

Dr. Hargitai Réka, Dr. Balogh Sándor PhD, Dr. Füredi Gyula

SEGÍTI-E A GAZDASÁGOS GYÓGYSZERFELHASZNÁLÁST A JELENLEGI JOGI SZABÁLYOZÁS?

Országos Alapellátási Intézet

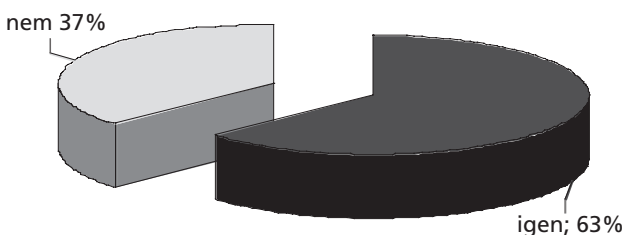
A gyógyító és a megelőző orvosi ellátás számára széles választékban állnak rendelkezésre gyógyszerek az innovatívaktól a generikus készítmények egyre bővülő palettájáig. Kínálati oldalról az elmúlt másfél évtized robbanásszerű növekedése, biztosítói oldalról pedig a támogatáspolitikai problémái odáig vezettek, hogy a társadalombiztosítás költségvetésén belül az úgynevezett gyógyszerkassza 2006 végéig rendszeresen túllépte az előirányzati keretet.

A helyzet javítására először a gyógyszeripar egyes szereplőinek, a piaci részesedésük növekedésével arányos visszafizetését vezették be. Később a szolgáltatók gyógyszerfelírási gyakorlatának befolyásolása került napirendre; a *biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény* az alábbiak szerint fogalmaz:

„46. § (1) Az egészségügyi szolgáltatókat minőségi és hatékony gyógyszerrendelési gyakorlat alapján a külön jogszabályban foglaltak szerint számított mutatók alapján értékelheti az egészségbiztosítási szerv. Amennyiben az értékelés szerint a szolgáltató rendszeresen eltér a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés külön jogszabályban foglalt szabályaitól, az egészségbiztosítási szerv a külön jogszabály szerinti finanszírozási visszatérítési kötelezettséget írhat elő.”

Az Országos Alapellátási Intézet telefonon történt felmérése alapján, a házi orvosok kétharmada eleinte úgy gondolta, hogy lehetősége van befolyást gyakorolni – az általa ellátott betegek gyógyszerfogyasztásán keresztül – az E. Alap támogatási kiáramlására (1. ábra). Egy évvel a *minőségi és hatékony gyógyszerrendelés*

1. ábra Tudna-e ön a praxisában tenni annak érdekében, hogy az OEP gyógyszertámogatási kiadásai csökkenjenek?



ösztönzéséről szóló 17/2007. (II. 13.) Korm. rendelet (szakmai körökben: „korbácsrendelet”) bevezetése után határozott állásfoglalást kell tenni jogszabályi környezet fenyegetései miatt, melyek elsősorban a házi orvosokat érintik.

A törvény és végrehajtási rendeletei ugyanis az ellátás olyan alapvető kérdéseit nem veszik figyelembe, melyek szankcionálás esetén csak igazságtalansággal járhatnak. Az említett telefonos interjú alapján az alábbiakban röviden összefoglaljuk **a súlyos aránytalanságot okozó leggyakoribb körülményeket:**

1. Egyre gyakoribb jelenség, hogy **senki más nem ír fel gyógyszert csak a házi orvos.** A többi szakorvost ettől olyan mértékben visszatartják munkáltatóik, ami már a biztonságos betegellátást is veszélyezteti. Így gyakran előfordul, hogy még kórházból történő hazabocsátás esetén is recept és gyógyszer nélkül marad a beteg a házi orvos következő rendelési időpontjáig, függetlenül attól, hogy az aznap délutánra esik, vagy négy napos ünnepet követő napra. A jogszabályok arról szólnak, hogy ki írhat fel gyógyszert, de gyakran már hiányzik a verdikt: ki írja fel a gyógyszert?
2. Talán a legnagyobb problémát az jelenti, hogy **a házi orvosok az általuk felírt gyógyszerek közül átlagosan 35–50% nagyságrendben szakorvosi javaslatok alapján rendelik a gyógyszereket.** Alaphelyzetben, a nemzetközi szabadnéven kell szerepeltetni a gyógyszert a zárójelentésen és a szakorvosi leleten. Így a házi orvos elvileg választhat az azonos hatóanyagot, azonos kiszerezési formában tartalmazó medikamentumok között – feltéve, hogy a patikában beszerezhető az orvosság.
3. Jogszabály határozza meg az indikációhoz kötött, kiemelt támogatású kategóriákat (Eü pont), azok keretét, szövegét, és a jogosult orvosok körét. Arról azonban, hogy az egyes pontok alá melyik gyógyszer kerül, arról az **OEP** joga dönteni, és azt is **maga dönti el, hogy milyen gyakorisággal és milyen hatálybaléptetési idővel változtat az addigi listán.** S míg a gyógyszerári szoftverek már régóta akkreditáltak és napra készek, a házi orvosi szoftverekről ez még nem mondható el. Így az is előfordulhat, hogy a házi orvos jóhiszeműen, de még

