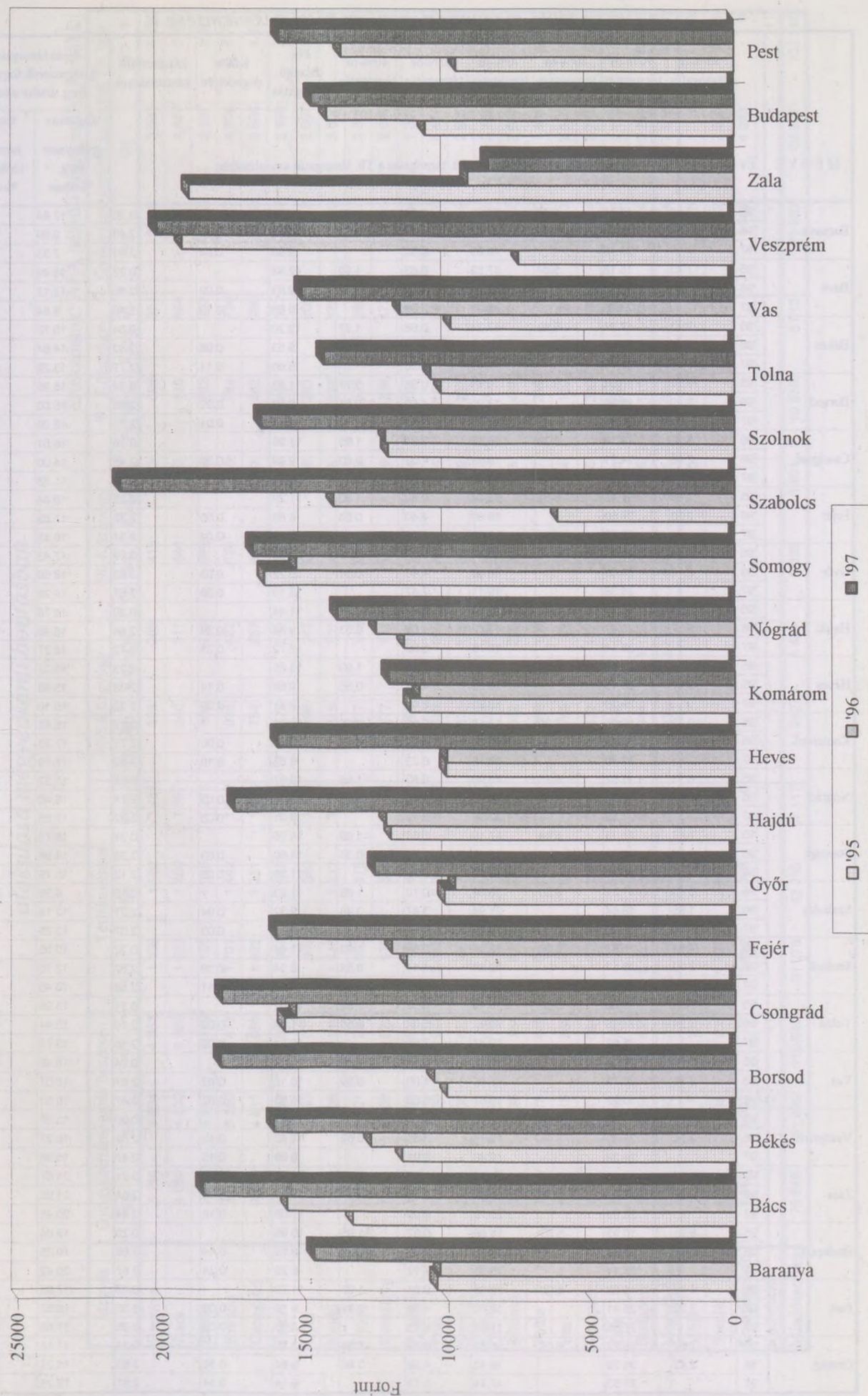
Egy közgyógyellátottra jutó vényszám



Egy közgyógyellátottra jutó Tb támogatás



Egy közgyógyellátottra jutó kvázi térítési díj



Az 1995 - 1997 gyógyszerforgalom részletes elemzése V.

