

Bevezető, köszöntő:

Köszöntöm résztvevőinket a Magyar Gyógyszerész Kamara szervezésében most megrendezésre kerülő konferencián, amelynek címe: „Informatikai kihívások és lehetőségek az egészségügyben”.

Engedjenek meg néhány gondolatot. Részben azért, mert minden évben, amikor a HUNGAROMED megkeresi a Magyar Gyógyszerész Kamarát és a Magyar Gyógyszerésztudományi Társaságot is, hogy rendezvényt szervez, és ebben lehetőséget biztosít a gyógyszerésztársadalomnak valamilyen téma kibontakoztatására, akkor örökké problémánk van, hogy mi legyen az. A másik oldalról viszont az informatika az, én úgy érzem, sosincs megfelelően kezelve. Sokkal fontosabb lenne sokkal gyakrabban összeülni azoknak az érdeklődőknek és azoknak a szakembereknek, akik az informatika jelenével és jövőjével foglalkoznak. Mondom ezt azért is, mert Hajdúszoboszlón a Kamara áprilisi rendezvényén dr. Király Gyula OEP főigazgató-helyettesnek az OEP fejlesztési elképzeléseiről tartott előadása után meglehetősen nagy vihar kerekedett. Elég éles hangú szócsata volt a hallgatóság, illetve a főigazgató-helyettes között, és amikor azt a rendezvényt befejeztük, akkor is megfogalmazódott bennünk az a gondolat, hogy mindahhoz az elképzeléshez, amely az OEP, illetve a gyógyszerterek, rendszergazdák és az egész vertikum vonatkozásában fontosak, sokkal több megbeszélésre és információ-átadásra van szükség. Két héttel ezelőtt alkalmam volt az Europharm fórum dániai közgyűlésén részt venni, ahol egy teljesen más terület informatikai vonatkozásait sikerült közelebbről megismernünk. Nevezetesen a gyógyszerészi gondozással kapcsolatos informatikai feladatokat, illetve azt, hogy európai szinten a WHO Gyógyszerügyi Csoportja, az Europharm hogyan kezeli egy web board elnevezésű site-on keresztül azokat a virtuális munkacsoport-kapcsolatokat, amelyek révén öt tématerületen: az OTC és öngyógyszerezés, a mentálhigiéné, a rák, a fájdalomcsillapítás és a gyógyszerészek és egészségellenőrzés területen európai szintű beszélgetéseket folytatnak. Ugyanakkor azt is el lehet mondani, hogy egy európai szintű rendezvényen, például az Expo Pharm-on, amely nemrégiben Münchenben volt, a több mint 400 kiállítónak egyharmada valamilyen szinten informatikai rendszergazdai jelentőséggel és szereppel bírt.

Hazai vizeken mit lehet mondani? A Magyar Gyógyszerész Kamara illetékesei és az OEP szinte heti gyakorisággal találkoznak, és folyamatosan tárgyalnak arról, hogy azokat az igényeket, amelyeket az OEP időről időre támaszt, hogyan lehet kielégíteni. Az OEP-nek állandóan igényei vannak, ezek az igények havi ötletszerűséggel szoktak előjönni. Ilyen például most a TAJ-ellenőrzés és jogosultságellenőrzés kialakítása. Ez, tudjuk, kétoldalú kommunikációt igényel az OEP és a gyógyszerter között. Az elektronikus vény: hol előkerül, hol kicsit „spájzba” rakják, most megint előkerült. Az online TAJ-ellenőrzés bevezetésével kapcsolatos cserelehetőség, amit az OEP felajánl, az online elszámolás lehetősége. Ez a világ legjobb dolga lenne – mondjuk - este elszámolom az OEP felé a napi forgalmamat, a vényeimet, és másnap vagy legkésőbb harmadnap a bankomban ott lenne a pénz. Ki nem szeretné ezeket? Tehát együttműködési hajlandóság a gyógyszerészek részéről mindig van, de ugyanakkor a problémákat is mindig jeleznünk kell. Mik ezek a problémák? A problémák egyik része azzal kapcsolatos, hogy mi úgy érezzük: az OEP-nek nincs egy határozott hosszú távú olyan stratégiája, olyan koncepciója, amely mentén ténylegesen építeni lehetne a jövőt. Havonta változó ötletparádét pedig meglehetősen nehezen kezel mind a Rendszergazdák Szövetsége, mind a Magyar Gyógyszerész Kamara. Probléma az, hogy jelenleg felméréseink szerint körülbelül 500 gyógyszerter felkészületlen olyan informatikai újdonságok befogadására, amelyek ezeket az igényeket kielégítenék. Problémának tartjuk, hogy a gyógyszerészek nem

informatikusok, nem adatrögzítő emberek, akiknek az lenne a céljuk, hogy a tára mellett állva pötyögtessenek perceként adatokat ahelyett, hogy tényleges egészségügyi feladataiknak tennének eleget.

Tehát rengeteg olyan gond van, amelyet kezelni kell. Gondok közé tartozik szerintünk az is, hogy a rögzítés egyszerűsítése sem megoldott jelen pillanatban. Nagyon sok hibalehetőséget tartalmaz mindaz, ami ráadásul most január 1-jétől új rögzítési követelményként életbe lép. Meggyőződésünk, hogy ezekkel a rögzítéstechnikákkal még több olyan gond lesz, amelyet utána a gyógyszerár és az OEP nem tud megfelelően kezelni, illetve a gyógyszerár részére ezek a vények nem kerülnek elszámolásra. A rendszergazdák folyamatosan kielégítik az OEP igényeit, és az OEP elvárásainak mindig megpróbálnak maximálisan megfelelni. Elmondhatjuk – és ezt nem én mondom először, ez elhangzott egy korábbi rendezvényen tavaly a Congressus Pharcus Hungaricus-on –, hogy a gyógyszerészek egyre inkább informatikusok, és az informatikusok egyre inkább gyógyszerészekké válnak. Ebből a gondolatból talán azt lehetne kivenni, hogy meg fogjuk tudni találni minél hamarabb azt a megoldást, amely ebben a témakörben a jövőképünket is úgy alakítja, ahogy a gyógyszerészek és az informatikusok szeretnék.

Egy ilyen rendezvénynek célja az, hogy az érdeklődőknek mindig újabb és újabb vagy más és más megvilágításba helyezett információkat adjon. Ennek a rendezvénynek célja az is, hogy amennyiben ennek a lehetőségeit a Kamara forrásoldalról biztosítja, akkor egy kisebb kiadvány készüljön arról, ami itt elhangzik, illetve a Gyógyszerészeti Hírlapban ez leközlésre is kerül.

És most e bevezető után engedjék meg, hogy átadjam a szót felkért moderátorunknak, Offenbachné dr. Sólyi Ilonának.

