

Komplex módszertan a kórházi gyógyszerfelhasználás szakmai-finanszírozói-kontrolling monitorizálására, ellenőrzésére

Dr. Mike László, Dr. Kőrösiné Dr. Kóhegyi Andrea, HungaroCare Kft.
Dr. Csiba Gábor, BAZ Megyei Kórház

Kulcskérdés, hogy a jelenlegi kórházi gyógyszerellátás területe is transzparens, átlátható legyen. Szakmai és finanszírozási szempontból olyan módszertant alakítottunk ki, majd vezettünk be a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei és Egyetemi Oktató Kórházban, mely maximálisan alkalmas a kórházi gyógyszerfelhasználás horizontális és vertikális leképezésére, nyomon követésére. Rendszerünk alkalmazásával a valós, tényleges kórházi gyógyszerfelhasználás minden eleme maradéktalanul bemutatható a finanszírozó részére.

It's a key issue in the present complex hospital context for the pharmacy area to be transparent and visible. We developed and introduced such a system in Borsod-Abaúj-Zemplén County Hospital that is able from a point of view professional and financial to ensure the follow-up and transparency of hospital drug consumption horizontally and vertically, too. By using this system, all elements of the real hospital drug consumption will be availables for the National Health Insurance Found.

TÉMAFELVETÉS

Hazánkban a fekvőbeteg gyógyintézetek teljeskörű, tételes gyógyszerfelhasználása, azok korrekt monitorozása, szakmai és gazdasági szempontok szerint történő ellenőrzése és ellenőrzés alá vonhatósága komoly, halasztást nem tűrő megoldandó kérdésnek tekintendő mind a kórházak, mind az egészségbiztosító szempontjából. Míg a lakossági gyógyszerellátásban résztvevő közforgalmú-, kézi, fiók- és az intézeti gyógyszertárak vényforgalmat lebonyolító részlegeiben a társadalombiztosítási támogatással kiváltott gyógyszerekről pontos adatok állnak a finanszírozó rendelkezésére – rendszeres időközönkénti tételes TB jelentés egységes OEP rekordkép alapján, majd BÉVER rendszeren történő ellenőrzés –, addig a fekvőbeteg gyógyintézetek gyógyszer felhasználási adatai csak tájékoztató statisztikai jellegűek, adminisztratív célúak. A fekvőbeteg gyógyintézetek tételes gyógyszerfelhasználásának adminisztrálását, a gyógyszerköltségek pontos monitorozását, azonnali szakmai és gazdasági kontroll alá helyezését az alábbi érvek is alátámasztják:

- A kórházi gyógyszerköltség évről-évre növekvő tendenciát mutat, volumene 2004-ben 55 milliárd Ft-ot tett ki, a 2010. esztendőben becsült értékek alapján már megközelítette 75-80 milliárd Ft-ot.

- A kórházi szakellátásban részesült betegek zárójelentésébe foglalt gyógyszerelések hónapokra, évekre döntő mértékben meghatározzák és befolyásolják a gyógyszereszedési szokásokat, így hónapokra, évekre meghatározzák a gyógyszerekre fordítandó társadalombiztosítási támogatások volumenét, mértékét.
- A kórházi gyógyszerellátásban aktív szerepet vállaló gyógyszergyárak, promóciós tevékenységük révén egyrészt marketing-centrummá alakítják a fekvőbeteg intézményeket (adományok, rabattok, orvosi minták adása), – könnyítve a kórházak aktuálisan nehéz gazdasági helyzetén –, másrészt pontosan e tevékenységük is nagyban eredményezi, hogy készítményeik „biztos piacra” leljenek a társadalombiztosítási támogatottságot élvező gyógyszerek körében.
- A hazai kórházi téves gyógyszerelésekről, azok egészségügyi és gazdasági következményeiről nagyon kevés adat áll rendelkezésre, de a napvilágra került adatok ijesztőek, azonnali komplex megoldást kívánnak.

AKTUÁLIS HAZAI KÖRKÉP A GYÓGYINTÉZETI GYÓGYSZERFELHASZNÁLÁS TERÜLETÉN

A jelenlegi státuszt több szempontból is meg kell vizsgálni, úgymint aktuálisan működő statisztikai elszámolás, a HBCs normatív gyógyszerköltség tartalmának indokoltsága és „megfelelősége”, a gyártói adományozás, a finanszírozó mint vásárló, valamint gyógyszerész szakmai, gyógyszerbiztonságossági szempontjából.