MEGYE	Év	95%-os támogatás	90%-os támogatás	80%-os támogatás	70%-os támogatás	50%-os támogatás	40%-os támogatás	Fix összegű támogatás	Külön engedélyre	Magisztrális készítmények	Nem támogatott gyógyszerek fogy. áras forg. értéke a teljes	
		gyógyszerek után kifizetett Tb. támogatás a Tb. támogatás százalékában										fogyás gyógyszer forg. %-ában
Baranya	'95	7.89	19.11	5.65	15.89	0.59	1.67	14.43		0.20	12.84	42.89
	'96	2.38	27.88		17.68	4.41	0.55	10.59	0.01	2.46	9.69	39.04
	'97		28.46		16.93	6.86		9.88	0.04	2.61	7.33	32.32
Bács	'95	7.43	16.16	5.84	17.53	0.63	1.92	12.84		0.23	18.49	50.91
	'96	2.32	25.93		19.80	4.40	0.57	9.63	0.09	2.45	12.12	44.31
	'97		27.25		18.67	7.06		9.30	0.13	2.40	8.84	36.06
Békés	'95	7.43	17.07	5.92	17.24	0.66	1.77	12.20		0.31	15.72	47.46
	'96	2.37	27.07		18.88	4.11	0.53	9.53	0.06	2.82	14.04	48.73
	'97		27.76		18.41	6.58		8.90	0.11	2.77	13.29	47.57
Borsod	'95	7.77	16.34	6.75	16.49	0.88	1.77	11.53		0.24	15.36	47.54
	'96	2.49	25.58		18.95	4.00	0.57	9.59	0.02	2.88	16.00	53.28
	'97		26.61		18.30	5.87		9.19	0.04	2.77	16.09	54.03
Csongrád	'95	8.30	14.18	5.23	16.17	0.64	1.95	11.96		0.24	18.51	52.34
	'96	2.68	24.71		18.41	4.52	0.60	9.79	0.30	2.48	14.00	48.93
	'97		27.04		18.50	7.32		9.37	0.49	2.55	11.33	42.50
Fejér	'95	7.55	17.40	6.61	18.08	0.80	1.90	11.29		0.22	16.44	47.93
	'96	2.29	27.69		19.90	4.40	0.53	8.86	0.05	2.32	17.83	55.43
	'97		29.79		18.55	6.85		8.79	0.04	2.31	18.45	56.78
Győr	'95	7.40	14.86	6.04	15.98	0.71	1.70	20.33		0.29	17.43	48.37
	'96	2.12	26.05		18.90	4.49	0.51	15.22	0.03	2.62	18.59	54.83
	'97		28.38		19.11	7.42		13.19	0.06	2.67	19.28	56.15
Hajdú	'95	8.05	14.31	6.23	15.98	0.87	1.86	11.44		0.20	16.76	49.94
	'96	2.67	23.41		17.72	4.09	0.53	9.44	0.39	2.84	16.49	54.54
	'97		25.14		16.76	5.92		8.70	0.33	2.72	16.27	55.37
Heves	'95	7.53	18.47	6.93	18.30	0.85	1.90	12.65		0.23	16.37	47.18
	'96	2.27	28.15		19.55	4.72	0.55	9.68	0.14	2.38	15.66	50.74
	'97		29.20		18.80	6.99		8.41	0.09	2.32	16.10	52.69
Komárom	'95	9.32	19.55	7.30	18.16	0.96	2.00	12.06		0.27	16.83	47.39
	'96	2.82	30.35		20.33	4.22	0.57	9.96	0.00	2.71	17.23	53.34
	'97		32.40		18.79	6.23		8.85	0.16	2.59	17.79	55.19
Nógrád	'95	8.13	16.52	6.75	15.90	0.82	1.85	10.87		0.26	15.37	47.68
	'96	2.67	26.51		17.82	4.01	0.55	9.09	0.03	2.74	16.40	54.17
	'97		27.59		17.36	5.72		9.01	0.05	2.92	17.65	57.36
Somogy	'95	7.57	17.23	5.64	17.19	0.61	1.69	16.76		0.21	18.77	50.98
	'96	2.34	26.84		18.47	4.23	0.37	14.80	0.03	2.23	14.98	48.80
	'97		29.45		19.20	6.75		11.34	0.03	2.12	15.79	51.28
Szabolcs	'95	5.61	11.31	6.50	18.69	0.70	1.66	11.23		0.15	9.38	35.08
	'96	1.85	18.64		21.94	3.87	0.48	9.32	0.04	2.21	12.14	44.32
	'97		19.00		20.54	5.56		7.37	0.03	2.07	12.25	46.76
Szolnok	'95	7.61	16.83	6.28	18.37	0.68	1.93	11.44		0.22	15.55	46.13
	'96	2.32	25.17		19.68	4.14	0.54	8.54	0.12	2.52	12.70	46.35
	'97		25.57		18.03	6.17		8.00	0.11	2.58	10.40	41.95
Tolna	'95	7.50	19.89	5.80	18.18	0.59	1.88	14.02		0.21	13.95	43.05
	'96	2.24	28.18		20.47	5.04	0.56	11.08	0.02	2.18	15.44	49.39
	'97		28.02		19.44	7.56		10.84	0.02	2.15	15.78	50.71
Vas	'95	8.27	20.08	6.00	15.49	0.84	2.01	13.39		0.24	16.46	48.30
	'96	2.35	29.78		17.06	4.00	0.59	10.16	0.03	2.67	16.07	52.88
	'97		30.22		16.67	6.08		10.53	0.07	2.47	16.53	54.57
Veszprém	'95	8.54	19.37	6.65	17.38	0.89	2.06	12.42		0.30	15.38	45.53
	'96	2.35	28.39		19.73	3.35	0.62	11.42	0.13	2.51	16.27	51.74
	'97		29.36		19.40	6.91		9.89	0.15	2.47	16.98	53.44
Zala	'95	7.30	19.16	5.67	18.79	0.56	1.99	14.55		0.21	24.67	56.47
	'96	2.21	28.40		21.01	5.12	0.57	11.61	0.14	2.54	21.96	59.95
	'97		28.69		20.72	8.03		11.08	0.18	2.44	20.45	57.87
Budapest	'95	8.61	16.92	5.63	14.68	0.92	1.95	10.96		0.25	19.84	54.32
	'96	2.61	26.80		15.94	4.76	0.62	8.53	0.14	2.66	19.35	58.87
	'97		28.11		15.31	7.12		8.29	0.24	2.67	20.42	60.58
Pest	'95	7.42	16.63	6.09	16.85	0.84	1.92	11.79		0.28	17.05	48.96
	'96	2.29	26.41		18.70	4.52	0.55	9.16	0.03	3.35	16.67	53.28
	'97		27.55		17.91	6.71		8.95	0.03	3.35	17.68	55.83
Ország	'95	7.87	16.72	6.05	16.53	0.79	1.88	12.40		0.24	17.10	49.47
	'96	2.42	26.29		18.43	4.39	0.56	9.84	0.10	2.63	16.27	52.90
	'97		27.52		17.74	6.73		9.14	0.14	2.61	16.28	53.48

*A gyógyszer támogatásra fordított társadalombiztosítási kiadások
alakulása megyénkénti bontásban*