Offenbachné dr. Sólyi Ilona: Köszönöm szépen, és tisztelettel felkérem dr. Bótz Lajos urat, szíveskedjék megtartani előadását.

Informatikai kihívások és lehetőségek a gyógyszerellátásban

Dr. Bótz Lajos

Tisztelt elnök asszony! Tisztelt alelnök úr! Köszönöm a bevezetőt. Minden előadásnak valamilyen szinten illik kapcsolódnia ahhoz, amit az előtte szólók felvetnek. Azt mondtad, hogy az OEP-nek nincs koncepciója, én ezt alapvetően nem érzem olyan nagy bajnak. Annál nagyobb baj, hogy a hazai egészségügynek nincs koncepciója, s ennek megfelelően ehhez az OEP-nek sincs. Mi ennek az alapvető oka, és miről szeretnék én ma beszélni a rendelkezésre álló időben? Ennek az alapvető oka, hogy bár tudjuk, hogy baj van, de hogy mekkora, és hogy miért is van az egészségügyben ilyen baj, azt igazán nem értelmezzük, vagy talán nem úgy értelmezzük, ahogy kellene. Ennek megfelelően nem jutunk el az informatika kapcsán odáig, hogy az egészségügy egyik újraintegráló lehetősége az az informatikában van. Ezt mi magunknak is így fogalmaztuk meg egy egészségügyi centrum esetében, hogy nagyon sok olyan belső működési folyamatot lehet az informatika kapcsán átgondolni és megújítani, amit egyébként tudunk, hogy kellene, de talán másképp sosem fognánk bele. Úgyhogy előadásom egyik kiemelt mondandója az, amit az idevágó szakirodalomban nagyon sok helyen (nemcsak olyan problémákkal küszködő egészségügyi rendszerekben, mint a miénk, hanem másutt is) hangsúlyoznak: az egészségügy újjászervezése az informatikán keresztül. Nem maguk az informatikai eszközök jelentik ebben az egyedüli lehetőséget, hanem nyilván az ehhez kapcsolódó újraszervezés és átgondolás, ami az informatikához kapcsolódik. Biztos vagyok benne, hogy konferenciánkon nagyon sok minden fog szólni a napi problémákról és gondokról. Az én előadásom megpróbálja egy kicsit a napi problémáinkból föltekintve, előretekintve értelmezni azt, hogy az informatika kapcsán mit kell újragondolni. Hozok konkrét példákat is,

akár a gyógyszerészi gondozás kapcsán. A gyógyszerészi gondozás hatékonyan szintén nem fog tudni működni az informatika nélkül, de nagyon sok más szakmai feladat sem fog tudni korszerű informatikai eszközök nélkül.

Amit eddig érintettem, az az egészségügy krízise. Valódi változásra van szükség. Ennek a valódi változásnak a hátterében jól ismert okok állnak. Tudjuk, hogy a költségek kezelhetetlen mértékben emelkednek gyakorlatilag minden egészségügyi rendszerben. A benne dolgozó szakembereknek, de a társadalomnak is, a finanszírozónak is és a kormánynak is egyértelmű elvárása – és sose felejtjük el – a betegnek is határozott elvárása, hogy számottevő minőségjavulás történjen az egészségügyi ellátásban. Magyarán: nőjön a hatékonyság; megelégedett, minőségi szolgáltatáshoz jutó fogyasztók legyenek, és ez igaz az ellátókra is. A valódi változás egyik motorja vagy lehetősége, ami kapcsán végiggondolhatjuk az egészségügy feladatait, az éppen az információs technológia.

Az információs technológia fejlődésében, mint mindannyian tudjuk, robbanás történt. Érdekes a Nokia előrejelzése arról, hogy a mobil szolgáltatásokon keresztül futó információk hogy fognak megváltozni az elkövetkező években. Eszerint minden szolgáltatás elérése mobil eszközökkel nagyon meredeken fog emelkedni. Annak ellenére azonban, hogy az egészségügy a leginkább információ-igényes, és információval telt rendszer, és az információk elemzéséből, összesítéséből származó legnagyobb hatékonyságnövekedés az egészségügyben lenne, mindenhol a világon azt mondják, hogy az informatikát a legkevésbé az egészségügyben használjuk.

Azt mondják, sok gyógyszerész van azon a véleményen, hogy az egészségügyi informatika további fejlődése és széleskörű elterjedése a gyógyszerészet végét, a hivatás halálát jelenti. Ugye minden, ami új, attól megijedünk, főleg ha úgy érezzük, hogy beleszól a napi munkafolyamatunkba. Érthető, hogy sok gyakorló kollégában van ilyen ijedelem, de ha valaki ezen a területen tájékozódik, akkor azt fogja látni, hogy az informatika tulajdonképpen olyan folyamatokat automatizál, és segíti a szakmai döntéseket is, ami megkönnyíti az ő munkáját. Kétségtelen, hogy ez bizony kihívást is jelent a szakembereknek. De azt hiszem, nem csak a gyógyszerészet az a szakterület, ahol egy megszerzett tudásanyaggal nem lehet egy életre szóló szakmai tevékenységet kifejtteni. Ezt tudom a figyelmébe ajánlani annak, aki bármi szakmai gondot lát abban, hogy az információtechnológia bármit el fog venni az ő szakterületétől vagy tevékenységétől. Sőt, azt mondanám, hogy üzleti lehetőségeit sem fogja csökkenteni, természetesen, ha felkészülten megy elébe ezeknek a folyamatoknak.

Tehát nézzük, mik a kihívások akkor az egészségügy előtt? Döntően, elképesztő módon megváltozott a kommunikáció.

Az információ nemcsak a szakembereknek, hanem a laikusoknak, a betegeknek is egyre nagyobb arányban, egyre könnyebben elérhető. Most a jó információkról beszélünk vagy a validált egészségügyi információkról, de erre föl kell készülni egy szakmának. Nyilvánvaló, nem jó, ha a beteg saját betegségében tájékozottabb, mint a vele szemben ülő szakember, de nagyon rövid idő alatt ez megtörténhet. Főleg, ha arra gondolunk, s ez egy nagy lehetőség - többek között - az informatikában, hogy a krónikus betegek az internetes fórumokon megosztják a tapasztalatokat egymással a gyógyszereikről, a napi életmódjukról, a táplálkozásukról. Tehát soha nem látott információösszegzés és tapasztalati anyag áll össze a betegek fejében, és ezzel fog szembesülni a szakember. Elszámolások, adózás, minden tekintetben, hogy elektronikus úton forgalmazunk és elszámolunk - azt hiszem, hogy ezek nem olyan távoli dolgok. Mindez olyan kihívás, amivel már ma tudatosan szembe kellene, hogy nézzen a szakma, és tudatos programokkal kellene rendelkeznie, hogy ezen a területen mit csinál.

