

A gyógyszerfelírás szabályozása: sarkalatos kérdések

Komáromi Tamás ■ Szarvas Orsolya ■ Dr. Bacskai Miklós

12

A 2006. év végén hatályba lépett gyógyszer-gazdaságossági törvény és az ahhoz kapcsolódó intézkedések számos ponton változtatták meg a korábbi szabályozási környezetet. Cikkünk tárgya, az orvosok gyógyszerfelírási szokásainak megváltoztatását célzó rendelet is ennek az intézkedéssorozatnak a részeként jelent meg. Egyetértve azzal, hogy a terápiás szokások racionalizálására szükség van, ésszerűbbnek tartanánk, ha az egészségügyi kormányzat a jelenleg bevezetni tervezett, mennyiségi elemekre koncentráló mechanizmus helyett minőségi kritériumokon alapuló, rendszerharmonikus szabályozási struktúra kialakítását kezdeményezné.

A gyógyszerfelírás és -kiváltás folyamatában különböző szereplők, különböző jogosultságok mentén különféle hatásokat gyakorolnak a kiváltás végső mértékére és összetételére. Az 1. ábrán bemutatott szereplőkkel a fejlett országok mindegyikében találkozhatunk.

A szabályozó feladata, hogy olyan szabályozási rendszert alkosson, amely mind az öt szereplőre a befolyásának megfelelő mértékű hatással bír, azaz képes strukturális egyensúlyt teremteni. Meghatározza a szabályozási (irány)elveket, felelős a hosszú távú (egészség)politikai célok lefektetéséért és azok megvalósításáért. A szabályozói feladatokat az Egészségügyi Minisztérium látja el.

A szabályozási rendszer megalkotása során mennyiségi és minőségi kritériumokra egyaránt figyelemmel kell lenni, mégpedig úgy, hogy közben a beteg



Komáromi Tamás

érdekei se sérüljenek jelentősen. Akkor jó tehát egy rendszer, ha képes hatékony forrásfelhasználást teremteni az indokolt (orvos)szakmai javallatok teljesülése és a betegérdekek szem előtt tartása mellett.

Az „ösztönzőrendszer”

A tavaly év végén hatályba lépett gyógyszer-gazdaságossági törvény és az ahhoz kapcsolódó intézkedések számos ponton változtatták meg a korábbi szabályozási környezetet. „A minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről” szóló rendelet lényege, hogy minden terápiás gyógyszercsoport esetében kiszámítanak egy országos átlagot: az adott ATC-csoportba tartozó közfinanszírozott gyógyszerek terápiás adagra számolt támogatási értékének forintban kifejezett átlagát. Megvizsgálják, hogy az egyes orvosok

az adott gyógyszercsoportban milyen átlagot érnek el, meghatározzák, hogy gyógyszercsoportátlaguk hány százalékkal tér el az országos gyógyszercsoportátlagtól. Az egyes csoportátlagok összesítése adja az orvosra vonatkozó mutatószámot.

Problémák

Az ösztönzőrendszernek nevezett rendelet nem tartalmaz az orvosokra nézve valódi ösztönzőket, ellenkezőleg, csupán a túlköltést bünteti. A cél szempontjából azonban ezt akár érdektelennek is tekinthetjük, csupán az elnevezés e része nem túl szerencsés. A kérdés tehát sokkal inkább az, hogy milyen cél állhat az intézkedés hátterében, és vajon várhatóan milyen eredményességgel éri el azt.

Mint már említettük, a szabályozó érdeke tágabb értelemben az egészségpolitikai irányelvek betartása, szűkebb értelemben pedig a finanszírozói célok teljesítése. Az intézkedés mechanizmusából arra következtethetünk, hogy a konkrét cél a gyógyszerkiadások visszaszorítása. A választott eszköz – a támogatásban mért napi terápiás költség átlagának vizsgálata – a mennyiségi szemléletet tükrözi, mellőzi az akár az



1. ábra. A gyógyszer-finanszírozási értéklánc

előbbivel kombinálva is alkalmazható minőségi kritériumok rendszerét.