az előző napon érvényben lévő szabályok alapján látja el betegét. Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy kizárólag finanszírozási szempontú korlátozásról van szó jelen esetben, mely szakmai ajánlásokkal pl. a háziorvosi kompetencia-listával nincs összhangban. A szakorvos javaslata minden esetben köti a háziorvost, aki a javaslattól a legkisebb mértékben sem térhet el. A listán a gyógyszerek gyári néven, kiszerezési egységgel feltüntetve szerepelnek, a szakorvosi javaslat tehát konkrét gyógyszerre vonatkozik, nem pedig a fő szabálynak megfelelő nemzetközi szabadnévre! Azzal, hogy az Eü pontok listája egyre bővül, gyakorlatilag egyre nagyobb azoknak a szerekeknek a száma, amelyek esetében a háziorvos hangoztatott és elvárt mozgásteret beszűkül. Előfordulhat így az is, hogy egyetlen páciens egy havi speciális terápiája (pl. oszteoporózis) a felíró háziorvost a „büntetendő” kategóriába sorolja. Szemben tehát azzal az általános igénnyel, hogy a háziorvos igyekezzék a beteget a rendelkezésre álló gyógyszerek közül a lehetőleg olcsóbb fajtával ellátni, ebben a körben nem lehetséges.

Az olyan elvre épülő szankcionálás, amelyben a kompetencia és a felelősség nem fedi egymást, egyrészt nem hatékony, másrészt morálisan megkérdőjelezhető.

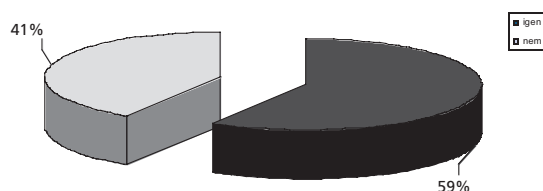
4. A háziorvos által felírt gyógyszerek esetében **előfordul, hogy a páciens a patikában a drágább szert kapja meg.**
5. A felírást szabályozó rendelkezések rendre következetenek a *szakorvos* és a *szakrendelő orvosa* fogalmak vonatkozásában. Ha a szakképesítést, mint a háziorvostani képzettséget meghaladó szakismeretet tartjuk szükségesnek és elegendőnek, akkor a más szakvizsgával is rendelkező háziorvosok jogosultak kellene, hogy legyenek nem csak a felírással, hanem a javaslattételre is – ez esetben beemelődnek értelem szerűen a körbe a TB által nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatók is. Ha javaslattevésre vonatkozó jogosultság feltételezi a diagnosztikához és a kontrollhoz szükséges szakrendelői adottságok meglétét, akkor viszont nincs helye a normaszövegben az egyszerű „szakorvos” megjelölésnek – ám még akkor sem került a helyére a növekvő számú, a TB által nem finanszírozott szakellátások ezirányú kompetenciája.
6. Arra is van számtalan példa, hogy **a receptre felírt helyett kisebb kiszerezést kap a páciens.** Ez újabb felíráshoz, ismételt gyógyszerátvitelhez vezet, illetve orvos–beteg konfliktushoz, hiszen a rendelési dokumentációban a nagyobb felírt mennyiség szerepel és e vonatkozásban indokolatlan az ismétlés.

Messzemenőig egyetértünk azzal, hogy **az indokolatlan gyógyszerkiadás visszafogása szükséges**, azonban meglátásunk szerint ma nem az a „toll” felelős az esetleges túlköltségekért, amelyik a vényt aláírja! Éppen ezért a **szabályozás környezetét** (OEP-listák

frissítése) **és az ellenőrzés módszertanát szükséges tematikussá tenni**, különös tekintettel a fentiekben felsoroltakra; röviden a kompetencia-felelősség egyensúlyának megteremtésére.

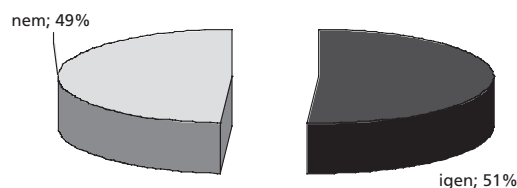
További igen fontos kérdés, hogy szükség van-e szankcionálásra. A fentiekben már hivatkozott telefonos felmérés eredményei szerint a háziorvosok több mint fele talált új információt az ellenőrzés kapcsán számára megküldött anyagban, mint azt a 2. ábra is mutatja, és ezek az orvosok úgy nyilatkoztak, hogy az új ismeretek birtokában változtatnak a betegek kezelésén (3. ábra).

2. ábra Tartalmazott-e a kimutatás új információt az ön számára?



