

A házi orvos és a racionális, költséghatékony gyógyszerrendelés

[Dr. Balogh Sándor]

Gyógyszertámogatás könyv szerk 2010.08.30

Hazai egészségügyi kiadásaink jelentékeny hányadát jelentik a népegészségügyi szempontból fontos betegségek gyógyszeres kezelésének költségei. Évtizedek óta elvárják a szolgáltatótól, hogy a legkorszerűbb, leghatásosabb gyógyszeres kezelésre kerüljön sor, s ha a költségeket részben – ma már egyre nagyobb hányadában – meg kell, hogy fizesse a biztosított, azt állampolgári jogainak sértéseként éli meg. A gyógyító orvos mind inkább több irányból szorongatott helyzetbe kerül. Teljesítenie kell a beteg elvárását, a szakmája által elé állított gyógyítás etikai és szakmai követelményeit, ugyanakkor meg kell felelnie a finanszírozó – a Biztosító – előírásainak is, aki nemcsak rendeletekkel, de fenyegetésekkel, büntetésekkel akarja takarékosagra kényszeríteni. Ezért nap-mint nap összeütközik a gyógyítás szabadsága, a gyógyítás művészete, az egyénre szabott kezelés magasra helyezett mércéje a beteg – nem mindig jogos – „követelései” és a biztosító mindenek ellentmondó bürokratikus szabályozási módszereivel.

Az orvost nem védi szakmai szervezet nem védi a jog, de nem egyszer maga az egészségügyi rendszer is kiszolgáltatja mindenki számára. Hiányzik az a szakmai irányítás, ellenőrzés is, amelyik egyrészt betartható szabályokkal – ellátási protokollokkal – megadja az iránymutatást, másrészt „humánus, támogató, ösztönző” felügyeleti, tanácsadási rendszerével megteremti az ellátás esélyegyenlőségét, és szolgálja a korszerű ellátás megvalósítását is.

Különösen kiélezett a helyzet a felnőtt és gyermek házi-orvosi ellátásban. Fejlett országokban – így hazánkban is – tradicionálisan kialakult az a racionális és költséghatékony alapellátási rendszer (általános orvos, családorvos, házi orvos), amely tömegeknek biztosítja az „elsőleges, végleges definitív ellátást”. Ez vonatkozik az akut betegségek döntő többségére, de jelenti a krónikus, nem-fertőző betegségek folyamatos, tartós felügyeltét is. Számos funkciója mellett különösen fontos a „kapuórzó, irányító szerep”, amely nélkül az egészségügy teljes rendszere működésképtelen lenne.

Mindezen feladatok ellátása során maga a rendszer igen olcsón, minimális technikai felszereltséggel képes hatékonyan működni. Ha kiszámítjuk az „egy beteg ellátására jutó egységnyi költséget” akkor az akár két nagyságrenddel is kisebb, mint a járó-, vagy fekvő-betegellátás költségigénye.

Érthető, ha a költségek csökkentése, az ellátás „költséghatékonyasága” reflektorfénybe kerül, akkor a legegyszerűbb takarékosági lehetőség a gyógyszeres terápia

költségének csökkentése. A megoldás keresésére, épp a kérdés bonyolultsága miatt, csak bátortalan próbálkozások történtek. Sokáig – helyesen – a „tétéles ellenőrzés” alapja eset ellenőrzés volt: vizsgálták például, hogy a tüdőgyulladás diagnózisával kezelt betegek antibiotikum kezelése meg felelt-e a szakmai követelményeknek.

A gyógyszerpiac liberalizációjával – a piaci verseny megjelenésével – majd az állam beleszólásával a helyzet látszólag változott. Egyre több azonos hatású gyógyszer – legutóbb a generikumok – megjelenésével már lehetett „olcsóbban vagy „drágábban” gyógyítani. Bebizonyosodott azonban, hogy a változás kedvezőtlen irányú lett: a gyógyszer gyártók versenye, a nem mindig etikus reklám, az orvosokat a „drágább” gyógyítás vagy a cég számára hasznosabb irányába terelte. Ők is és a betegek is belestek a csapdába: ha neves a gyár, egy bizonyos országból származik a készítmény, akkor az csak a legjobb, a leghatásosabb lehet, az ár már nem számít, a gyógyítás eredményessége mindent indokoltá tesz. A választásra, az adott készítmény alkalmazásának indoklására mindig született megnyugtató magyarázat: a „beteg érdeke”, a gyógyítás szabadsága minden más érvet háttérbe szorít.