Az intézkedéssel kapcsolatos fő aggályok éppen abból erednek, hogy a mennyiségi alapon meghatározott mutatószám alkalmas lehet ugyan a gyógyszerkassza túllépésének megfékezésére, de a már létező minőségi elemek (orvosszakmai érvek, szakmai irányelvek, a beteg választási joga, más támogatáspolitikai eszközök: generikus és innovatív program, fixesítés) mellőzése rendszerszinten inkonzisztenciához vezet. Kétséges tehát, hogy mennyire helytálló az elnevezésben szereplő „minőségi” kifejezés.

Bár eddig is létezett szabályozás az egyenértékűségi csoportokba sorolt készítmények helyettesíthetőségéről, az orvosok és gyógyszerészek feladatairól, az újonnan bevezetett összehasonlító, mennyiségi csoportosítás mellőzi annak részleteit. A büntetés számítása és értékének nem összegszerű, hanem százalékos maximálása bizonytalanságot kelt.

Pedig az átlagtól való eltérés sajátosságai több kérdést is felvetnek.

- Minden évben lesz az átlagnál nagyobb támogatási áramlást generáló orvos, mindaddig az elméleti állapotig, amíg mindenki éppen ugyanolyan

szerkezetben nem ír társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszereket. Ez ismét felveti a kérdést, hogy hosszú távon hova vezethet ez a rendszer.

- A rendelet az orvos átlagának az országos átlaghoz való viszonyítása során nem veszi tekintetbe az orvostól független, általa nem befolyásolható körülményeket, amelyek jelentősen emelhetik az orvosátlagot. Ilyenek például a szakorvosok terápiás javaslatai, amelyeket a háziorvosnak a gyógyszerrendelésnél figyelembe kell vennie (és a szakorvosok által javasolt gyógyszerek általában a magasabb támogatási kategóriába esnek).

- A rendeletben meghatározott terápiás csoportok egyikében sem különbözik el a visszatérítési mutató számításakor a normatív jogcímtől az emelt, illetve kiemelt indikáción felírt – így az átlagnál eleve magasabb támogatási kategóriába tartozó, s jellemzően napi terápiás költségben mérve is drágább – gyógyszerek forgalmát. Az átlag mint egyszerű mutató természetéből adódóan tehát a szakorvosokat (pl. onkológusok, pszichiáterek), pontosabban az őket alkalmazó egészségügyi szolgáltatókat kiemelt mértékű visszavonással fogják sújtani.

A hatályos szabályrendszerrel szembeni inkonzisztencia a hibás csoportképzésre vezethető vissza. A vizsgált csoportok ugyanis nem tekinthetők homogénnek finanszírozási szempontból. Nem szerencsés például a fentebb említett jogcímek összemossa.

Bár a rendelet logikusan kapcsolódik a hazai generikusprogramhoz, valójában nem foglalkozik a fixcsoport-képzések nyomán kialakuló támogatási struktúrával. A hatóanyag-alapú fix csoportok esetében egy-egy csoporton belül a kassza szempontjából teljesen mindegy, melyik készítményt írja az orvos, hiszen a támogatás mértéke rögzített, így gyakorlatilag a beteg árérzékeny döntésétől is függ a választott terápia. Ezenkívül, ha egy terápiás csoporton (egy ATC5-csoporton) belül az orvos szakmai megfontolásból egy generikus készítmény formájában még nem létező hatóanyagot kíván alkalmazni, bizony számíthat az indexromlására, s végül könnyen csökkenhet a teljesítménydíja is.

Látható, mekkora szerep jut az orvos és a beteg tárgybéli informáltságának. Ebből a szempontból a vényírást segítő szoftver színezése is félrevezető lehet, hiszen ez sem áll összhangban a rendelettel. Abban ugyanis az összes, a referenciaárnál nem drágább készítmény zöld színnel van megjelölve egy-egy hatóanyag-alapú fix csoportban, a referenciaárnál drágább gyógyszerek pedig sávosan sárgák, majd pirosak.