A 3. ábrához kívánkozik egy magyarázó mondat. Hiszen ha azt nézzük, hogy a háziorvosok 59% számára adott új információt az OEP által küldött anyag, akkor csak tőlük várjuk, hogy változtassanak a gyakorlatukon. Ehhez képest az 51%-os hajlandóság korrigált értéken 86% változtatási készségnek feleltethető meg. Érdekes felvétel volt ugyanakkor, hogy a háziorvosok igényelnék a betegek gyógyszereire vonatkozó összes részletes információt, vagyis minden a betegük által kiváltott gyógyszerrel tudni szeretnének. Ez a szándék egyáltalán nem öncélú, hiszen, ha az ellátásért felelős háziorvos rendelkezik ezzel az információ halmazzal, akkor nem csak a polipragmázia, de adott esetben az egymással szemben álló, vagy káros együttműködést kiváltó orvosságok vonatkozásában is képes lesz beavatkozni. Elsősorban szakmailag jelentene előrelépést a felelős háziorvosok tájékoztatása, hiszen így képes volna kontrollálni a beteg mozgását az ellátórendszerben – hol jár, mit kap – akkor is, ha erről a beteg nem pontosan számol be, mert nem tartja fontosnak, vagy nem is gondol rá.

3. ábra A kapott adatok alapján fog-e változtatni az egyes betegségek terápiájának gyógyszerelésén?



Szükséges-e tehát a szankcionálás? **A 2007-es gyógyszerkassza ugyanis szufficites volt, a háziorvosok igyekvő együttműködése mellett és a büntetések kiszabása nélkül is.** Ennek alapján feltételezhető, hogy nem annyira a fenyegetettség (hiszen 2007-ben még

nem volt hatályos a jogszabályok szankcionáló része), mint inkább a 2. ábrán látható grafikon által jelzett információhiány állhat az esetleges túlköltekezés hátterében. És minthogy a 3. ábrával illusztrált változtatási hajlandóság is magas, javasolható, hogy a rendszeres információküldés gyakorlatát megtartva a **büntetés helyett inkább kommunikációs, konzultációs lehetőségeket adni, végső esetben célirányos továbbképzést volna jó biztosítani** a „rosszul teljesítőknek”. Összefoglalásként válaszolva a címben felvetett kérdésre, úgy gondoljuk, hogy a legkevesbé a házi orvos hozzáállásán múlik, hogy egy adott időszakban túlcsoportul-e a gyógyszerkassza vagy sem. Sokkal inkább a házi orvosokkal történő együttműködés, a szakmai kompetenciájuknak megfelelő gyógyszerrendelési jogosítványok jelentenek a biztosítékot a polipragmázia és a következményes túlköltekezés kivédésére.

1. Javasoljuk a vonatkozó rendeletek áttekintését. A fenyegető pénzbüntetések helyett egy együttműködő, kiértékelő, ellenőrző rendszert szükséges kidolgozni, amely része lehet egy minősítési kiértékelésnek, akár egy pozitív ösztönző szisztéma keretében.
2. Szükséges kiértékelni a tételes betegforgalmi jelentés gyógyszerelésre vonatkozó részét a racionális és hasznos információk megszerzése mint cél érdekében.
3. Haladéktalanul át kell dolgozni az ún. Eü. pontokban

megjelenő szakorvosi javaslatok szakmai érvényességi idejét. Meglátásunk szerint sok esetben lehetséges azok meghosszabbítása, máshol pedig a szakorvos kaphatna nagyobb teret a következő kontroll időpontjának meghatározására. Ennek előnyei:

- a) járóbeteg forgalom (a volumenkorlát miatt is) és a házi orvosi forgalom csökkenése, mely a humán erőforrás megóvása és gazdasági megtakarítás előnyeivel jár
 - b) útiköltség térítéseket csökkenti
 - c) a páciens gyógyulását és komfortérzetének javulását eredményezi.
4. Megoldást kell találni a „SZ” és „J” jelzésű gyógyszerek rendelésének évtizedes problémájára, hogy közülük mely gyógyszer rendelésére nem kompetens a házi orvos, mint szakorvos, mi a szabály, ha nem szakorvos, de házi orvosként dolgozik és milyen feltételek esetén érvényesíthető a házi orvos egyéb szakképesítése.

A megoldás a szakmai hierarchia falainak megbontásán túl a 3. pontban megfogalmazottak előnyével jár. Bármelyik javaslat megvalósítása erősíti az alapellátást, biztonságossá teszi a betegellátást, esélyegyenlőséget teremt a vidék lakossága számára is. Többletköltséggel nem jár, sőt megtakarítást eredményez. A szakmai alapok kidolgozása néhány hónapos munkával lehetséges.

MÁOTE VÁNDORGYŰLÉS

2008. OKTÓBER 10-12.

SIÓFOK
HOTEL PANORÁMA

MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK
ORSZÁGOS EGYESÜLETE, MAOTE KFT.