Értékek: ÁFA nélküli áron, milliő forintban

Megyék	Gyógyszertámogatás összesen			Tértésmentes			'95 Közgyógy			'96 Közgyógy			'97 Közgyógy		
	'95	'96	'97	'95	'96	'97	Tb. tám.	Kvázai td.	Tb. tám.	Kvázai td.	Tb. tám.	Kvázai td.	Tb. tám.	Kvázai td.	
Baranya	3 294	3 864	4 863	1 139	1 132	1 481	599	206	415	273	351	3 089	3 591	4 512	
Bács	4 094	4 830	5 850	1 533	1 389	1 697	840	317	544	403	494	3 777	4 427	5 356	
Békés	2 952	3 447	4 279	1 105	1 025	1 278	581	216	365	261	352	2 735	3 187	3 927	
Borsod	4 449	5 150	6 472	1 701	1 442	1 842	1 036	422	628	546	734	4 027	4 604	5 738	
Csongrád	3 466	4 011	4 655	1 433	1 231	1 350	754	287	439	327	380	3 180	3 684	4 276	
Fejér	2 674	3 154	3 935	967	875	1 083	575	212	378	264	327	2 462	2 890	3 608	
Győr	2 757	3 283	4 071	902	883	1 082	406	147	273	186	209	2 610	3 097	3 862	
Hajdú	3 528	4 226	5 310	1 448	1 332	1 712	819	337	484	425	570	3 190	3 800	4 740	
Heves	2 092	2 501	3 207	693	678	906	377	145	251	192	260	1 947	2 309	2 947	
Komárom	1 896	2 236	2 878	576	568	789	277	111	177	139	173	1 785	2 098	2 705	
Nógrád	1 253	1 460	1 802	488	438	552	269	109	159	134	170	1 144	1 326	1 632	
Pest	6 049	7 059	8 997	2 310	2 050	2 632	1 378	509	905	644	847	5 540	6 414	8 150	
Somogy	2 395	2 806	3 423	793	752	922	375	136	250	169	211	2 259	2 637	3 212	
Szabolcs	3 689	4 390	5 698	1 629	1 296	1 808	1 185	483	692	623	889	3 205	3 766	4 809	
Szolnok	2 662	3 236	4 164	976	973	1 324	562	226	364	299	423	2 436	2 937	3 742	
Tolna	1 758	1 975	2 449	561	500	654	289	109	186	137	178	1 650	1 839	2 271	
Vas	1 865	2 215	2 768	628	681	875	259	92	176	114	129	1 773	2 101	2 638	
Veszprém	2 506	2 941	3 694	812	799	1 009	432	162	285	196	250	2 344	2 745	3 435	
Zala	1 971	2 240	2 765	626	555	694	276	105	185	135	168	1 866	2 105	2 597	
Budapest	17 346	19 634	24 436	6 951	6 608	8 275	2 944	1 133	1 779	1 335	1 695	16 214	18 299	22 741	
Megyék össz.	72 697	84 657	105 707	27 270	25 206	31 967	14 236	5 464	8 936	6 801	8 809	67 234	77 856	96 897	
MSB	78	1	130	32	0	41	7	3	0	0	3	75	1	126	
Speciál	1 792	2 935	5 108	1 792	2 935	5 108						1 792	2 935	5 108	
Kompenzáció	1 982	4 093	0	1 982	4 093	0						1 982	4 093	0	
Korrektció		12	11										12	11	
Mindösszesen	76 549	91 699	110 955	31 076	32 235	37 117	14 242	5 466	8 936	6 801	8 813	71 083	84 897	102 142	

A közforgalmú gyógyszertáraknak kifizetett térítésmentes (nettó) gyógyszer támogatás megyénkénti bontása

1997. január - 1997. december

Megyék	Közgyógy Tb támogatás	HM	ÜB	EÜ 100	TM Tb támogatás összesen	Közgyógy kvázi	TM nettó kiadás összesen
Baranya	505 076 509	8 569 429	38 930 317	928 618 600	1 481 194 855	351 243 106	1 832 437 961
Bács	628 412 939	17 073 902	1 143 947	1 050 065 647	1 696 696 434	493 872 527	2 190 568 961
Békés	461 973 821	9 558 356	1 413 772	805 275 504	1 278 221 453	351 712 656	1 629 934 110
Borsod	783 976 147	11 829 302	4 369 653	1 042 275 240	1 842 450 342	733 923 742	2 576 374 084
Csongrád	482 940 113	7 560 790	1 417 693	858 216 729	1 350 135 324	379 630 970	1 729 766 294
Fejér	444 277 305	12 827 523	1 441 939	624 151 208	1 082 697 975	327 091 509	1 409 789 484
Győr	282 762 703	18 060 579	913 893	780 431 958	1 082 169 133	209 167 637	1 291 336 770
Hajdú	627 938 877	7 344 947	1 241 291	1 075 952 613	1 712 477 727	569 910 747	2 282 388 474
Heves	324 714 297	4 800 259	1 319 549	575 382 241	906 216 345	260 004 232	1 166 220 577
Komárom	208 253 505	5 235 743	2 104 092	573 644 441	789 237 782	173 077 703	962 315 485
Nógrád	193 966 700	5 091 888	1 018 602	352 292 125	552 369 316	170 246 637	722 615 952
Pest	1 103 610 832	23 297 474	2 951 946	1 501 825 110	2 631 685 362	847 430 519	3 479 115 881
Somogy	297 338 738	4 053 675	1 375 913	619 583 377	922 351 703	211 203 347	1 133 555 050
Szabolcs	897 147 574	19 311 187	936 908	890 423 637	1 807 819 305	888 833 397	2 696 652 702
Szolnok	486 743 166	11 656 175	984 252	825 055 830	1 324 439 422	422 504 272	1 746 943 694
Tolna	230 244 271	2 263 351	911 439	420 568 610	653 987 672	178 285 481	832 273 153
Vas	189 228 681	14 168 097	436 096	671 492 922	875 325 795	129 192 927	1 004 518 722
Veszprém	338 562 250	17 340 668	2 488 427	650 508 694	1 008 900 040	249 697 311	1 258 597 350
Zala	228 606 232	7 537 288	490 603	457 525 380	694 159 503	167 691 760	861 851 263
Budapest	2 114 829 810	32 566 739	6 455 194	6 121 000 130	8 274 851 872	1 694 612 748	9 969 464 619
Megyék összesen	10 830 604 469	240 147 371	72 345 527	20 824 289 995	31 967 387 362	8 809 333 228	40 776 720 590
MÁV	4 600 209	15 338	74 429	36 758 141	41 448 117	3 425 696	44 873 812
Ország összesen	10 835 204 679	240 162 709	72 419 955	20 861 048 136	32 008 835 479	8 812 758 923	40 821 594 402