Ugyanúgy az elektronikus kereskedelem is ezek közé tartozik; gyógyszerrendelés, vásárlás hálózatokon keresztül; telemedicina, telepharmacy; automatizáció; a gyógyszerészeti informatikai szolgálatok követése; betegkövetés, gondozás és egyéb.

Mit látunk még az egészségüggyel kapcsolatban? Tudjuk, hogy ez hihetetlenül sokszereplős, nagy a komplexitása, igen nagy információsűrűség jellemzi. Ennek ellenére hihetetlen alacsonyfokú egységesítettség jellemzi ezt az ellátórendszert, amelyben egymással kommunikál gyógyszertár, kórház, orvos, munkáltató, kormányzat, labor stb., még lehetne felsorolni nyilvánvalóan többet, és e kommunikáció, az adatforgalom 90%-a a mai napig még mindig papíralapú. Lesz ebben változás? Most egy nagyon sokirányú, gyakorlatilag mindenkitől mindenkihez tartó és jórészt mai napig hagyományos adatforgalmú kapcsolatról beszélhetünk. A jövő egyik lehetőségének az a lényege, hogy valahol rendelkezésre fog állni egy olyan adatforrás, amibe a többi betáplál és le is vesz adatokat, akkor, amikor neki szükséges, és ez igaz a gyógyszertárra is, nem kétséges. Az, hogy ez hogy valósul meg, hogy egy elektronikus beteg-record lesz egy központi adatbázisban, egy központi adattárolóban lesz egy életre szóló egészségügyi record által egyértelműen meghatározott vezérlő beteg-index, ez tulajdonképpen gyógyszerész-szakmai, kórházi és betegellátási szempontból szinte mindegy. Az a lényeg, hogy kommunikálnak a résztvevők ezekkel az adatokkal, és nemcsak adatlekérésre lesz lehetőség, hanem nagyon sok másra is. Egy központilag védett környezetben, viszont jól definiált eléréssel elérhető betegadatokra gondolok én. Igen fontos, hogy az egész beteggondozás, és így ennek megfelelően az adatok struktúrája is, elhelyezése, mibenléte a beteg, a család, az otthonápolás köré szerveződik és gyakorlatilag az egészségügy szereplői ezzel az adatbázissal kommunikálnak. Tehát nem kérdéses, hogy az intézményi, intézeti orientációjú betegadatoktól a betegközpontú orientáció felé tartunk.

Hogyan tudunk továbbmenni? Ma arról beszélünk, hogy a árkontroll és az egészségügyi elektronikus record a fejlődés hajtóereje. Különböző egészségügyi és gyógyszerellátási modelleket rendelünk ehhez. Az egyik az irányított betegellátási modell. Ennek az elsődleges szerepe az árkontroll és a megnövelt valamilyen hatékonyság készítése, alapvetően gazdasági készítés. A megosztott betegellátási modell a beteg, család, ellátás köré szerveződő adatközpontúság és az egészségügyi ellátóhelyeknek ehhez való definiált hozzáférése révén egy betegközpontú betegellátás, amelynek informatikai kiágazása egy korszerű elektronikus beteg-record mentén, annak elhelyezésével és egészségügyi informatikai rendszerében tud működni. Tehát, ami felé tarthatunk, az valami ilyen. Természetesen nem vonhatjuk ki az informatikát az általános egészségügyi célokból és betegellátási célokból. És ehhez természetesen egy jól definiált beteg-recordra épülő rendszer kell, tehát ma a fejlődésnek az iránya teljesen egyértelműen ez.

A cél nyilvánvaló: az egészségügy, az egészségügyi ellátás megjavítása; közeledés a beteghez. Át kell gondolni, hogy a betegekkel hogy kommunikál, hogy vonja be az egészségügyi ellátásba az úgynevezett tradicionális európai orvoslás – minőség, nemzeti standardok és felügyelet. Jó partnerkapcsolat és együttműködés kell minden egészségügyi szereplő között. Ma rossz az együttműködés, a partnerkapcsolat az egészségügyben vagy annak dolgozó informatikai cégekkel is, nincsenek jól értelmezve a célok, és így nem tudják kellően orientálni sem ezeket az együttműködések és partnerkapcsolatokat. Fontos az automatizáció; amit lehet automatizálni kell a gyógyszerészetben is, nincs ennél olcsóbb és megbízhatóbb, és fölszabadítja az értelmes tevékenységre a szakembereket; integráció és átalakítása; személyzet felkészítése, felszerelése; reform, átszervezés. Tehát nem kétséges, hogy az egészségügyi reform az informatika nélkül, sőt ennek motorja éppen az informatika. A

minőség érdekében nyilvánvalóan vállalni kell a több kontrollt. A kórházi rendszerben, én látom közelről, az egyik legnagyobb az ellenállás. Maradjon csak minden kinyomozhatatlanul, hogy pontosan és kivel mikor, mi, hogyan történt, milyen gyógyszereket kapott, miért azt kapta, mért nem kapta, volt-e probléma, mit kevertünk össze stb., stb. Optimalizált ellátási utakat, új logisztikai utakat kell felépíteni, ez már kőkeményen érinti egyébként a gyógyszerészetet is, de szerintem a többi is. Informált, képzett beteg fogyasztók - ha ezt elfogadjuk, és erre van igény, ki kell elégtetni.

Szükséges a ráfordítások mérhetősége minden tekintetben, s a gyógyszerészi szolgáltatások tekintetében is. A 80-as évek végén indult egy modell Ausztráliában, ahol megállapították, hogy nagy az árrés, sok a gyógyszerár. Azóta 3–4 évente van egy állam és a gyógyszerészek közötti megállapodás, nagyon szép eredményekkel, mérhetővé tett ráfordításokkal, és ez egyáltalán nem jelentette a klasszikus gyógyszerári ellátás halálát, sőt elérte nagyon hatékony megújulását.

Mit tudunk megoldani a korszerű egészségügyi informatikával? Az egész rendszer átalakítását, transzformálását; a kulcsfolyamatokat tudjuk átalakítani; teljesítmény tekintetében növekedés; költség- és árcsökkenés; versenyelőnyöket tudnak élvezni azok, akik ebbe belépnek. Egy olyan területen, ahol minden adat szerint a legkevésbé integrált iparágról, ellátórendszeréről van szó, a vevők, betegek, szállítók hatékonyabb integrálása érhető el; a szolgáltatás jobb, gyorsabb lesz; új felhasználókat is tudunk szerezni jobb felhasználói ismeretekkel, és előnyös, nyílt versenyt motiválni.