A gyógyszerfelhasználás napjainkra kialakult gyakorlata lassan tarthatatlan állapothoz vezetett. A gyógyszerköltségek exponenciálisan növekedtek, a betegek meg akartak kapni minden „újat és drágát”, az orvos „korszerű” akart lenni és mind a betegnek, mind saját magának – vagy a környezet számára – bizonyítani akarta, hogy lépést tart a tudománnyal és ezzel a betegek érdekeit szolgálja.

A gazdasági kudarcok megoldásának részeként drasztikus beavatkozásokra került sor.

Mi jellemzi a kialakult helyzetet:

- mind az akut, mind a krónikus betegségek átmenetileg (a gyógyulásig) vagy tartósan – tüneti vagy oki – gyógyszeres kezelést igényelnek;
- ez még egy betegség fennállása estében is több gyógyszer alkalmazását kívánja meg;
- idős korban, krónikus betegségben többnyire nem egyetlen betegségről van szó, és indokolt lehet a „polipragmázia”;
- világszerte elfogadott, hogy a betegségek jelentős része megelőzhető, ez olcsóbb, mint a később megjelenő betegség – majd szövődmény – kezelése;

- a „racionális és korszerű” kezelés kivitelezése csak átmenetileg jelent nagyobb költséget;
- ahhoz, hogy mindez megvalósuljon mind a betegnek, mind az orvosnak, de a társadalomnak – a Finanszírozónak is – áldozatokat kell vállalnia és kompromisszumokat kell kötnie.

Van-e megoldás és azt hogyan kell meglépni?

A gyógyszerrendelés jelenlegi rendszere – a kiváltott vények tartalma – lehetővé teszi, hogy egyénre lebontva lehessen a gyógyszert rendelő orvos tevékenységét „szemlélni.” Azért kell a „szemlélni” kifejezést használni, mert a vizsgálódás, elemzés, következtetés levonása egyedül a kiváltott recept adatain alapul és az „okirat” mögött nem lehet tudni, milyen ellátási esemény húzódott meg. Ezek a felírás, kiváltás időpontja, maga a gyógyszer, annak adagja, a beteg életkora, valamint a gyógyszerhez köztelezően hozzárendelt BNO kód, amely látszólag az elemzéshez szükséges valamennyi információt hordozza. Erre alapozva különböző statisztikai lekérdezésekre és „elemzésekre” van mód és látszólag objektív következtetések vonhatók le: egy adott időpillanatra (keresztmetszetre, akár az összes orvost illetően), vagy időbeni változásra ráláthatunk. Minden lekérdezés – vonatkozzon az időtartamra, időpontra – azonos adatokra, ugyanazon személyre, orvosra hasonló lekérdezést és „objektív” összehasonlítást tesz lehetővé.

Maguk a törvények és rendeletek megnevezésükben is hordozzák a célokat: „a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás”; „a minőségi és költséghatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről.” A rendszer működni is kezdett, a Biztosító havonta végzett összesítést, automatizált elemzést, végzett országos összesítést. Majd az érintett orvosok saját „teljesítményéről, értékéről, költségükről” rendszeresen értesítést kaptak. Ebben jelezték a „rangsorokat”, hogy az átlaghoz képest hol helyezkednek el, mennyiben lépték túl a Biztosító által meghatározott elfogadható szintet. Kezdetben ez csak fenyegetést jelentett, majd később a rangsor szerint a „legrosszabban teljesítők” szankciókban is részesültek.

Az ellenőrzési rendszer kimondott célja volt, hogy a tömegesen megjelenő – olcsóbb – generikumok rendelésére irányítsa, „kényszerítse” az orvosokat. Mint azt egy részletes tanulmány bebizonyította (1), igazi hatás és eredmény csak a praxisok kisebb hányadában és csak átmenetileg következett be. Később visszarendeződés volt megfigyelhető, valódi eredményként az új betegek beállításánál kerültek előtérbe az „olcsóbb szerek” azaz a várt gazdasági hatás csak később érvényesülhetett, és nem lett számottevő. Jogilag (3), szakmailag (4) egyaránt elfogadhatatlannak bizonyult.