Közfoglalmú gyógyszerárak összesített gyógyszerforgalma támogatási formánként

1997. január - 1997. december

Megyék	Térítésmentes										Térítésköteles				
	Vényszám	Fogyár	Tb.fogyár	Kifizetés	Tér. díj	Kvazi td.	Tb. tám	Vény+Tétel	Fogyár	Tb.fogyár	Tb. tám.	Tér. díj			
Baranya	1 421 888	1 832 946 256	1 832 921 437	1 832 437 961	190 478	351 243 106	1 481 194 855	4 031 775	3 973 314 904	3 012 241 094	961 007 966				
Bács	1 768 270	2 191 224 123	2 190 589 562	2 190 568 961	192 716	493 872 527	1 696 696 434	4 710 492	4 846 822 808	3 637 710 294	1 208 915 033				
Békés	1 267 210	1 630 405 951	1 630 327 323	1 629 934 110	432 104	351 712 656	1 278 221 453	3 411 231	3 496 059 465	2 631 705 119	864 344 045				
Borsod	2 568 701	2 576 061 310	2 576 237 036	2 576 374 084	-319 150	733 923 742	1 842 450 342	5 473 315	5 081 539 306	3 867 131 294	1 250 548 927				
Csongrád	1 359 595	1 731 315 374	1 731 209 867	1 729 766 294	97 476	379 630 970	1 350 135 324	3 740 414	3 888 838 898	2 908 815 450	978 173 948				
Fejér	1 294 988	1 410 175 748	1 410 184 682	1 409 789 484	380 030	327 091 509	1 082 697 975	3 680 013	3 322 205 736	2 508 961 376	813 246 900				
Győr	839 751	1 291 476 843	1 291 751 088	1 291 336 770	260 060	209 167 637	1 082 169 133	3 527 919	3 681 769 894	2 764 257 894	921 472 439				
Hajdú	2 023 434	2 282 900 340	2 282 916 239	2 282 388 474	354 635	569 910 747	1 712 477 727	4 144 063	3 985 073 718	3 006 028 282	978 985 659				
Heves	998 448	1 166 632 460	1 166 649 448	1 166 220 577	406 433	260 004 232	906 216 345	2 785 103	2 690 355 970	2 027 993 601	662 362 455				
Komárom	676 398	962 748 894	962 670 930	962 315 485	139 382	173 077 703	789 237 782	2 559 922	2 494 896 756	1 903 685 061	591 224 629				
Nógrád	634 380	723 024 908	723 007 246	722 615 952	157 290	170 246 637	552 369 316	1 503 258	1 410 124 203	1 071 882 030	338 240 508				
Pest	3 025 275	3 480 222 323	3 480 125 110	3 479 115 881	1 034 095	847 430 519	2 631 685 362	7 324 662	7 297 056 637	5 477 523 664	1 819 653 055				
Somogy	817 652	1 134 300 575	1 134 298 617	1 133 555 050	453 509	211 203 347	922 351 703	2 952 671	3 007 758 019	2 276 420 302	731 192 867				
Szabolcs	2 872 512	2 697 399 076	2 697 359 310	2 696 652 702	381 051	888 833 397	1 807 819 305	3 982 001	4 049 998 667	2 979 509 136	1 070 470 091				
Szolnok	1 452 431	1 747 284 382	1 747 249 222	1 746 943 694	337 198	422 504 272	1 324 439 422	3 297 094	3 190 513 021	2 399 785 338	790 711 600				
Tolna	670 638	832 368 921	832 350 463	832 273 153	95 287	178 285 481	653 987 672	2 172 258	2 149 616 822	1 607 090 761	542 536 759				
Vás	561 528	1 004 758 409	1 004 749 928	1 004 518 722	191 861	129 192 927	875 325 795	2 321 267	2 296 768 340	1 753 182 528	543 381 351				
Veszprém	963 310	1 258 864 871	1 258 860 394	1 258 597 350	268 552	249 697 311	1 008 900 040	3 176 704	3 197 427 805	2 411 283 510	786 126 163				
Zala	736 147	862 027 452	862 388 704	861 851 263	154 757	167 691 760	694 159 503	2 806 450	2 524 167 006	1 891 188 090	632 925 988				
Budapest	6 091 957	9 970 379 166	9 970 268 926	9 969 464 619	948 054	1 694 612 748	8 274 851 872	17 262 793	19 160 564 011	14 384 587 521	4 775 881 677				
Összesen	32 044 513	40 786 517 383	40 786 115 530	40 776 720 590	6 155 818	8 809 333 228	31 967 387 362	84 863 405	85 744 871 985	64 520 982 345	21 261 402 060				
MÁV	19 830	44 874 935	44 873 913	44 873 812	1 122	3 425 696	41 448 117	98 218	109 597 455	84 439 400	25 158 059				
SOTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
BM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
MSB Össz.	19 830	44 874 935	44 873 913	44 873 812	1 122	3 425 696	41 448 117	98 218	109 597 455	84 439 400	25 158 059				
Ország	32 064 343	40 831 392 318	40 830 989 443	40 821 594 402	6 156 940	8 812 758 923	32 008 835 479	84 961 623	85 854 469 440	64 605 421 745	21 286 560 119				

Közforgalmú gyógyszertárak gyógyszerforgalmának alakulása (miliárd forintban)