- A gyógyintézetek által készített havi TB jelentés az intézményi gyógyszerfelhasználást mind finanszírozott költséghely szerinti bontásban, mind intézményi összesítésben tartalmazza. A felhasznált készítmények nem tételes bontásban jelennek meg, csak a TB által meghatározott csoportba sorolva, csoportonként, összességében. A jelentésből így nem lehet következtetni a gyógyszerfelhasználások indokoltságára, mértékére, azok jogosságára sem a beteg, sem pedig a finanszírozott betegség szempontjából. Tekintettel arra, hogy a havi TB jelentések ezen adattartalmi az intézeti gyógyszertárak készletnyilvántartó rendszereiből származnak, így ezek az értékek tulajdonképpen nem a tényleges gyógyszer felhasználási értékek, hanem az intézeti gyógyszertárakból a kórház részére kiadott összértéknek tekinthetők. A finanszírozó tehát a jelenlegi rendszerben az intézeti gyógyszertárból kiadott készítményeket már tényleges felhasználásként kezeli, mely önmagában igen nagy-

mértékű torzulást eredményez a tényleges gyógyintézeti gyógyszerfelhasználás meghatározásában. Természetesen itt kivételt képeznek a tételes elszámolásba vont gyógyszerek.

- Jelentős eltérés mutatkozik, amikor a tényleges kórházi gyógyszerfelhasználások értékeit összevetik az elszámolt HBCs-k normatíva szerint meghatározott gyógyszerköltségeivel. A kapott eltérések – akár a normatíva szerintihez képest alul- vagy túlfelhasználó esetéről van szó – nem jelentik azt, hogy a jelenleg működő rendszer helytelen költségelemzési módszerrel állapítaná meg a HBCs súlyszámokat, illetve azoknak a gyógyszerköltségekre vonatkozó részeit, de azt mindenképpen igen, hogy helytelen, nem valid, nem tételes gyógyszer felhasználási adatok birtokában a kapott végeredmény sem lehet helyes. Jelenleg a HBCs gyógyszerköltség tartalmának meghatározása – így a korrekt HBCs finanszírozás is – pontos, egzakt módon ellenőrizhető, transzparens, betegszinten regisztrált, tételes gyógyszernyilvántartás nélküli, csupán valorizált értékeken alapul.
- A gyógyszerellátási szektorban a gyártók promóciója, a kórházakat marketing centrummá alakító tevékenysége döntő befolyással bír, így e rendszerbe beáramlott gyógyszerek tételes, betegszintű követésének e szempontból is elengedhetetlennek kell lennie. Tény, hogy a kórházak részére átadott adományokat, rabattokat, mintákat aktuális nagykereskedelmi áron is nyilván kell tartani, de ez a nyilvántartási rendszer nem befolyásolja e gyógyszerek ágazatra kifejtett komplex hatását. Tény, hogy a hazai gyógyszer-adományozási gyakorlat egyrészt megkönnyíti a kórházak és a finanszírozó gazdasági helyzetét, ugyanakkor az adományokra beállított betegek évekre meghatározzák a járóbeteg ellátás keretében megjelenő társadalombiztosítási gyógyszerár támogatás szerkezetét, nagyságát, nem beszélve arról, hogy kiszámíthatatlanná teszi a kórházi gyakorlatot (azt kap a beteg, ami éppen van adományból). Az Állami Számvevőszék 2007. évi megállapításai ma is aktuálisak [1], tehát maga a „gyógyszerbevetési-spirál” úgy működik, hogy annak kezdő láncszeme – a gyógyintézeti gyógyszerfelhasználás – hatékony Finanszírozói monitoring, kontrolling nélkül befolyásolja a gyógyszerkassza alakulását.
- A Finanszírozó a gyógyintézetekben felhasznált gyógyszerek egyetlen és kizárólagos vásárlója – egyáltalán nem gyakorolja a klasszikus, e területen a jelenlegi helyzetben mindenképpen szükségszerű vásárlói magatartásokat. Szükség lenne hatékonyabb, racionalizáltabb, megfizethetőbb kórházi gyógyszerlista összeállítására, mely részben további egészséges versenyt eredményezne a gyógyszerárak területén, részben pedig kiszámíthatóbbá tenné nemcsak a fekvőbeteg ellátás gyógyszer finanszírozási részét, hanem mérséklő hatást fejtené ki a lakossági gyógyszerkiadások társadalombiztosítási mértékére is. E kedvező mechanizmus nem indul be mindaddig, amíg a finanszírozó nem látja tisztán, hogy

melyik gyógyintézetben, melyik beteget, milyen betegséggel, milyen gyógyszerrel, mekkora költséggel kezeltek. Csak ezen adatok birtokában – meghatározott adatjelentési struktúrával – adódhat esély arra, hogy a finanszírozó tiszta képet kapjon, hogy mely készítmények azok, amelyek alapvetően fontosak a kezelésekhöz, melyek azok, amelyek relatíve luxusnak számítanak, és melyek azok, amelyek a marketing tevékenységek révén pazarlóan fogyasztják a gyógyszerkasszát. A finanszírozó, mint tudatos „vásárló” nem rendelkezik megfelelő háttér információval, így alapvetően kiszolgáltatott pozícióban van.