Az egészségügyi és gyógyszerári információk hierarchiájában az első szint a tranzakciók feldolgozása, a gyógyszerek bevételezése stb. Második szint menedzsment típusú alkalmazásokat, információkat, trendeket, beszállítói árelemzéseket stb. tartalmaz. A harmadik szint, amikor az információ ezeken alapulva már szakmai döntést is támogat; a gyógyszer-alkalmazási összefoglalók megjelenítésével, gyorsan, szinte a másodperc tört része alatt jutunk ahhoz az információhoz, amihez éppen abban az aktuális problémában szükségünk van, például a gyógyszer-kölcsönhatások elemzése. A negyedik szint, amikor már progresszív információ-alkalmazások, szakértői rendszerek vannak például a gyógyszerválasztás helyességére vonatkozóan. Ily módon tehát már több patika-rendszerek tudnak együttműködni, és az informatika révén hálózaton alapuló együttműködés alakulhat ki a szereplők között.

A beteg-record mind ennek az egyik kulcsa. Mire ad lehetőséget? Átfogó ellenőrzésre integráltságtól függően a beteg-betegség menedzsment alapja gyógyszerelési szűrővizsgálatok alapja lehet. A beteg-record definiálása, elérhetősége, honnan, ki, mi és mit ér el, hol működik, az kulcskérdés lehet, és azt hiszem, a legnehezebb kérdés ennek az egész rendszernek a felépítésében. Az egyik legnagyobb hajtóerő az egészségügy minőségének világszerte egyre erősödő kritikája, amely gyakran a gyógyszerellátást, a gyógyszerelést érinti, és a szükséges változások előmozdítója többek között az informatika lehet. A gyógyszereléssel kapcsolatos problémák megoldásához szükséges, hogy a defenzív szűrőrendszer az informatika segítségével jól működjön, és így a beteget minél kevesebb hiba sújtsa a felíró, gyógyszerész, ápoló és egyéb személy révén.

A gyógyszerészet újrapozicionálását végig kell gondolni. Az egészségügy rendszerében a hajtóerő az egyik eszközrendszer, amivel ezeket a változásokat végig lehet vinni: az információs technológia, amely sokat segíthet a gyógyszerészet és a gyógyszerellátás újrapozicionálásában, a gyógyszerrendelés, expedálás, adminisztráció, monitorozás során.

Új információs technológiákat kell alkalmazni, amelyek lehetővé teszik, hogy az elektronikus hálózaton maguk a betegek is bevonhatók legyenek a gondozásba. Gondoljanak csak arra,

hogyan egy gondozórendszer mennyire hatékonyan tud működni, ha például diabétesz vagy a magas vérnyomás betegek sms-ben rendszeresen beküldhetik egy jól működő szoftverrendszerbe otthoni mérőeszközeikkel mért adataikat. Sok hatékony beteggondozó, a gyógyszeres terápiát is radikálisan megjavító változás, a beteggondozás követése és a többi korszerű megoldás lehet az, amivel a szakmának szerintem meg kellene újulnia, és ennek teendőit sürgősen végig kell gondolnia. A legnagyobb veszély nem az, ha túl nagy célokat tűzünk ki és nem érjük el, hanem az, ha túl kicsiket, és ezeket elérjük...

A gyógyszerértékesítési rendszergazdák szerepe megváltozott az eltelt évek során. De ahhoz, hogy a szerepünkről beszéljünk, ahhoz egy kicsit magunkról, tehát a Gyógyszerértékesítési Rendszergazdák Szövetségéről is illik beszélni, mert sokszor azt tapasztaljuk, hogy a szövetségünkkel kapcsolatban esetleg ismerethiány van, vagy mást gondolnak rólunk, esetleg olyan dolgokat tulajdonítanak nekünk, amik nem felelnek meg a valóságnak. Én azt tudom mondani, hogy amikor a gyógyszerértékesítési rendszerek elindultak, és az informatika megérkezett a gyógyszerértékesítési rendszerbe, szinte óhatatlanul adódott az, hogy e rendszerek működtetőinek szükséges valamilyen formában egyeztetni a nézeteiket és kialakítani bizonyos olyan egységes normákat, amik a felhasználók számára biztonságot nyújtanak. Ennek eredményeként idestova 10 éve létrejött a szövetségünk, amely természetéből és jellegéből fakadóan egy igen laza szövetség. Tagja lehet minden olyan rendszergazda, aki gyógyszerértékesítési rendszer fejlesztésébe fogott és gyógyszerértékesítési rendszert fejleszt.

A Gyógyszerértékesítési Rendszergazdák Szövetségének alapító okiratában, együttműködési megállapodásában leszögeztük: a rendszergazdák számára közös az, hogy azonos területen fejtsék ki tevékenységüket, hasonló információtechnológiai szolgáltatásokat nyújtanak. Elsődleges célja volt a szövetségünknek, hogy egységes szakmai és etikai normákat alakítsunk ki a gyógyszerértékesítési rendszerek megvalósítása és működtetése terén. Egy belépési korlát állítottunk az új jelentkezők, új tagok számára, mégpedig az, hogy érvényes előírásoknak megfelelő APEH-engedéllyel bíró rendszerrel kell rendelkezni. Az „érvényes előírások”: a társadalombiztosításnak való megfelelés, tehát a hétköznapi használatban tb-elszámolásra való alkalmasság. Köztudomású, hogy a gyógyszerértékesítési rendszerek rendeltetésileg a nyugtázási, blokkadási kötelezettségüknek jogszabályban előírt módon, csak elektronikus úton, pénztárgéppel tehetnek eleget, tehát egy informatikai rendszerrel alapvetően az APEH- engedélyes rendszerek használata a gyógyszerértékesítési rendszerben. Fő célja szövetségünknek, hogy együttműködjünk, elsődlegesen a partnereinkkel és minden olyan társadalmi szervezettel, felügyeleti szervezettel, amelyek a gyógyszerértékesítési rendszer működését kontrollálják, meghatározzák, hatással vannak rá.