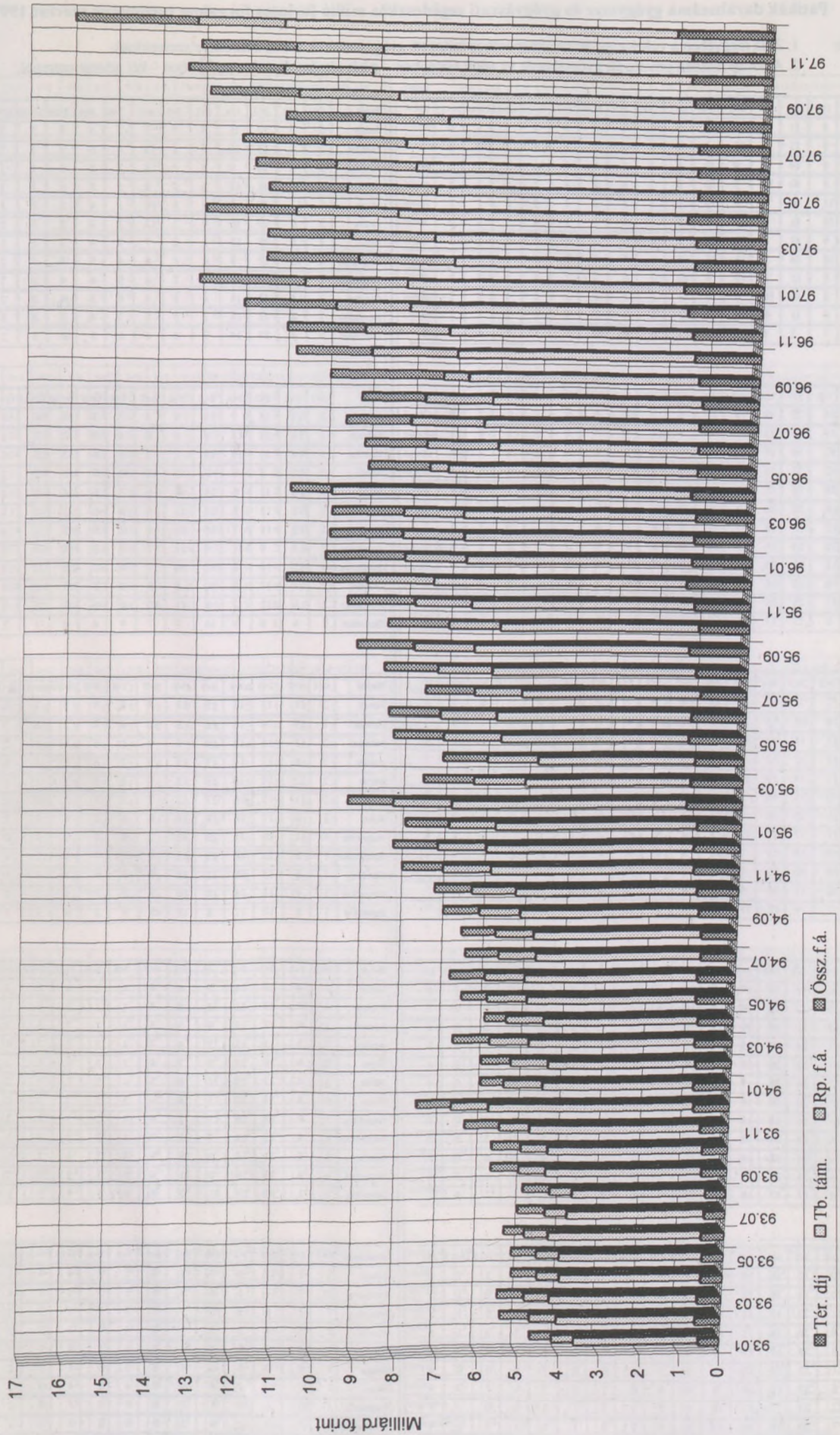
Térítési díjak alakulása													
	Január	Február	Március	Április	Május	Június	Július	Augusztus	Szeptember	Október	November	December	Összesen
1993	0.50	0.62	0.58	0.52	0.51	0.56	0.50	0.50	0.62	0.62	0.70	0.88	7.11
1994	0.91	0.87	0.92	0.87	0.93	0.92	0.86	0.87	0.95	1.02	1.12	1.14	11.38
1995	1.08	1.35	1.26	1.18	1.35	1.31	1.10	1.24	1.42	1.20	1.33	1.55	15.37
1996	1.43	1.40	1.39	1.52	1.39	1.39	1.38	1.33	1.44	1.56	1.62	1.76	17.61
1997	1.88	1.64	1.63	1.86	1.63	1.65	1.66	1.53	1.80	1.87	1.88	2.25	21.29

Társadalombiztosítási támogatás alakulása													
	Január	Február	Március	Április	Május	Június	Július	Augusztus	Szeptember	Október	November	December	Összesen
1993	3.57	4.02	4.21	3.98	4.01	4.29	3.85	3.74	4.41	4.37	4.83	5.85	51.13
1994	4.55	4.43	4.92	4.58	5.00	5.08	4.82	4.89	5.23	5.35	5.96	6.09	60.90
1995	5.88	6.95	5.21	4.92	5.82	5.94	5.36	6.08	6.52	5.92	6.62	7.54	72.76
1996	6.78	6.85	6.88	9.99	7.28	6.11	6.46	6.28	6.85	7.13	7.33	8.27	86.21
1997	8.34	7.27	7.74	8.61	7.74	8.22	8.45	7.50	8.65	9.28	9.04	11.31	102.14

Támogatott gyógyszerforgalom fogyasztói árának alakulása													
	Január	Február	Március	Április	Május	Június	Július	Augusztus	Szeptember	Október	November	December	Összesen
1993	4.07	4.64	4.79	4.50	4.53	4.84	4.35	4.25	5.03	4.99	5.53	6.72	58.24
1994	5.46	5.30	5.84	5.45	5.93	6.00	5.68	5.77	6.18	6.37	7.08	7.22	72.28
1995	6.96	8.30	6.40	6.09	7.16	7.25	6.45	7.34	7.93	7.11	7.94	9.07	88.00
1996	8.19	8.26	8.25	9.91	7.68	7.77	8.15	7.83	7.41	9.09	9.25	9.96	101.75
1997	10.69	9.46	9.64	10.94	9.77	10.04	10.33	9.41	10.92	11.27	11.00	13.26	126.72