További próbálkozás sem jelentett előrelépést (6), amely ma is folyamatosan, havonta orvosonként hozzá-

férhetővé teszi – négy gyógyszerfőcsoportban – a rendelt gyógyszerek struktúrájának megtekintését, összehasonlítást az „ajánlott”, a rendszer gazdái által „optimálisnak” tartott struktúrával (ki ajánlotta? miért optimális?), és a „még objektívabb” összehasonlításhoz megjelenítették az „országos átlagot” is.

Speciális megközelítést jelenthetne az „adherencia mutató” amelyet a kiváltott gyógyszerelés struktúrája alapján kívánunk kiszámítani, rangsorolni és abból a beteg együttműködésére és ezen keresztül az orvos „teljesítményére” kívánunk következtetni (7).

A havonta rendszeresen kiváltott vérnyomáscsökkentő, mint tény csak a vársárlást igazolja, és nem lehet jellemzője a „terápia-hűségnek”. Az „adherencia” nem szűkíthető le a gyógyszer kiváltásának tényére, és nem bizonyíték a gyógyszer tényleges szedésére (9). A megfelelő együttműködés kérdését csak több irányból megközelítve lehet értelmezni: megvalósul-e a hipertónia komplex, nem gyógyszeres kezelése, az életmódi szokások rendezése és a gyógyszeres kezeléssel együtt sikerül-e elérni a célvérnyomást.

Ezek a próbálkozások a házi orvos nézőpontjából szakmailag csak elmarasztaló kritikával illethetők.

Hangsúlyozni kell, hogy az orvosi munka minőségének, a „teljesítményének” monitorozása és értékelése szükséges ahhoz, hogy mind az orvos, mind az egészségügyi vezetés ismerje a „megtermelt értéket”. Legyen olyan tükör és visszacsatolás, amely a sikereket, a kudarcokat, a hiányszágokat, a gyenge pontokat a résztvevők elé tárja. A helyzetkép, a rangsor az orvost egyénileg arra készíti, hogy magas szakmai színvonalon gyógyítson, munkáját valós értéken mérjék és ismerjék el. Az üzemeltetőnek, a finanszírozónak, a szakmapolitikai vezetésnek is objektív ismeretek birtokában kell lennie, hogy az alapellátás feladataihoz mért működését megteremtse. Ez szüntetheti meg a ma még fennálló jelentős területi ellátási különbségeket és biztosíthat esélyegyenlőséget az ellátottak számára. A jelenlegi házi orvosi elektronikus beteg dokumentációból mindazok az adatok kinyerhetők, amelyek – együtt a felírt és kiváltott vérnyomáscsökkentőkkel – feltárják és minősíthetik az egyes orvosok szakmai munkájának értékét.

Mi jellemzi az orvos gyógyszerrendelési szokásait?

A betegellátás része az orvos terápiás döntése és a beteg egyetértő beleegyezése. Ennek összetettségébe beletartozik a betegséghez, állapothoz rendelt gyógyszer kiválasztása – esetenként több hasonló vagy azonos hatású szer közül – a hatás, mellékhatás mérlegelése, és a kezelés kivitelezhetősége, költsége is. A döntés az orvos szakmai felkészültségén alapul, a korábban tanultak, tapasztaltak, újabb ismeretek (reklám, továbbképzés stb.) lefordítását jelenti az adott betegre és betegségre.

A kezelésre vonatkozó ismeretek alapja egyetemi, szak-képzési években megszerzett tudáson alapul. Motiválja azt, a szakmai környezet – kórház, szakellátás – a továbbképzéseken, szakmai irodalomból szerzett ismeret is. Behatárolja országos, vagy helyi rendelkezés, különösen fontos hatás a gyógyszerreklám, a szakmai fórumon, vagy orvos látogatótól szerzett információ. A gyógyszer felírás gyakran automatikus folyamat része: az orvos tollában van egy bizonyos készítmény neve, adagolási módja és a korábbi alkalmazásokból szerzett tapasztalatok is.

Hosszú időn keresztül a gyógyszer ára elhanyagolható szempont volt, csak rossz anyagi körülmények között élő beteg tette fel a kérdést a költségre, vagy jelezte, hogy nem tudja kifizetni az árat. Az árak és a támogatás drámai változása után – később a biztosító ellenőrzése, számonkérése miatt – mind több figyelmet kellett fordítani az árra is. A generikus készítmények megjelenése után ez a kérdés – részben a Biztosító pressziója miatt – különös hangsúlyt kapott. A kisebb költségű kezelést a beteg is igényelte, aki nem egyszer gyorsabban értesült, az azonos hatóanyagú, árban kedvezőbb készítményről, mint maga az orvos.