- Fekvőbeteg intézményeinkben általános gyakorlat a nővéri gyógyszerosztás, legfőképp azon formája, amikor arra az éjszakai órákban kerül sor. Az első hazai felmérés csak 2011-ben készült [2.], melynek publikált eredményei katasztrofálisnak mondhatóak. Nemzetközi irodalom több is rendelkezésre áll, mely mind azt a tényt támasztja alá, hogy gyógyszerész szakmai, gyógyszerbiztonságossági szempontból egyedüli helyes út a kórházi gyógyszerelések gyógyszerész kontroll alá helyezése, a betegszintű gyógyszerosztás, és annak tételes, elektronikus nyilvántartásának bevezetése, alkalmazása. A jelenlegi hazai kórházi gyógyszerosztási gyakorlat túlnyomó többségében nem tud érvényesülni a gyógyszerész felügyelet, a gyógyszerész szakmai kontroll.

Összegzésképpen elmondható, hogy a kórházi gyógyszerfelhasználás területén megfelelő monitoring, kontrolling rendszer hiányában a finanszírozó kiszolgáltatott vásárlói pozícióban van, az adományozási gyakorlat finanszírozási vonzata nem mérhető, továbbá nincs releváns input adat a HBCs győgszertartalmának aktualizálására.

CÉLKITŰZÉSÜNK

Dolgozzunk ki és vezessünk be egy olyan gyógyszerellátási és monitoring-kontrolling módszertant és mindennapi gyakorlatot, mely lehetővé teszi, hogy a finanszírozó hatékonyan tudja ellenőrizni a gyógyintézetekben ápolott betegek valamennyi gyógyszerelését, a felhasznált gyógyszerek forrásait, alkalmazásuk indokoltságát, a gyógyszerekhez társuló későbbi (járóbeteg ellátási) társadalombiztosítási kifizetések, térítések jogosságát, valamint létrejöjjen egy olyan adatbázis, mely alkalmas a HBCs normatív gyógyszerköltség arányának és tartalmának korrekt meghatározására.

Ehhez egy olyan rendszert kellett kialakítanunk, melyben az intézeti gyógyszerárak a finanszírozó felé rendszeres adatjelentési kötelezettségnek tudnak eleget tenni, meghatározásra kerülnek az adatjelentések pontos tartalmi elemei, az adatjelentések technikai kivitelezései, a monitoring rendszerben résztvevő szereplők (intézeti gyógyszerészek, osztályos gyógyszerfelelős orvosok, nővérek) feladatai és kötelezettségei, ugyanakkor illeszkedik a jelenlegi OEP rekordkép szerkezetéhez, továbbá az alkalmazott vényellenőrzési (BÉVER) gyakorlathoz.

MÓDSZERÜNK

Korábbi publikációnkban [3], részletesen beszámoltunk az automatizált unit dose gyógyszerelosztási rendszerünk kialakításáról a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei és Egyetemi Oktató Kórházban. Részletesen ismertetésre került PillPick® rendszerünk valamennyi megvalósítási lépése, rendszereleme, továbbá annak komplex működése.

Az ismertetett rendszerünk egyik sarokköve a betegszintű, tételes, elektronikus, gyógyszer adminisztráció. A fekvőbeteg gyógyintézetben, azok valamennyi költséghelyén, az automatizált unit gyógyszerelosztási rendszerrel párhuzamosan, fokozatosan bevezetjük az elektronikus, betegszintű, tételesen regisztrált, gyógyszer-nyilvántartási rendszert (továbbiakban: EGYR). A rendszer bevezetésében és annak mindennapi alkalmazásában kulcsfontosságú, hogy mind az ápoló nővérek, gyógyszerosztó nővérek, mind a gyógyszerértékesítők, gyógyszerészek és orvosok napi szinten integrálódnak. A rendszer kialakítása és hosszú távú működtetése lehetővé teszi számunkra, hogy:

- a rendszerbe illesztett költséghelyek (fekvőbeteg osztályok, járó beteg részlegek) elektronikus formában készítsék el gyógyszer-, vegyszer-, infúzió- és egyéb anyagrendeléseiket a gyógyszerértékesítő felé,
- az osztályos raktárkészlet nyilvántartás pontos, naprakész legyen mind mennyiségben, mind értékben,
- az osztályokon ápolott, kezelt betegek gyógyszerei tételesen, naprakészen, elektronikusan nyilván legyenek tartva,
- az osztályos, betegszintű gyógyszerfelhasználásokról a finanszírozó számára kontrollálható formátumú, adattartalmú jelentések készüljenek.

A rendszer optimális működtetéséhez, a hatékony monitoring-kontroll megvalósításához olyan osztályos gyógyszer-gazdálkodási, gyógyszer-nyilvántartási szoftvert alkalmazunk, melyekben az alábbi adatok betegszinten kerülnek rögzítésre:

- **beteg adatai, úgymint:**
 - név, születési dátum, anyja neve
 - beteg kórházi törzsszáma (részszámmal együtt)
 - TAJ (EU állampolgár biztosítási száma)
 - elhelyezés (osztálykód, részlegkód, finanszírozott költséghely-kód)
 - felvétel időpontja, távozás időpontja, intézményen belüli mozgása
- a beteg gyógykezelésére fordított gyógyszereinek tételes rögzítése, úgymint a:
 - gyógyszer neve (TTT-kód mögöttes tartalommal)
 - gyógyszerelő kórházi orvos (orvosi pecsétszám mögöttes tartalommal)
 - a gyógyszer alkalmazott dózisának, a dózisok szelektív gyakoriságának meghatározása (az alkalmazott gyógyszer mennyiség TB elszámolási egységben, illetve adagolási egységben meghatározva)

- gyógyszer-BNO kód kapcsolat meghatározása.

Az osztályokon történő betegszintű gyógyszerelési nyilvántartások alapján az intézeti gyógyszerértékesítőknek így rendelkezésre áll, egy költséghely bontású tételes, betegszinten regisztrált gyógyszernyilvántartás a következő (nem teljes körűen felsorolt) adattartalommal:

- TB kód (a kórház és a költséghely TB kódja)
- gyógyszerelő kórházi orvos
- kórházi törzsszám
- TTT-kód
- TB csoport (a gyógyszer TB csoportja)
- gyógyszerelt mennyiség (gyógyszer mennyiség)
- ár (nagykereskedelmi ár, beszerzési ár)
- ÁFA-tartalom
- betegazonosító adatsor (magyar beteg esetében a 9 jegyű TAJ, külföldi beteg esetében a biztosítás azonosítási száma, kórházi törzsszám)
- BNO kód
- gyógyszerelt időszak.

Az intézeti gyógyszerértékesítő által elkészített, tételes, havi, betegszintű gyógyszerfelhasználást tartalmazó jelentés, a fentebb részletezett adattartalommal, akár TXT állományban alkalmas arra, hogy a már meglévő és működő BÉVER vényellenőrző rendszer (esetleges némi kórházi aktualizálása) által feldolgozható legyen.

RENDSZERÜNK ELŐNYEI

A fentiekben ismertetett, automatizált PillPick® unit dose rendszerünk és annak alapeleme, a betegszintű, tételes gyógyszer nyilvántartási rendszer eddig soha nem látott és soha ki nem alakított „tudásbázist” teremt a hazai kórházi gyógyszerellátási szektorban. E „tudásbázis” mind a kórházat, mind a finanszírozót szolgálja.

Törzsadatok nyilvántartása tekintetében naprakészen kezeli az egészségügyi szolgáltatót, annak struktúráját, szerkezetét, orvos törzsét, gyógyszer állományát. A felhasznált és alkalmazott gyógyszerek tekintetében pedig azok mennyiségét, árát, BNO csoportonkénti alkalmazásukat, betegre tételesen lebontva. Tehát végre sikerült megvalósítani, a tényleges gyógyszerfelhasználás mérését, ami alapul szolgálhat a HBCs valós, indokolt és megalapozott gyógyszerköltség tartalmának meghatározására, mérésére és a szükséges esetleges korrekciók elvégzésére.