Összes gyógyszerforgalom fogyasztói árának alakulása													
	Január	Február	Március	Április	Május	Június	Július	Augusztus	Szeptember	Október	November	December	Összesen
1993	4.57	5.32	5.41	5.08	5.10	5.30	4.98	4.87	5.67	5.66	6.34	7.51	65.81
1994	5.98	5.98	6.69	5.93	6.51	6.81	6.45	6.55	7.01	7.23	8.00	8.23	81.37
1995	7.95	9.36	7.57	7.12	8.30	8.43	7.59	8.57	9.23	8.51	9.48	10.94	103.05
1996	10.03	9.94	9.91	10.89	9.08	9.18	9.63	9.27	10.02	10.82	11.04	12.05	121.86
1997	13.10	11.55	11.55	12.97	11.53	11.84	12.16	11.18	12.92	13.43	13.13	16.02	151.37

Közforgalmú gyógyszertárak gyógyszerforgalmának alakulása
1993.január - 1997.december



Patikák darabszáma gyógyszer és gyógyászati segédeszköz milliárd forintos forgalom tartomány szerint 1997-ben

Megjegyzés: 1. Zala megyében a volt gyógyszerári központhoz tartozott gyógyszerárak adatai összesítve szerepelnek.
2. A hónap közben privatizált gyógyszertár az adott hónapban – a két elszámolásnak megfelelően – két adattal szerepel.

Baranya	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Január	0	8	11	11	6	11	6	5	4	0	3	4	5	3	0	4
Február	1	9	15	7	11	9	6	4	2	3	7	2	1	0	1	3
Március	1	9	14	8	9	11	5	4	4	0	6	4	1	1	0	4
Április	1	8	10	10	7	10	8	5	3	3	4	2	5	1	1	4
Május	0	11	14	6	9	14	5	3	3	2	4	4	2	1	1	3
Június	0	10	11	9	11	9	9	2	3	3	3	4	3	1	0	4
Július	0	9	13	6	11	12	8	0	5	2	5	4	2	1	1	3
Augusztus	0	10	14	9	11	11	4	3	3	6	2	4	1	1	0	3
Szeptember	0	8	13	7	10	9	10	2	4	2	2	4	5	2	0	4
Október	0	8	10	10	8	7	11	5	3	3	1	3	4	2	2	5
November	0	8	11	8	6	9	11	6	3	1	4	4	1	3	3	4
December	0	7	7	8	7	8	7	6	8	0	5	3	2	4	2	8

Bács	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Január	2	14	22	19	9	14	6	7	14	4	6	3	0	2	0	2
Február	2	19	23	15	17	9	7	9	9	5	3	0	3	0	1	1
Március	2	22	19	19	12	9	7	11	10	4	2	2	1	1	0	2
Április	1	12	25	16	9	18	7	5	12	5	6	1	3	1	1	2
Május	2	18	26	15	17	11	6	9	7	3	4	3	1	0	0	2
Június	0	16	26	20	12	13	9	11	4	5	1	3	3	0	0	2
Július	1	15	25	18	15	11	9	8	7	4	2	3	2	2	0	2
Augusztus	1	22	23	16	15	12	6	8	8	4	2	3	2	1	0	1
Szeptember	0	14	23	20	11	13	5	9	11	4	2	4	1	2	4	1
Október	1	10	25	16	14	13	10	7	8	5	5	1	2	1	1	5
November	0	11	25	20	9	16	5	11	6	7	5	2	2	1	2	2
December	0	6	23	17	14	7	12	8	11	3	4	5	4	2	1	7

Békés	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Január	6	12	11	10	10	13	4	5	7	2	2	3	0	2	0	5
Február	3	14	12	13	12	8	7	7	4	1	2	2	0	1	0	4
Március	3	12	14	14	12	7	4	7	3	4	1	3	0	1	1	4
Április	7	13	12	12	9	9	5	7	6	4	1	3	1	1	0	5
Május	4	11	14	13	13	5	8	6	5	2	1	0	1	3	0	3
Június	5	9	15	14	9	9	6	9	2	4	1	1	1	1	1	3
Július	2	11	12	16	9	11	2	11	0	6	0	2	1	1	0	5
Augusztus	4	11	17	14	13	3	10	4	4	2	1	1	1	1	1	3
Szeptember	2	9	15	13	7	12	3	6	8	1	4	2	1	1	0	5
Október	1	10	10	16	9	9	4	7	7	2	5	2	0	1	1	5
November	3	10	11	15	9	9	4	6	5	4	4	2	1	1	1	5
December	0	7	9	12	11	9	4	8	3	6	6	1	5	1	0	7

Borsod	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Január	15	28	18	13	17	7	14	2	10	4	8	1	4	3	1	6
Február	23	28	29	20	14	8	10	6	4	3	5	5	2	2	1	5
Március	20	30	27	24	20	13	6	5	8	1	3	2	5	2	0	3
Április	4	12	24	17	15	14	13	4	10	7	2	4	2	5	1	5
Május	5	17	28	20	13	12	8	11	4	4	1	8	1	0	2	4
Június	6	15	26	26	7	15	8	11	5	3	3	3	4	2	0	4
Július	1	12	24	22	11	14	9	11	8	4	3	3	1	3	1	5
Augusztus	2	16	26	18	15	15	6	11	4	3	6	3	0	2	0	4
Szeptember	3	8	23	21	12	15	11	9	7	5	5	2	3	2	2	5
Október	1	6	24	22	16	11	11	7	8	5	3	4	3	6	0	6
November	2	6	24	21	15	9	15	4	9	6	5	1	7	1	3	6
December	2	4	17	17	18	12	11	9	6	7	4	10	1	2	4	11