Az originális vagy generikus készítmény dilemmája miként dönthető el ?

Generikus készítmény, rendelési kötelezettsége, több problémát vetetett fel. Az orvosok kifogásolták a „gyógyítás szabadságának korlátozását” bár ezt szakmai érvekkel alig lehetett alátámasztani, de több tény – indirekt módon mellettük szólt:

Az *originális készítmények* esetében szigorúan betartották a több fázisban (klinikai II, III, esetenként IV. fázis) végzett vizsgálatokat. Ez bizonyította a klinikai hatásosságot, a mellékhatás profilt, az alkalmazás „veszélytelenségét”, de a készítmény stabil összetételét és hatását is. Erről mind az orvos, mind a beteg személyes tapasztalatokat szerzett és a készítmény használata akár évtizedes múltira is visszatekintett, méltó helyet kapott a gyógyítás palettáján.

A *generikus készítmények* rövid múltira tekinthetnek vissza. Az eredeti, szabadalmazott készítmény védettségének megszűnése után robbanásszerűen jelentek meg és igen olcsón kerültek forgalomba, gyakran egyszerre több gyár is forgalmazta. Egyetlen bizonyíték, hogy gyógyító értékük azonos, az előállító cég állítása: azonos a hatóanyag tartalom. Klinikai vizsgálat, bizonyíték arra, hogy hatásuk az originális készítménnyel azonos általában nem történt. Így azt sem vizsgálták, hogy hatásuk és különösen mellékhatásuk azonos-e, vagy különbözik, az eredeti, véd jegyzett márkától.

Objektív vizsgálatok hiányában az orvosok – és a betegek – saját tapasztalataikra, nem egyszer szubjektív véle-

ményalkotásukra hagyatkoztak. Kétségtelen tény, hogy a generikus készítmények – változó gyakorisággal – jelentősen különböznek az originális szertől. Ennek oka lehet az eltérő gyártási technológia, a tablettázás, a vivőanyag, a felszívódás, az oldékonyság stb. Nem voltak – és jelenleg sincsenek – olyan adatok, amelyek akár az originális készítmény hatékonyabb voltát támasztották volna alá. Olyan adatok sincsenek, amelyek a generikus készítmények egyenértékűségét bizonyítanák.

Tíz beteg közül legalább kettő azt jelezte – példa a vérnyomáscsökkentőként adott amlodipin – hogy mellékhatásként kipirulás, palpitáció jelentkezett. Ezt az originális készítménynél nem észlelték, és ha visszatértek az eredeti készítményre, akkor a mellékhatás megszűnt (gyártástechnológia, vivőanyag, és egyéb ok lehet a magyarázat). Ez mindenképpen megkérdőjelezi, hogy originális készítményt parancsszóra, uniformizált módon ki kell cserélni generikusra. Egyébként is szabály, hogy egy hatásos, mellékhatás mellett alkalmazott és elfogadott kezelést csak szakmai indok alapján kell változtatni! A márkanév, a gyártás helye, a tartós alkalmazás, a hatékonyság mind olyan motívum, amely a beteg szubjektív döntését – ha döntés helyzetben van – befolyásolja és az orvost kényszerpályára tereli.

Mi befolyásolja a hatékony gyógyszeres kezelést?

A gyógyszeres kezelés elsajátítása hosszú tanulási, gyakorlati idő végeredménye, amelyet időről-időre az orvos felfrissít.

- Egyetemi tanulmányok alatt gyenge alapok képződnek,
- Ezek a szakképzés időszakában fejlődnek és alakulnak ki készség szinten.
- A tanulás a környezetből származó minták, példák alapján épül fel,
- Az egyes beteg ellátásának tapasztalatai összegződnek, sémák alakulnak ki és idegződnek be.
- Ezt kiegészíti az ismeretek rendszeres felfrissítése, kiegészítése, önképzéssel és továbbképzéssel
- Meghatározó szerepe van a gyógyszer reklámozásának: gyógyszerismertető látogatás, egy-egy gyógyszer rendelésének szponzorálása, gyógyszerismertető előadások,

A terápiás sémák fokozatosan alakulnak ki, a konkrét betegséghez (diagnózishoz) kapcsolódik az oki kezelés. A választható gyógyszerek köréből – egy gyógyszer család azonos hatású tagjai közül – egy, esetleg két szer alkalmazása lesz rutinszerű – „benne van a szer neve az orvos tollában” – ez a „memorizálás” megkönnyíti munkáját általában, de megnehezíti, ha a sémától el kíván térni.