ÖSSZEGRÖZÉS

A fentiekben vázolt szakmai-monitoring-kontrolling automatizált unit dose rendszer elterjedésével, a betegszinten, elektronikusan regisztrált, gyógyszer nyilvántartási rendszerre (EGYR) alapozva létrejöhözhet egy teljes, országos lefedettségű, gyógyintézeti gyógyszer felhasználási kont-

roll rendszer. E monitoring rendszer működtetésével lehetőség nyílik arra, hogy kiszűrhetővé váljanak az indokolatlan gyógyintézeti gyógyszerkiadások, áttekinthetővé váljon nemzetgazdasági szinten a teljes fekvőbeteg gyógyintézeti gyógyszer felhasználás, megerősödjön a finanszírozó vásárlói szerepe és kiszűrhetővé váljanak az esetleges „kettős finanszírozások”.

E rendszer kialakításához és annak hatékony működéséhez azonban csak az intézeti gyógyszerárak, és az intézeti gyógyszerészek a stratégiai partnerek.

A takarékosabb, költséghatékonyabb gyógyintézeti gyógyszerfelhasználás megvalósításához nemcsak a felváltott monitoring-kontroll rendszer kiépítése és annak alkalmazása elengedhetetlen, hanem erre alapozva a kórházi gyógyszerelést gazdasági és szakmai szempontokból értékelő indikátor paraméter rendszert is ki lehet immár dolgozni. Végül, de nem utolsósorban módszerünkkel megteremtjük azt a szilárd alapot, melynek köszönhetően a kórházi gyógyszerelés teljes vertikuma szigorú gyógyszerész szakmai kontroll alá kerül.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Állami Számvevőszék: Jelentés az állami és önkormányzati kórházak gyógyszergazdálkodásának ellenőrzéséről 2007. május

[2] Lám Judit dr, Rózsa Erzsébet, Kis Szölgvényi Mónika dr, Belicza Éva dr: Kórházi osztályok gyógyszerosztással összefüggő gyógyszerelési hibáinak közvetlen megfigyelése Orvosi Hetilap 152. évfolyam, 35. szám, 1391-1398

[3] Dr. Kőrösiné Dr. Kőhegyi Andrea, Dr. Mike László, Dr. Csiba Gábor: Automatizált unit dose gyógyszerelosztási rendszer kialakítása a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei és Egyetemi Oktató Kórházban IME – az egészségügyi vezetők szaklapja X. évfolyam 8. szám 2011 október, 33. oldal

Dr. Mike László, Dr. Kőrösiné Dr. Kőhegyi Andrea valamint Dr. Csiba Gábor bemutatása lapunk X. évfolyamának 8. számában olvasható.

NEFMI összefogás a médiumokkal AIDS ELLENI VILÁGNAP – december 1.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága - az egy évvel ezelőtti AIDS ellenes világnapon indított népegészségügyi kampány után – idén a vezető televíziók (az MTV, a Duna TV, a Tv2, az RTL Klub) és a két legnagyobb internetes portál (az Origo és az Index) együttműködésével kívánta felhívni a figyelmet az AIDS elleni küzdelem fontosságára. Ennek köszönhetően december 1-jén az AIDS Elleni Világnapon az televíziók műsorvezetői a világnap szimbólumát, a piros szalagot viselték, a hír-, és magazinműsorok, továbbá az internetes portálok pedig több tematikával is részt vettek a figyelemfelhívásban.

Az AIDS a 10 leggyakoribb halálok egyike a világon. Ma körülbelül 33,3 millió ember HIV fertőzött és számuk naponta több mint 7000-rel növekszik. Az **AIDS betegek** 40%-a 30-39 éves korcsoportba, 23%-a a 40-49 éves korcsoportba tartozik.

Magyarországon becslések szerint 3000 főre tehető azon személyek száma, akik együtt élnek a HIV vírussal, egyharmaduk pedig nem is tud a fertőzés tényéről. Hazánkban 1985 és 2011 harmadik negyedéve között összesen 2075 HIV-fertőzött személyt regisztráltak. 1986 – 2011 harmadik negyedéve között 648 személy betegedett meg, és 324 fő halt meg AIDS-ben.

A Nemzeti Erőforrás Minisztériumban készül a 2011-2015 közötti időszakra vonatkozó **II. Nemzeti AIDS Stratégia**, amelynek **legfőbb célja, hogy 2015-re legalább negyedével csökkenjen a szexuális úton szerzett új HIV-fertőzések száma, valamint minimum 20- 25%-kal mérséklődjön az AIDS-megbetegedések és halálozások aránya.**

Az egészségügyi kormányzat a leginkább érintett, ártatlanul védtelen fiatal korosztály nevében is köszöni a média önkéntes szerepvállalását!