Csongrád	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Január	0	10	17	16	15	9	8	5	2	5	1	1	0	1	1	4
Február	2	10	21	18	12	9	5	5	3	3	1	2	0	0	1	3
Március	2	11	22	17	11	10	6	4	3	2	1	2	0	0	1	3
Április	1	8	20	14	13	13	4	6	3	2	5	0	1	0	1	4
Május	2	9	24	18	11	9	4	7	3	1	1	1	1	0	0	4
Június	2	11	22	17	12	7	6	3	6	3	0	2	0	0	0	4
Július	2	8	23	15	13	8	8	4	4	1	3	1	0	1	0	4
Augusztus	2	12	21	17	12	7	8	6	1	3	1	1	0	0	1	3
Szeptember	1	7	20	18	10	10	6	5	5	5	1	1	1	1	0	4
Október	1	7	19	16	13	11	5	5	4	1	2	0	2	0	0	4
November	0	9	19	17	15	6	7	7	3	4	1	2	0	1	1	4
December	1	6	10	18	11	13	7	5	6	5	2	3	2	1	1	4

Fejér	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Január	2	7	13	11	4	5	3	7	1	8	2	2	0	2	2	7
Február	2	8	13	10	7	1	10	4	6	2	1	2	0	4	1	4
Március	2	8	14	9	6	5	9	2	5	3	1	1	4	2	0	4
Április	0	7	11	13	6	3	8	5	3	4	2	1	2	1	3	6
Május	0	11	16	8	4	5	10	3	4	2	2	1	3	3	1	3
Június	2	7	17	10	4	2	13	3	3	2	3	2	2	3	1	3
Július	1	8	13	13	5	2	7	7	4	3	2	1	3	5	0	3
Augusztus	0	12	17	7	4	6	8	4	5	3	1	2	4	0	1	3
Szeptember	1	7	12	13	6	2	4	9	4	4	1	5	0	2	3	4
Október	1	6	11	14	4	5	4	9	3	4	2	2	1	1	5	5
November	1	8	11	14	2	5	5	7	4	3	3	3	1	1	3	6
December	0	4	10	14	7	6	0	6	3	6	5	2	2	1	3	9

Győr	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Január	3	12	15	7	11	8	4	7	3	6	0	6	0	0	1	6
Február	3	13	11	12	8	8	6	4	6	2	3	1	0	2	1	4
Március	3	14	11	10	10	8	7	3	6	3	3	0	0	2	1	4
Április	5	12	7	9	9	9	8	4	7	3	2	2	2	0	1	6
Május	7	14	11	6	14	8	6	2	6	4	3	0	0	0	2	5
Június	1	11	13	8	12	11	3	6	6	2	3	1	0	1	1	5
Július	1	12	13	7	10	12	4	2	9	3	1	3	0	1	1	5
Augusztus	3	13	9	11	9	11	7	7	2	4	0	1	1	1	0	5
Szeptember	4	12	10	8	10	10	7	4	7	2	2	1	3	1	2	5
Október	2	11	17	5	10	8	9	4	5	3	2	4	3	0	2	5
November	2	8	12	7	8	11	10	4	6	3	2	1	2	1	2	6
December	2	4	8	9	10	7	7	9	4	4	1	3	2	5	2	8

Hajdú	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Január	2	11	11	13	15	13	7	8	5	5	3	0	2	1	2	7
Február	1	15	14	15	16	8	11	6	4	3	0	2	2	3	1	4
Március	2	13	16	12	19	9	9	6	5	1	1	2	4	0	3	3
Április	2	8	13	14	15	15	5	7	6	2	4	0	2	1	4	6
Május	2	12	17	16	15	12	5	8	3	2	1	1	4	2	0	4
Június	2	11	15	16	17	12	7	7	3	2	0	1	4	2	0	5
Július	3	6	17	14	18	14	8	6								

Nógrád	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Janár	2	3	17	3	2	2	1	1	1	1	3	1	0	1	1	3
Február	2	9	12	3	2	2	2	0	2	1	1	1	0	2	1	2
Március	2	13	10	1	3	2	2	0	2	1	1	1	2	0	1	1
Április	1	4	15	5	1	3	2	1	0	2	1	1	1	2	0	3
Május	3	12	11	1	3	1	1	2	3	0	1	1	1	2	0	1
Június	2	11	13	1	2	2	2	0	2	2	0	1	1	2	0	2
Július	3	10	12	2	2	1	3	0	1	2	2	0	1	2	0	2
Augusztus	4	14	8	1	3	1	2	1	2	1	0	1	3	0	1	1
Szeptember	2	9	16	0	1	2	2	2	2	3	0	0	2	0	1	2
Október	3	6	15	2	2	1	3	2	1	1	1	1	2	0	1	2
November	3	8	10	5	1	2	0	6	1	1	1	1	2	0	1	2
December	3	2	12	9	1	0	2	1	2	1	0	2	3	1	1	4

Pest	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Janár	1	9	19	24	22	30	26	11	9	9	9	1	2	2	4	8
Február	1	12	21	33	26	33	18	12	7	5	4	3	5	1	4	1
Március	2	13	23	28	31	32	18	9	9	5	3	3	4	3	1	2
Április	1	9	20	24	26	33	19	18	8	6	4	4	3	4	1	6
Május	2	13	19	31	28	33	18	12	5	6	6	4	2	3	2	2
Június	3	11	20	30	24	38	19	9	6	10	2	4	5	0	5	1
Július	1	9	18	32	29	32	16	15	8	6	5	1	5	3	3	4
Augusztus	1	12	21	33	33	26	19	14	5	5	5	4	4	3	1	1
Szeptember	2	10	17	23	25	29	24	19	7	6	7	4	2	3	4	5
Október	1	10	17	23	22	29	24	16	12	6	6	4	4	3	4	5
November	0	11	19	23	26	28	22	15	13	8	5	5	4	3	1	7
December	2	5	16	18	19	20	29	24	9	8	10	3	8	6	2	12