Nehézséget jelent a sémába új készítmény beillesztése. Kényelmetlen –de mindinkább szükséges – segédletek használata – gyógyszerrendelési kézikönyv, számítógépes program. Ez elsősorban akkor szükséges, ha plusz infor-

mációkra van szükség: mellékhatások, ellenjavallatok, interakciók, intolerancia (laktóz mint vivőanyag), vagy a rendelkezés előírásai, szabályai, a kiszerezési forma és az ár.

Mit és hogyan mérlegel az orvos?

Az optimális gyógyszerrendeléshez, a döntéshez az adatok sorára van szükség: az aktuális betegséghez kapcsolódó ismeretek mellett az előzményi, kórtörténeti adatokra is szükség van. Ha akut betegség kezelése a cél, akkor fontos a korábban rendelt gyógyszer, annak hatása, mellékhatása. Krónikus betegségben a tartós hatás, elérhető volt-e a kezelési cél, van-e és milyen súlyosságú mellékhatás. Figyelembe kell venni olyan tényezőket, amelyek meghatározzák a beteg együttműködését és a későbbi eredményes kezelést: a gazdasági, a szociális tényezőket, a kezelést befolyásoló tényezőket, egyéb betegségeket, állapotokat, amelyek hatással vannak az együttműködésre, a kezelés végrehajtására. Meghatározó az orvos-beteg kapcsolata, az egészségügyi team, de fontos a beteget jellemző tényezők sora, így ismeret, motiváltság, felfogó képesség, az elvárások, és lehetőségei a kezelés kivitelezésére.

A gyógyszerválasztást, mint orvosi döntést befolyásolja a tapasztalatokon túl a külső információk – új gyógyszerek megjelenése, reklámok motiváló hatása, „az újra való törekvés”.

Különleges szerepük van a rendeleteknek, a gyógyszerrendelési szabályoknak, amikor a Finanszírozó előírásainak kell megfelelni és szembe kell helyezkedni a szakmai ismeretekkel, a saját tapasztalatokkal, és „a gyógyítás kialakult művészetével”.

Kialakítható-e az optimális gyógyszerfelhasználás az alapellátásban?

Szakmai és gazdasági indokok erősítik, meg, hogy a gyógyszerekre fordított kiadásokat racionalizálni kell. Ezt a célt csak összetett cselekvési programmal lehet elérni, ahol az egyes elemek egymásra épülnek, kiegészítik egymást és fokozatosan valósíthatók meg. Ennek elemei:

- a gyógyítást végző orvos szakmai ismereteinek azonos, magas szintre emelése és ennek megtartása;
- a háziorvos „szakorvosi, szakmai” munkájának értékének való elismerése, a gyógyítás szabadságának elismerése;
- szakorvosokkal való munkamegosztás és azonos felelősségvállalás;
- a gyógyítás és gyógyszerrendelés „komplex” monitorozása, értékelés és visszacsatolás;
- a beteggel való partnerkapcsolat fejlesztése, ismereteik bővítése, motiválása; az orvos és a beteg érdekrendszereinek kialakítása és összehangolása;

- támogatók bevonása és velük való munkamegosztás: egészségügyi team, gyógyszerész;
- a gyógyszerrendelés, gyógyszerfelhasználás ésszerű újraszabályozása,
- nem büntető, hanem jutalmazó, támogató, motiváló módszerekkel

A gyógyítást végző orvos szakmai ismereteinek azonos, magas szintre emelése és ennek megtartása a praktizáló orvosok esetében a folyamatos, tematikus továbbképzés kiemelten kezelt részét kell, hogy képezze. Prioritásokat kell meghatározni és lépésenként kell bővíteni az ismeretek és az erre alapozott feladatok körét. Ellenőrizni kell a megszerzett ismereteket, majd követni, monitorozni kell a végrehajtás eredményességét. Erős hatást gyakorolhat, hogy a megszerzett tudást és a magasabb szintű munkát elismerik – szakmai előmenetellel, és anyagiakkal is.