Amikor a „rendszergazda” szó felmerül, kellene egy kicsit pontosítani, hogy mit is értünk mi rendszer alatt, milyen rendszer fölött gazdálkodnak az informatikai rendszergazdák. Ma Magyarországon körülbelül 2 100 gyógyszerértékesítési rendszer van, melyekhez kapcsolódóan 600 fiókgyógyszerértékesítési rendszer és körülbelül 400 kézi patika működik, emellett intézeti, zárt forgalmú kórházi gyógyszerértékesítési rendszerek is működnek, ezek száma 100 körül van. Magyarországon 4600 gyógyszerész és 6200 gyógyszerértékesítési asszisztens dolgozik; a gyógyszerértékesítési rendszer teljes cikk törzsállománya közel 16000 cikk; éves szinten 300 millió doboz gyógyszer, termék eladása történik meg a gyógyszerértékesítési rendszerben. Éves szinten közel 160 millió vény beváltása történik, és ezen vények beváltása és egyéb termékek értékesítése kapcsán legalább 100 milliós nagyságrendre tehető az a gyógyszerész-beteg kapcsolat vagy informatikai szóval: tranzakció, amikor a gyógyszerész találkozik a beteggel, és megtörténik az adott termék átadása. Ez a piac, ez a rendszer éves szinten fogyasztói áron 350 milliárd forint forgalmat jelent, és ez a rendszer legalább 10000 számítógép-alkalmazást és legalább 7000 pénztárgépet jelent. Ez az a piac vagy ez az a

terület, amelyen a rendszergazdák működnek, és ezen a piacon a Rendszergazdák Szövetségének jelenlegi 10 tagja ellátja és kiszolgálja a gyógyszertáraknak szinte a teljes mennyiségét.

Rendszergazdai szerep változásáról szólva először tisztázni vagy pontosítani kellene, hogy igazából mi is a rendszergazdák szerepe. Egyértelmű, és ez az alap: a gyógyszerészi tevékenység informatikai támogatása. A nagy hármassal, az orvos, a beteg és e kettő között a gyógyszerész kapcsolata adja ma Magyarországon az egészségügyi ellátás alapjait. Régi és köztudomású dolog, hogy a gyógyítás lehetősége a gyógyszerésztől függ, az orvos a recepttel, a vénnyel gyógyítani nem tud, csak a recept alapján, megfelelő gyógyszerészi tájékoztatás és felügyelet mellett kiadott elkészített készítménnyel. Ebben rejlik érzésem szerint a gyógyszerészi szakma és a gyógyszertárak alap-szolgáltatása, tehát a gyógyszerellátás. Igazából a gyógyszer átadása a gyógyítás lehetőségén túlmenően kereskedelmi tevékenység is, vagyis a gyógyszer kiskereskedelmi tevékenység a gyógyszertárak alapfunkcionalitása. Ez az alapfunkcionalitás és az ebből fakadó szükségszerűség termelte ki a 80-as évek végén, 90-es évek elején, hogy e szolgáltatásokhoz szükség van informatikai rendszerekre.

A gyógyszertári rendszerek már kezdetben kereskedelmi rendszerekből lettek kialakítva, tehát úgy, hogy hétköznapi áruforgalmi rendszerek kerültek a gyógyszertárakba telepítésre, és e rendszerekben belül történhetett meg a készletek vezetése, az árurendelés és a termékek kiadása. Rögtön az elején nyilvánvalóvá vált, hogy a gyógyszertári tevékenység során honosított kereskedelmi rendszer nem alkalmas minden funkció ellátására, hiszen az alapszolgáltatáson, a kereskedelmi tevékenységen túl a gyógyszertárak más, kiegészítő szolgáltatásokat is biztosítanak a betegek számára. Gyógyszerészi gondoskodásnak nevezett kiegészítő szolgáltatást nyújtanak, tehát a kereskedelmi tevékenység mellett a gyógyszertárak egészségügyi intézményként funkcionálnak.

E feladatkör lefedésére vállalkoztak a rendszergazdák, és ebben történtek változások az eltelt 15 év során. Ahhoz, hogy meg tudjuk határozni, miben is látjuk a gyógyszertári rendszergazdák szerepének változását, tekintsük át azt a folyamatot és azt a tevékenységet, amely a gyógyszertári informatikai rendszerekben történik. Itt van az említett nagy hármassal, az orvos-gyógyszerész-beteg kapcsolat, ez kezdettől fogva adott, minden esetben kétirányú és egymásra ható kapcsolat. A klasszikus gyógyszerészi tevékenység, amikor annak idején még a gyógyszertárban készült minden szükséges gyógyszer a beteg ellátásához, ma már nyilván nem tartható, tehát új szereplők léptek be erre a piaci területre, a gyártók és a nagykereskedők, amelyek ellátják a gyógyszertárakat. A gyógyszerész nem önmagában végzi ezt a tevékenységet, nem egyedüli letéteményese ennek a gyógyításnak, hanem nagyon sok gyógyszerész végzi a tevékenységet, tehát a kapcsolatrendszerükben a gyógyszerészek egymás között is kommunikálnak. Egymás tevékenységét megismerve kialakították azokat a szakmai szervezeteket, amelyek részben kontrollálják, részben segítik és irányítják a gyógyszerészi szakmai munkát. A nagykereskedők és a szakmai szervezetek is igazából támogató, segítő jelleggel kapcsolódnak bele ebbe a folyamatba. Vannak olyan szervezetek, amelyek törvényi előírásnak megfelelően finanszírozókként, illetve felügyeleti szervezatként jelennek meg. Az egészségbiztosítási rendszer működésével megvalósul azoknak a közpénzeknek a szétosztása, amelyek a gyógyszer-értékesítéssel függnek össze. A gyógyszerészi tevékenységhez kapcsolódnak felügyeleti szervek is, amelyek a gyógyszertári vállalkozás pénzügyi-gazdasági felügyeletét ellátják. Ez a feladatkör, amelyben az informatikai rendszergazdák működnek, az említett főszereplők körében történik az informatikai rendszerek alkalmazása, és e kapcsolatrendszeren belül van szükség informatikai rendszerekre.

Mi a rendszergazdák szerepe a gyógyszertárban? Egyértelmű, hogy a gyógyszerészi munka támogatása, és ennek megfelelően a gyógyszerészi munka alap- és kiegészítő funkcionalitásában kell a rendszergazdáknak a szükséges támogatást biztosítaniuk. A 16 ezres cikkállományú termékkör folyamatos karbantartása ma már informatikai eszközök nélkül szinte lehetetlen. Az expedálás, az értékesítési folyamat, a betegtájékoztató, a nyugtaadás, a készletgazdálkodás, a logisztika támogatása, a vények társadalombiztosítással való elszámolásának, tehát a társadalombiztosítási pénzek lehívásának segítése – mindez alapfunkciójuk a rendszergazdáknak.

Kiegészítő funkcióként a gyógyszerészi tevékenységhez biztosítanunk kell a sok-sok év alatt felhalmozódott tudásanyaghoz való könnyebb és gyorsabb hozzáférést az informatikai rendszerek útján. Ezen túlmenően feladatunk az informatikai rendszereknek megadni azt a biztonságot, gyorsaságot és kényelmet, ami a napi működéshez szükséges a gyógyszertárban. Biztonságon értem részben az adatok biztonságát, illetve a gyógyszertári informatikai rendszerek működésének biztonságát. Gyorsaságon az értékesítés, a gyógyszerészi munkák folyamatainak a gyorsítását értem; a kényelem pedig e folyamatok megfelelő módú támogatását jelenti. Kiegészítő funkciójuk továbbá az informatikai rendszereknek és a rendszergazdáknak az oktatás, képzés és tanácsadás lehetőségének megteremtése.