Somogy	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Janár	1	13	14	12	7	5	2	3	2	1	5	4	3	0	0	4
Február	2	16	13	13	6	5	1	3	1	7	2	2	1	1	1	2
Március	2	15	16	9	10	3	1	2	2	2	6	4	2	0	0	2
Április	2	11	15	12	8	4	3	2	2	2	5	4	2	0	0	4
Május	2	13	15	13	8	3	1	2	4	6	4	1	0	0	3	1
Június	2	11	17	9	7	7	2	1	4	5	4	3	0	0	1	3
Július	2	10	11	15	8	4	2	4	2	1	7	2	3	1	0	4
Augusztus	2	11	19	7	7	4	2	5	4	4	3	2	1	3	1	1
Szeptember	2	7	17	10	11	6	2	2	2	3	3	4	2	0	2	3
Október	1	11	16	10	7	7	3	2	2	1	5	2	4	1	1	3
November	1	11	14	13	6	8	1	2	3	2	2	8	1	0	0	4
December	1	6	13	12	7	8	4	3	2	1	3	0	5	4	2	5

Szabolcs	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Janár	1	8	19	24	13	13	5	7	4	4	3	3	2	2	1	6
Február	1	8	22	24	18	11	6	3	5	5	0	2	3	2	1	4
Március	1	13	27	18	17	8	7	6	3	4	3	2	0	2	1	4
Április	1	6	17	22	17	14	9	6	4	4	1	5	4	0	1	5
Május	2	8	30	19	15	12	7	5	1	6	4	1	1	1	1	3
Június	1	11	29	13	20	11	9	3	3	2	8	0	1	1	1	3
Július	1	9	26	17	18	7	14	4	2	2	6	3	1	0	1	5
Augusztus	2	12	24	20	19	9	9	2	3	3	3	4	1	1	1	3
Szeptember	1	5	22	19	17	14	10	5	3	3	4	2	4	1	0	6
Október	1	6	19	20	12	15	10	11	3	2	1	4	5	1	1	5
November	1	6	16	22	16	15	10	6	5	3	2	1	5	2	2	4
December	1	2	13	17	16	12	11	7	11	3	3	3	3	2	4	8

Szolnok	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Janár	1	7	8	10	12	10	4	9	5	4	3	3	1	1	2	1
Február	1	7	13	13	12	6	7	6	6	4	2	1	0	1	2	0
Március	0	8	14	13	11	6	10	4	6	4	0	2	0	1	1	1
Április	1	6	7	12	14	9	8	7	3	3	5	1	1	1	1	2
Május	0	8	14	12	11	10	7	5	6	2	2	0	0	2	1	1
Június	1	7	12	11	17	5	8	7	2	4	2	1	0	1	1	2
Július	1	6	11	13	12	7	7	7	4	4	2	2	0	1	2	1
Augusztus	1	7	15	11	13	7	9	4	5	2	0	1	3	0	0	2
Szeptember	0	4	11	10	12	11	8	5	6	5	3	1	0	1	2	2
Október	0	4	10	11	12	10	5	10	4	4	4	2	0	1	0	4
November	0	4	11	10	12	12	7	6	5	2	4	3	0	0	3	2
December	0	2	6	10	12	7	10	10	3	6	0	3	4	2	1	5

Tolna	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Janár	1	6	7	8	7	6	2	4	3	1	1	0	2	0	0	4
Február	2	7	6	11	5	5	3	3	3	1	1	1	0	1	0	3
Március	1	10	5	10	7	2	4	4	2	1	2	0	0	1	0	3
Április	1	7	6	9	6	6	1	5	3	1	1	1	1	0	1	3
Május	3	9	7	8	7	2	5	4	1	2	1	0	1	0	0	3
Június	2	8	6	11	7	0	4	6	2	1	0	1	1	0	0	3
Július	4	5	8	8	6	5	3	6	0	3	0	1	1	0	0	3
Augusztus	3	8	8	8	7	1	8	2	2	2	0	1	0	0	0	3
Szeptember	1	5	9	7	9	3	4	5	2	3	0	0	1	1	0	3
Október	2	6	6	8	8	4	1	8	1	1	3	1	0	0	1	3
November	1	6	7	8	8	4	2	5	3	2	1	1	1	1	0	3
December	2	3	6	5	6	7	3	3	4	5	1	1	2	1	0	4

Vas	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Janár	4	6	5	3	2	4	4	2	1	2	0	2	6	2	1	3
Február	5	7	4	2	5	4	2	2	0	2	5	5	0	0	1	3
Március	6	5	5	3	4	5	1	1	2	2	2	5	1	1	0	4
Április	4	7	4	0	3	6	2	2	0	2	0	3	3	3	2	5
Május	6	3	4	4	4	5	1	2	1	3	0	6	2	0	1	3
Június	5	8	3	2	4	4	2	1	3	1	2	5	1	1	1	4
Július	8	4	2	2	2	7	2	1	1	2	1	4	4	2	0	4
Augusztus	7	6	3	2	6	3	3	2	3	3	3	3	0	0	1	3
Szeptember	4	3	6	3	4	6	1	2	2	0	3	3	1	3	1	4
Október	2	6	5	3	3	4	4	1	2	0	4	2	2	2	1	5
November	4	5	4	3	4	4	2	2	0	3	1	5	0	3	1	5
December	2	8	5	1	2	2	3	3	2	2	1	0	2	2	3	9

Veszprém	0<1	1<2	2<3	3<4	4<5	5<6	6<7	7<8	8<9	9<10	10<11	11<12	12<13	13<14	14<15	15<
Janár	14	8	15	8	6	5	6	3	6	1	2	2	4	1	1	5
Február	4	8	16	9	9	9	5	4	1	1	4	3	1	1	0	4
Március	2	8	15	11	7	7	4	6	3	0	4	3	1	1	2	2
Április	5	4	16	9	7	5	9	3	4	3	0	6	1	0	1	5
Május	1	11	15	11	7	10	3	3	4	1	3	4	0	1	1	3
Június	2	10	11	15	4	10	6	4	3	3	2	1	2	0	1	4
Július	2	7	12	15	6	8	5	5	3	4	1	2	1	2	0	5
Augusztus	2	8	14	12	9	6	5	6	4	2	1	1	2	1	1	4
Szeptember	2	8	11	14	7	6	7	5	3	3	3	1	2	2	0	5
Október	3	9	12	11	8	6	5	3	6	2	5	2	1	1	1	4
November	3	6	12	9	11											