Így elképzelhető az a helyzet, hogy egy terápiás csoporton belül – ha a kérdéses ATC-csoportban több hatóanyag-alapú fix csoport van – egy „sárga” vagy „piros” készítmény felírása csökkentheti a büntetés esélyét, míg egy „zöldé” növeli. Hiába tesz így eleget az orvos annak a szabálynak, hogy az azonos hatóanyag-tartalmú készítmények közül az Egészségügyi Alap számára legkisebb anyagi terhet jelentő gyógyszert rendel, ez nincs közvetlen összefüggésben a visszatérítési kötelezettségével.

A rendeletben felsorolt terápiák (ATC-csoportok) nem fedik le a teljes gyógyszerterörzset, a rendszer tehát nem egyetemleges. Külön figyelmet kell fordítani arra, hogy mi az, ami a szabályozás hatálya alá esik, és mi az, ami „szabadon” írható.

Reflexiók

Végül érdemes azzal a lehetőséggel is számolni, hogy az orvosok nagy része előbb-utóbb felismeri: ha a kijelölt terápiás csoportok közül az egyikben az átlagot meghaladó mértékű kiváltást generál, ezt egy másik csoport alacsony támogatási összegű készítményeinek felírásával kompenzálhatja, így módon tehát minimalizálhatja büntetését. Ennek következtében összességében nemhogy csökkenne az általa generált támogatási áramlás, épp ellenkezőleg, feleslegesen növekedhet. Végeredményben a forrásfelhasználás hatékonysága sérülhet!

De védekezhetnek az orvosok úgy is, hogy a terápiás csoporton belül a való-

ban olcsóbb, ezzel összefüggésben sokszor elavultabb hatóanyagokat részesítik előnyben olyankor is, amikor szakmai szempontokat mérlegelve drágább készítmény mellett döntöttek volna. Figyelembe kell venni tehát azt is, hogy a legolcsóbb terápia sok esetben nem a legköltséghatékonyabb terápia. Ez pedig ismételt az intézkedés minőségi jellegét, hosszú távon pedig egyes egészségpolitikai célok megvalósulását kérdőjelezheti meg.

A betegek szempontjai

A takarékosági gyógyszerfelírási szempontok túlhangsúlyozása következtében a betegek jogai nagymértékben sérülhetnek, csorbulhat az egyenlő elbírálás elve. Ha az orvos nem a szakmai irányelveket mérlegelve, nem a megfelelő szakmai megalapozottsággal, hanem csak a spórolási szempontokat figyelembe véve rendel támogatott gyógyszert, akkor a nem megfelelő terápia miatt rövid, illetve hosszú távon romolhatnak a betegek morbiditási, illetve mortalitási mutatói, ami további terheket ró az Egészségbiztosítási Alapra.

Ugyancsak megtörténhet a spórolás jegyében, hogy az orvos hatásos, de kevésbé vagy nem támogatott gyógyszert ír fel a betegek számára, ami a saját költségvetését nem veszélyezteti, de a beteg pénztárcáját számottevően megterheli. Esetleg a beteg ki sem váltja a receptet, így kezelés nélkül marad.

Ezenkívül Magyarországon a különböző régiók népegészségügyi paramé-

tereit – így gyógyszerfelírási és -felhasználói paraméterei is – jelentős eltéréseket mutathatnak, amit az országos átlag szintén nem vesz figyelembe.

További kérdések

Az eljárás felvet további technikai jellegű kérdéseket is. Tudniillik az orvos az adott hónapban nem tudhatja, hogyan áll az országos átlaghoz viszonyítva a finanszírozott gyógyszerek felírásával, hiszen az adott hónap országos átlaga értelemszerűen még nem is létezik. Mindig csak utólag derül ki számára, hogy az adott havi felírásaival hogyan viszonyul az átlaghoz.