Szintén kiegészítő funkció a bizalmasság és a hitelesség biztosítása. Ez elsődlegesen a gyógyszerész és beteg kapcsolatára vonatkozik. Folyamatos az új programfunkciók beépítése, ahogy változnak az igények, illetve az informatika fejlődésével szükséges biztosítani azokat az új információs csatornákat és műszaki megoldásokat, amelyek lehetővé teszik kiegészítő funkciók hatékony ellátását. A rendszergazdai szerep a kiegészítő funkciók ellátása terén a gyógyszerészi gondoskodás támogatását biztosítja. Ilyen megközelítésben a gyógyszertári rendszergazdák stratégia célja, elsődleges szerepe az, hogy a gyógyszerészi partnerek piaci versenyképességét biztosítsa. Úgy gondolom, hogy a gyógyszerésztársadalomnak a jelenkor kihívásai tekintetében elsődleges igénye megszerzett piaci pozícióik, elért eredményeik megőrzése. Az informatikai rendszereknek biztosítaniuk kell a gyógyszertárak informatikai működését és ezen keresztül a hatékony lakossági gyógyszerellátást.

Ma a szövetségünkhöz tartozó 10 rendszergazda informatikai rendszere szinte egységes, és a szükséges alapszolgáltatásokat kivétel nélkül nyújtani tudják. Tehát azt az alapszolgáltatást, hogy egy terméket pontosan el lehessen adni, ennek a terméknek minden adott jellemzője ismert legyen a gyógyszertárban, és ha ezt a terméket eladtuk, akkor ezt megfelelő módon el is lehessen számolni, és év végén, amikor leltározásra kerül a sor, vagy bármilyen formában erre kerüljön a sor, akkor az adott vállalkozás eredményei pontosak legyenek és megfelelő módon kilistázhatók legyenek - ezt minden gyógyszertári rendszer tudja Magyarországon.

Az informatikai rendszerek esetenként eltérhetnek, és más-más szolgáltatást nyújtanak a gyógyszertárakban. Gyógyszertártól függően az informatikai eszközök milyensége, műszaki tartalmisága különböző lehet. Nem szeretném szépíteni, és én úgy érzem, hogy nem is kell ezt a témát megkerülni: mindannyian ismerjük, hogy ma Magyarországon a gyógyszertáraknak, mint gazdasági vállalkozások piaci pozíciói, gazdasági eredményei részben földrajzi adottságok, részben személyi vagy tárgyi adottságok miatt nagy szórást mutatnak, az egyes gyógyszertárak eredményessége széles határok között mozog. Ezért az adott gyógyszertárak teherbíró-képessége is különböző, és sokszor mondják, hogy nem minden a pénz, de kétségtelen, hogy az informatikai eszközök milyensége sok esetben az adott gyógyszertár teherbíró-képességétől is függ, attól, hogy mit tud megvásárolni, vagy valamilyen módon a gyógyszertárban beállítani. Szintén egyedi előny lehet egy-egy gyógyszertár esetében a

különböző kommunikációs technikák, információs csatornák alkalmazási lehetősége. Ma már azt kell mondani, hogy nem elszigetelten végzi a gyógyszertár a tevékenységét, a piac számos szereplőjével kapcsolatban van, és a velük való kommunikáció lehetősége, ennek a milyensége nagymértékben hat a gyógyszertár piaci helyzetére, versenyképességére.

Újabb változás az is, hogy egyre nagyobb szerepet szükséges vállalnia az informatikai rendszergazdának a gyógyszerészi szakmai továbbképzések támogatásában, a kutatási feladatok ellátásában. Ez szintén a gyógyszertárak közötti versenyhelyzetből is adódik. Ma már a gyógyszertáraknak egy-egy elismerés, egy-egy megmérettetés, amelyen szépen szerepeltek, piaci előnyt jelent, és az ebben való rendszergazdai részvétel, én úgy érzem, szinte szükségszerű. Számos esetben a rendszergazdák kezdeményezésére történik meg a szakasszisztens-képzés megszervezése vagy ennek segítése a gyógyszerészi versenyek, emlékversenyek során a rendszergazdák is megpróbálnak segíteni a gyógyszerész-partnereknek. Amikor pedig egy-egy gyógyszerész a napi feladata mellett felvállalja, hogy kutat és képezi magát, ebben is támaszkodhat az informatikai rendszerekre az adatokhoz való hozzáférés vagy az adatok szintetizálása terén.

Ugyancsak a gyógyszertárak versenyképességét növelő tényező, és ezért a rendszergazda szerepe, hogy megfelelő információs tudásközpontot biztosítson a gyógyszerészek számára. Tehát könnyen és elérhető módon adja át mindazt az információt, ami a gyógyszerforgalmazás kapcsán rendelkezésre áll, illetve biztosítson a gyógyszertárak számára olyan kiegészítő szolgáltatásokat, amikkel a gyógyszertár a saját tevékenységét, a saját profilját szélesíteni tudja. Gondolok itt arra, hogy tanácsadásokban kell, hogy segítsen, vagy informatikai eszközökkel segítse a gyógyszertár egyéb tevékenységeit.

Szintén a verseny egyik feltétele lehet a bizalmasság biztosítása, és szükséges, hogy az informatikai rendszerek biztosítsák mindazon feltételt, amelynek keretében a gyógyszerészi gondozás, gondoskodás végbemehet. Ez elsődlegesen speciális célprogramok, illetve speciális adatbázisok a hozzáférési lehetőségét, illetve műszakilag a megfelelő formában történő kiállítását jelenti. Ezen túlmenően rendszergazdai szolgáltatás lehet a gyógyszertárak vásárlók, betegek irányában való megbízhatóságának, hitelességének támogatása, tehát olyan minőségbiztosítási rendszerek gyógyszertári bevezetésének segítése, amellyel az adott gyógyszertár a saját szakmai munkáját még inkább hitelessé tudja tenni a betegeinek körében.

A gyógyszertári rendszergazdának már fel kell azt vállalnia, hogy fejlesztésekben, informatikai fejlesztésekben vagy ennél mélyebb, esetleg infrastrukturális fejlesztésekben tanácsadást biztosítson a partnerei számára. Ezek megvalósításában akár finanszírozóként, akár hitelezőként, vagy akár csak egy pályázatnak az előkészítésében aktívan közre kell működnie. Tehát folyamatosabb együttműködési igényt várnak el a partnerek a rendszergazdától, illetve emellett részt kell vennie minden olyan tevékenységben, amely a gyógyszerészi szakma színvonalának megőrzéséhez szükséges. Ez lehet olyan szakmai összejövetelek, rendezvények szponzorálása, amelyek csak akkor tudnak a mai helyzetben megvalósulni, ha ebben a rendszergazdák segítenek.