A háziorvos „szakorvosi, szakmai” munkájának értékének való elismerése, a gyógyítás szabadságának elismerése – ha a monitorozás objektív és folyamatos – időről időre megvalósulhat. Elismerhető „speciális jártasság megszerzésével” (hipertónia, vagy diabétesz gondozó orvosa jogosítvány) amely bizonyos gyógyszerek rendelésére, vizsgálatok finanszírozására jogosít fel. A gyógyítás szabadsága – a szakmai ajánlások egyénre szabott megvalósítása – lehetőséget teremt a „gyógyítás művészetének” szabad gyakorlására. Ennek szakmai ellenőrzése – és például a gyógyszerrendelés alapszabályaitól való egyéni eltérés „finomabb módszerekkel” megvalósítható (peer review, case control stb.).

A szakorvosokkal való munkamegosztás és azonos felelősségvállalás szintén a hatékonyabb, jobban koordinált betegellátást szolgálja. Megszünteti a felesleges párhuzamokat, a szakmailag nem indokolható gyógyszerrendelési korlátozásokat. Ha bizonyított a szakmai felkészültség és jártasság – hipertónia, diabétesz, stb. vonatkozásában – akkor nem indokolt szakorvosi „engedélyhez” kötni gyógyszerrendelést, vizsgálat eljárást. Ez megszüntetné a jelenlegi abszurd helyzetet, hogy a szakorvos „kontrol nélkül” előír, javasol gyógyszert és annak felírása a kezelőorvos gyógyszer finanszírozását torzírtja. A racionális munkamegosztás – a 2. típusú cukorbetegség döntő többségének rendszeres ellenőrzése és kezelése – a háziorvos kompetenciája. Szaképesítése erre feljogosítja, kompetenciájába beletartozik!

A gyógyítás és gyógyszerrendelés „komplex” monitorozása: értékelés és visszacsatolás a költséghatékony gyógyszerrendelés sarkalatos kérdése. Ez nem lehet – mint ahogy az a jelenlegi tervekben és módszerekben megjelenik – áltudományos, formális, bürokratikus. A gyógyszer rendelésének, felhasználásának összetett problémaköre is csak komplex módon közelíthető meg. Választ kell arra adni, hogy a szakmai protokolloknak megfelelően került rá sor, a beteg állapotát a maga komplexitásában kezeli, dinamikusan, a mellékhatások, a hatás, vagy a hatástalanság függvényében változik.

Megkerülhetetlen kérdés a visszacsatolás, az állapot

értelmezése. Ehhez hozzákapcsolódik a figyelemfelkeltés, az önképzésre, továbbképzésre való motiválás is.

A beteggel való partnerkapcsolat fejlesztése, ismereteik bővítése, motiválása; az orvos és a beteg érdekrendszerének kialakítása és összehangolása szintén összetett feladatot jelent. Praxisonként jelentős szocio-kulturális különbségek vannak, más és más az egyéni motiváltság, a hagyomány, a viszonyulás az egészséghez, betegséghez, az egészségügyi ellátáshoz. Minden praxis egy „ellátási egységet” reprezentál, amely máshoz, átlaghoz alig hasonlítható. Csak önmagához viszonyítható és minden változás ehhez mérhető. A pozitív irányú elmozdulás viszont az orvos munkájának eredményességét mérhetővé teszi.

Támogatók bevonása és velük való munkamegosztás: egészségügyi team, gyógyszerész – a gyógyítás, a gyógyszeres kezelés hatékonyabbá tételének nem elhanyagolható részét jelenti.

A nővér, az asszisztensnő, a védőnő az orvos munkáját más irányból támogató, megerősítő, feladat átvállaló szerephez jut. Velük, a más hangsúllyal bíró, bensőségebb közvetlenebb viszonyban lévő személy, oktató, nevelő, tanácsadó funkciója jelenik meg. Előnyük a közvetlen és folyamatos családi, lakossági kapcsolat és alapképztségük, amely harmonizál az orvoséval és különösen ilyen szerepkör betöltésére teszi őket alkalmassá. (tevékenységük tárgyyszerű monitorozása, mérése értékelése ma még nem megoldott feladat.)