Jelentős eltérés mutatkozhat az adott hónapban az orvos által rendelt és az ugyanabban a hónapban a betegek által kiváltott gyógyszerek mennyisége között, ami tovább növeli a havi várható büntetéssel kapcsolatos bizonytalanságot, ami abból fakad, hogy nem a felírt mennyiség, hanem az átlagtól való eltérés a finanszírozás megvonásának alapja.

Visszacsatolást kapnak ugyan az orvosok, ez azonban csak a mennyiségi mutatókra vonatkozik, a rendelet címében is szereplő hatékony és minőségi gyógyszerfelírást mindezek alapján nem ítélték meg. Másfelől nem helyénvaló, ha az orvos teljesítményét csak a gyógyszerfelírási szokásai alapján értékeljük, hiszen a munkájának csak az egyik része a gyógyszerrendelés, a rendszer mégis a teljes tevékenységére adott büdtségéből von el, ha a gyógyszerfelírási mutató értéke nem megfelelő.

Az orvosoknak adott mennyiségi tájékoztatáson kívül nem tartalmaz a

rendszer további visszacsatolást. Nem derül ki például, hogy a befizetett büntetést milyen célra használja fel az Egészségbiztosítási Alap.

Összegzés

Egyetérthetünk azzal, hogy a terápiás szokások racionalizálására, a háziorvosok „kapuőr” szerepének megerősítésére, a betegutak hatékony megszervezésére szükség van, a rendszerszintű beavatkozások indokoltak a gyógyszer-finanszírozási értéklánc mentén. Az uniós tapasztalatok az átlagostól eltérő esetek szakmai alapon történő kezelésére, az indokolatlanul túlzó felhasználás pénzügyi büntetésére bátorítanak. A személyre szabott büdzsék be nem tartása inkább csak a vizsgált mennyiségi indikátorok képzése során jelenik meg (Egyesült Királyság, Németország), és gyakorta kiegészül egyéb minőségi indikátorok figyelem-

bevételével (Franciaország, Írország, Spanyolország).

A gazdasági keretek tisztán mennyiségi betartatása Németországban sem érte el célját, az Egyesült Királyság pedig a megtakarítások egy részének szabad felhasználóságára, és nem a finanszírozás megvonására mutat példát. Sem külföldi, sem hazai tapasztalatok nem támogatják, hogy az orvosok egyéni minősítését előnyben részesítsük a csoportos, területi vagy praxis-közösségekre vetített mutatókkal szemben.

Mivel a készítmények ára és támogatási szintje tekintetében tekintélyes különbségek lehetnek az egyes orvosi szakterületek között, érdemes lenne az egyes szakterületeket szétválasztani, a gyógyszerfelírásra vonatkozó mutatókat külön-külön meghatározni, és finanszírozási szempontból homogén csoportokat kialakítani. Ha tehát a szabályozó ragaszkodik a jelenlegi átlag-

alapú rendszerhez, akkor ésszerűbb lenne, ha legalább az átlagképzésben különbséget tennének a szakorvosok és a háziorvosi praxisok között.

A rendelet alapján jelenleg bevezetni tervezett rendszeren túllépve, a minőségi gyógyszerrendelés szempontjából elengedhetetlen a részletes szakmai protokollok kidolgozása és ezek alapján a gyógyszerrendelés szakmai indokoltságának kontrollálása. A mennyiségi indikátorok csak másodlagos szerepet kapva biztosíthatnák a minőségi kritériumok teljesülését.

A szabályozás minőségi hatásai feltehetően hosszabb távon érvényesülnek, ezért felesleges kockázatot jelenthet a program számára a mennyiségi szabályozás rövid távú előnyeire való összpontosítás. Ennek ellenére az intézkedés rámutatott a hazai szabályozás jelenlegi hiányosságaira és az egészségügy átszervezése mellett várható új kihívások összetettségére.