Tudom jól, hogy az előbbieken felsoroltak nem tűnnek különösebben jelentős szolgáltatásoknak, ugyanakkor úgy érzem, hogy a rendszergazdai szerepvállalás a gyógyszertárakban kiegészítő szolgáltatások hatására vált egységes egésszé.

Amikor azt mondjuk, hogy rendszergazdai szerepváltozás ment végbe a gyógyszertári informatikai rendszerben, akkor arra is gondolunk, hogy hangsúlyeltolódás valósult meg az egyedi, eseti szolgáltatások terén. Ebben közös pont lehet a gyógyszertári informatika és a gyógyszerészek között a gyógyszerészi gondoskodás témaköre. Ebben rejlik a lehetőség, hogy

a gyógyszertárak piaci pozícióikat fenn tudják tartani, és hitelt érdemlően tudják igazolni, tőlük, hogy igazolják, tehát, hogy hitelt érdemlően tudják azt igazolni, hogy az úgymond kereskedelmi tevékenység mellett a igen jelentős szakmai munkát végeznek. E szakmai munka támogatására megfelelő megoldásokat szállítaniuk a gyógyszertári rendszergazdáknak. Jövőképünk teljesen egyértelmű eleme az, hogy a gyógyszertár és az orvos kapcsolatában az informatikai rendszerek szerepének meg kell növekednie. Annak a folyamatnak, amelynek során a vény mint papíralapú dokumentum beérkezik a gyógyszertárba, adatfeldolgozási gyorsíthatósága érdekében további lépések szükségesek, tehát egy informatikai rendszertől a közeljövőben alapelvárás lehet, hogy a vények feldolgozását és az orvos-gyógyszertár kapcsolatot segítse. Ismert gond az is, hogy egy orvosi rendszerben az említett 16 ezres cikkállomány sok esetben nem olyan mélységben és nem olyan pontossággal jelenik meg, mint egy gyógyszertári rendszerben. Ezeknek az orvos tényleg azt tudja rendelni, amire a betegnek szüksége van és olyan formában rendelje, ahogy azt előírják és ahogy azt a gyógyszertár ki tudja szolgáltatni, szükséges olyan kapcsolatokat kialakítani orvos és gyógyszertár között, hogy az orvos is pontosan azt a törzset lássa és használja, amit a gyógyszertár.

Szintén a közeljövő feladata, hogy a gyógyszertár és beteg közötti kapcsolatban az informatikai rendszer még hatékonyabban tudja támogatni a betegek kiszolgálását. Ma még a vény képezi a gyógyszertár és a beteg közötti kapcsolat alapját is, de a vény papír mivolta nem feltétlenül indokolt. Ennek kiváltására számos elképzelés született, és azt gondolom, az informatikai rendszereknek készeknek kell arra lenniük, hogy bármilyen formában egy-egy elektronikus vényt, egy-egy elektronikus rendelvényt tudjanak kezelni.

A nagykereskedők és gyógyszertárak kapcsolatainak terén is az informatikai rendszereknek további szolgáltatásokat kell a jövőben biztosítaniuk a gyógyszertárak számára annak érdekében, hogy könnyen, gyorsan tudjanak hozzájutni a termékekhez. A gyógyszertári rendszerek jelenleg még túlnyomórészt modemeken keresztül, sőt esetleg telefonon és faxon keresztül bonyolítják le árurendelési folyamataikat, de ma már szinte lehetőségként adott, hogy modemeken keresztül túlmenően más, hatékonyabb informatikai eszközökkel lehessen a nagykereskedőtől árut rendelni.

Az informatikai rendszernek biztosítani kell a gyógyszerészek egymás közötti kommunikációját akár a szakmai szervezetekkel, akár a gyógyszertárak között. Ma már egyre több esetben a szakmai szervezetektől érkező levelek, információk elektronikus úton tudnak eljutni a gyógyszertárakba.

Nagy és fontos feladat a gyógyszertár és a társadalombiztosítás közötti elszámolási folyamatok informatikai megvalósítása. A szervezők is arra utaltak, hogy beszéljünk egy kicsit erről is, tehát jelenleg a gyógyszertári elszámolások a társadalombiztosítás felé floppy lemezen történnek meg. Ez a megoldás szerintem éves szinten körülbelül 300000 lemezt jelent, amit a magyarországi gyógyszertárak a társadalombiztosításnak leadnak. Ez a fajta kommunikáció, ma már azt kell mondani, nem korszerű, továbbá ez a finanszírozási rendszer, önmagában az, hogy utólag jutnak a gyógyszertárak a jogszerűen eladott termékeik jelentős vételárához, szintén lassítja és nehezíti e vállalkozások folyamatait.

Az eltelt 1–2 év során, de már korábban is számos megoldási javaslat merült föl. Nemrég GPRS modemeken keresztül, tehát egy online elektronikus kapcsolatot kívántak kialakítani a gyógyszertárak és a társadalombiztosítás között. Ezzel remélték megoldani mindazon feladatokat, amelyeket rendeletben előírtak a társadalombiztosítás számára, tehát részben a szív- és érrendszeri betegségekhez kapcsolódó gyógyszerellátás, illetve a közgyógy igazolvánnyal rendelkezők tb-kasszájának felügyeletét és meghatározott keretek között való

tartását. 2100 modemet rendeltek, mert 2100 anyapatika van, aztán amikor értesültek róla, hogy van még 600 fiókgyógyszertár is, ahol ezt szintén illene megvalósítani, akkor újabb 600 modemet is rendeltek információim szerint, tehát jelenleg most a társadalombiztosításnak van eszköze, ugyanakkor pénzügyi forrása ma már nincs arra, hogy ezeket az eszközöket telepítse és működtesse. E folyamatban jelenleg ott tartunk, hogy az illetékesek kérték a gyógyszertárakat és a Magyar Gyógyszerész Kamarát: próbáljanak valamilyen javaslatot tenni arra, hogy mit lehetne tenni az általuk beszerzett eszközökkel, és szeretnék, ha a gyógyszerésztársadalom találna arra megoldást, hogy ezeket hogyan lehetne működtetni.

Véleményem szerint egy-egy gyógyszertári rendszertől ma már nem elegendő, hogy a gyógyszerészi alapfunkciókat kiszolgálja, hanem a pénzügyi, számviteli rendszerek felé való kapcsolódás lehetősége, illetve adott rendszeren belül feladatok ellátása is az informatikai rendszergazdákra váró feladat.