A gyógyszerész különleges pozícióban van, hiszen ő az, aki a gyógyszert „eladja” kiszolgálja a beteg számára. Munkaköri kötelessége a szükséges felvilágosítás, magyarázat, használati utasítás, tanács adása. Joga és „kötelessége” felügyelni költségeket is, felajánlva az azonos hatású, olcsóbb (generikus) készítményt. Az utóbb években egyre inkább „orvosi feladatok” átvételére törekszik – szűrővizsgálatot, „gyógyszerési gondozást” ajánl fel a beteg számára.

Kétségtelen, hogy a gyógyszerész a beteggel – a „vevővel” sajátos, nem egyszer bizalmas kapcsolatban is van. A páciens, különböző okból, kérdéseket tesz fel, tanácsot, nem egyszer gyógyszert kér. Ez a kapcsolat azonban nem jogosíthatja fel arra, hogy a gyógyszerész orvosi feladatokat – a szó klasszikus értelmében gondozást végezzen.

A gyógyszerész feladatát elsősorban a gyógyszeres kezelés támogatásában, a beteg motiválásában, kiegészítő tanácsok adásában, a mellékhatásoktól való félelem eloszlatásában határozhatjuk meg. Ez viszont olyan fontos szerepkör, amely – ha megvalósul – számottevően támogatja az orvos gyógyító munkáját.

A gyógyszerrendelés, gyógyszerfelhasználás ésszerű újraszabályozása, nem büntető, hanem jutalmazó, támogató, motiváló módszerekkel – a hatékonyabb gyógyszerrendelés alapkövetelménye. Szükségesnek látszik a „költség megtakarítás” indokával megszületett gyógyszerrendelés szakmai korlátozásának feloldása. A krónikus betegségek sora – szívbetegségek, hipertónia, diabétesz gyógyítása és a komplex prevenció kivitelezése

– olyan tartós gyógyszereszedést igényel, ahol a szakorvosi véleményhez, engedélyhez kötött rendelés, vagy az, hogy csak a szakorvos írhatta fel – a korszerű, humánus kezelés akadályát jelenti.

Költség és hatékonyság, a gyógyszerrendelés egymásnak nem egyszer ellentmondó, mégis egymást kiegészítő kérdések. Különösen igaz ez a háziorvosi (gyermekorvosi) alapellátásra, amelyik az akut és krónikus betegek tömegét, egyre nagyobb mennyiségű és költségű gyógyszerrel gyógyítja.

A költség és a költségesség elsősorban az egyént érdekli, aki – különösen idősebb korban – egyre több életét, munkaképességét, önellátását befolyásoló betegséggel (betegségekkel) kénytelen együtt élni és kezelteni azt (azokat). A gyógyszerek költsége jövedelmének tetemes hányadát veszi igénybe és választani kell, hogy a kezelés érdekében miről mondjon le. Szorítja az államot, a finanszírozót, amely szembesül a modern kor kihívásával: a gyógyítás, a gyógyszeres kezelés perspektívája exponenciálisan megnövekszik, egyre költségesebbé válik. A gyártók érdeke, hogy minél több és lehetőleg drága gyógyszert adjanak el, a szabad piac miatt a finanszírozó kényszerpályára kerül.

Elsősorban az idős, nyugdíjas korosztályok bizalma rendül meg az államban és a Biztosítóban. Hozzá szoktak, hogy „biztosításuk” „biztonságot jelent” és felelősség nélkül fogyaszthatják a gyógyszert, mert az „ingyen jár nekik”.

A Biztosító és az Állam kiütkeresése többirányú, és mindmáig eredménytelen. A legegyszerűbb lehetőség, amivel évek óta él (nem egyszer visszaél), hogy a költségeket mind nagyobb arányban részben, nem egyszer teljes egészben a „bűnösre” a gyógyszert felhasználó betegre hárítja.

Kézen fekvő, hogy a „másik bűnös” az orvos, aki a gyógyszert rendeli, aki a szakma aktuális szabályai szerint próbálja gyógyítani a betegeket és megelőzni a betegségeket. Egyszerű ellenőrzési lehetőség, hogy a kiváltott vények alapján kiszámolja „mennyit költött” az orvos egy betegre, egy betegcsoportra, vagy teljes praxisára. Visszaél a statisztika eszközével – ráadásul a szakmai szabályok minimumát sem tiszteli – méri az orvos „teljesítményét” – országos átlagokat kreál, rangsorol, szakmai munkát minősít, fenyeget és büntet, figyelmen kívül hagyva a valós gyógyító munkát s a beteg érdekét.

A pénzügyi szemléletű gyógyszerrendelés korlátozásának kockázata?

Az egészségbiztosítás elvben azt jelenti, hogy betegség esetén az egyén gyógyulásához, kezeléséhez anyagi támogatást kap. A szolidaritás elve szerint ezt mindenki, aki erre jogosult, azonos eséllyel kell, hogy megkapja.

Különösen veszélyes a megelőzés, vagy a komplex gyógyszeres kezelés korlátozása. Hosszú időn keresztül a Biztosító elzárkózott a megelőzés finanszírozásától.

Milyen költség hárítható át a páciensre?

Tudomásul kell venni, hogy ez egészségügy közösségi finanszírozása korlátozott, az a mindenkori gazdasági környezettől függő. A parttalan költsékezés – amelyet az egyén szubjektív óhaja, az egészségügy szakmai maximalizmusa egyre jobban tágit – megállítandó feladat, amellyel mindenkinek szembe kell néznie. Különösen gyenge pont a gyógyítás tételes költségeinek növekedése. Az „ingyenes egészségügyi ellátás” illúziójával le kell számolni és meg kell barátkozni azzal a gondolattal, hogy az általános, szolidaritáson alapuló finanszírozás mára elégtelenné vált.

Több lehetséges mód van arra, hogy a jelenlegi gyógyszerköltségek mérséklődjenek. Lehetséges azonos hatású olcsóbb szer választása, a nem-gyógyszeres kezelés életmódi szokások változtatásával, egyetértés az orvosi tanácsokkal, jobb együttműködés és gyógyszeresedési pontosság. Ilyen lehetőség a prevenció, amikor akár a betegség megelőzése, akár a progresszió lassítása anyagi megtakarításokkal járhat együtt.

A megoldás lehetséges útja, ha

- végrehajtható, érthető, szakmailag korrekt szakmai útmutatók, protokollok támogatják és egységesítik a betegellátás elveit és gyakorlatát;
- az orvosok szakmai ismeretei naprakészek, ezt mindenkire kötelező továbbképzés – távoktatás – és az ismeretszerzés tudásellenőrzése valósul meg;
- a háziorvos számára szakképesítésének, szakmai gyakorlatának megfelelő kompetenciákat nemcsak szavakban, hanem a valóságban is biztosítunk;
- szakmai elismerés mellett pozitív ösztönzőket kell alkalmazni és a munkát értéke szerint anyagiakkal is el kell ismerni;
- olyan rendeletek születnek meg, amelyek mind a beteg, mind az orvos és a finanszírozó érdekeit védik;
- legyen szakmailag korrekt, informatív, motiváló ellenőrzési rendszer, amely korszerű értékes gyógyító-megelőző munkára serkent.

Irodalom

1. Horváth Zsolt: A költséghatékony gyógyszerfelírási rendelet hatása a magyar háziorvosi piacra; Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Mikroökonómia Tanszék; 2008, Szakdolgozat
2. Dobos É, Nemesánszky E: A gyógyszerrendelés újabb szabályainak gyakorlati értelmezése; Tapasztalatok, problémák a gasztroenterológia területéről LAM 2007; 17: 607-610
3. Herczeg Z, Simon L: Gyógyszerrendelési anomáliák LAM 2007;17:824-825 (levelezés)
4. Nagy V: Mi olcsó, mi drágább? LAM 2007;17:824-825 (Levelezés)
5. Herczeg Zita: Még egyszer a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről. giulio.freeblog.hu
6. OEP Minőségi és Hatékony Gyógyszerrendelést Ösztönző (MIHA) rendszer www.miha.oep
7. Belicza E, Kőrösi L, Rapi K: A minőségértékelés lehetőségei a háziorvosi ellátásban Orvostovábbképző Szemle 2010; 17:13-22
8. Balogh S, Arnold Cs: Mérheti-e az orvos munkájának minőségét a vérnyomás-csökkentő kezelés és a beteg terápiahűsége? Med. Univ. 2010
9. Adherence to long-term therapies Evidence for action WHO 2003
10. Quality and outcomes framework guidance for GMS contact 2009/10 General Practice, 2009, http://www.bma.org.uk/images/qof0309_tcn41-184025.pdf
11. Arnold Cs, Tamás F: Hypertóniás betegek együttműködési készségének vizsgálata 420 praxisban; Magyar compliance vizsgálat, Hypertonia és Nephrologia; 2001; 5: 30-37.