Mindannyian tudjuk, hogy a gyógyszertár, mint önálló gazdasági tevékenységet végző szervezet nem önmagában működik egy adott területen, hanem számos más gyógyszertár együtt lát el egy-egy területet. Emiatt a gyógyszertárak is – kimondva vagy kimondatlanul – bizonyos fokig egymás versenytársai, és ebben az egymás közötti versenyben támogatást kell kapniuk az informatikai rendszerektől. Szükséges tehát, hogy az informatikai rendszerek is egymással versenyezve biztosítsanak olyan szolgáltatásokat a gyógyszertáraknak, amelyekkel piaci helyzetüket erősíteni tudják.

Összefoglalásul: úgy vélem, hogy az elmúlt évek során az alap rendszergazdai szerep, hogy egy kereskedelmi, szakmai rendszert kell biztosítani a gyógyszertárak számára, megváltozott, és ma már a hangsúly sokkal inkább a köztes vagy járulékos szolgáltatásokra tolódott el. Ezért ma már egy informatikai rendszergazdának az alapszolgáltatáson túlmenően vállaltania kell, hogy gyógyszerész partnereivel együtt lépjen föl, és az ő érdekeit képviselve olyan szolgáltatásokat biztosítson számukra, amelyek lehetővé teszik a gyógyszertári piaci pozíciók megőrzését.

Weboldalak a gyógyszerismertetésben

Dr. Sényi Lajos

Azt a feladatot kaptam, hogy a weboldalokról és a weboldalakon megjelenő gyógyszerinformációkról beszéljek. Néhány szót azért szeretnék magamról is mondani. Alapvetően orvos vagyok, de a szakmát már nem űzöm, 10 éve a gyógyszeriparban dolgozom, nagyon sok internetes honlapot ott valósítottam meg. Jelenleg a Richterben dolgozom, és a Richter honlap-együttese, honlap-portálja is a feladataim közé tartozik.

Amikor ilyen jellegű előadásokat tartok, mindig egy ábrával szoktam kezdeni, ez a különböző technikai eszközök elterjedésének sebességét mutatja. Ebből a slide-ból az látszik, hogy az internet nagyon gyorsan terjedt el a használatban. 2004. szeptemberi adat szerint jelenleg Magyarországon 1,8 millió internetes hozzáférés van. Ezek nagy része természetesen nem otthonról történik, hanem vállalatok szolgáltatják vagy adják a dolgozóik részére lehetőségként. Az Internet-használók száma elmarad az Internet-előfizetők számától, tehát az otthonról való internetezés önmagában egy picit csökkenő tendenciát mutat.

Általános az a megállapítás, hogy nagyon fontos szerepet játszik az egészségügyi információ az interneten. 2002-ben történt egy piacfelmérés arról, hogy az orvosok, kórházak, patikák milyen internetes ellátottsággal rendelkeznek, illetve tervezik-e a közeljövőben. Sajnos újabb adatok nem állnak rendelkezésre, de valószínűleg sokkal jobb a helyzet ebben a pillanatban, mint ahogy az ábra mutatja. Természetesen, mint minden, az internet is csak egy lehetőség, egy csatorna, s mindenki tudatában van annak, hogy ez csak kiegészítő jelleggel, kiegészítő

szereppel bír. Itt egy másik információ, arra vonatkozik, hogy az orvosok az információforrások fontosságát miképpen rangsorolják, és az élen a szaklapok állnak, tehát eléggé konzervatív beállítottság van. Gyakorlatilag ez nem biztos, hogy rossz, mert nem tudom, hogy valaki próbálkozott-e már hosszabb anyagot, hosszabb irodalmat elolvasni a képernyőn, én például nem tudok, ezért inkább kinyomtatom.

Egy újabb felmérési adat szerint a házi- és üzemorvosok közel kétharmada használja az Internetet a munkájával kapcsolatban. Nem akarom fölolvasni a menüpontokat, alapvetően kihúztam, ami a készítményekkel, gyógyszerekkel kapcsolatos. Látható, hogy 1., 2., 3. és 4. helyen gyógyszerrel kapcsolatos információk ott vannak.

Van egy másik jellegű kommunikációs irány, ez pedig a beteg. Milyen előnyökkel jár a betegeknek, és mit keresnek a betegek gyakorlatilag az Interneten? Érdeklik őket a betegségek, a diétás életmódtanácsok, és előtérbe kerül 3. menüpontként a gyógyszerekkel kapcsolatos információ, amely olyan előnyökkel járhat a betegnek, hogy saját felelősségtudata a betegségével kapcsolatban megnövekszik, terápiás együttműködése (tehát a compliance, vagy most már concordance-nek hívják az utóbbi időben) erősödik. Az előző előadásokban a paternális beteg-orvos kapcsolatot már említették, én úgy gondolom, hogy ennek átalakulásában is segíthet. A mellék-és kölcsönhatások kérdése úgyszintén fontos a betegek részére, akár csak a hölgyek egészségügyi problémái.

Úgy gondolom, hogy fel kell hívni a figyelmet az Internet-használat bizonyos veszélyeire is. Saját kutatásaimból is kiderült, hogy gyakorlatilag az Interneten igen jelentős számban található egészségüggyel és gyógyszerrel foglalkozó olyan információ, amely inkorrekt, manipulatív. Például különféle potencianövelő szereket kínálnak, és ugyanebbe a kategóriába tartozik, hogy megpróbálják valamilyen szinten elérni a vásárlót gyakorlatilag vényköteles készítményekkel. Milyen veszélyekkel járhat, ha a beteg olyan internetes információkat kap, hogy akkor akár ki is hagyhatja az orvost. Ha az ő betegségére megtalálja a megfelelő gyógyszert, akkor azt mondja, hogy teljesen fölösleges gyakorlatilag a rendszerbe bekerülnie, és ez hatalmas veszélyekkel járhat. Így kialakulhat például elutasító magatartás, a vakcinálás visszautasítása.

Gazdasági károk is keletkezhetnek nemcsak a rossz gyógyszerezésből, hanem hatalmas kiadást is jelenthet akár az adott páciens részére, akár az egészségügyi rendszerre nézve, hogy valahogy megvédje őt ezektől a veszélyektől.

Azt, hogy az információ és az Internet veszélyekkel is jár, nagyon sok szervezet felismerte, és különböző etikai kódexekben, szabályzatokban, ajánlásokban többek között a gyógyszer-információ kérdését is szabályozza. Itt a MAGYOSZ és az Innovatív Gyógyszergyártók etikai kódexére is szeretnék utalni, abban már megjelent az Internet mint új kommunikációs eszköz és annak szabályozása is, bizonyosfajta előírásokat, elvárásokat, követelményeket támasztottak az etikai kódex aláíróival szemben. Meg szeretném említeni, hogy vannak különböző, úgynevezett minőségbiztosítási vagy minőségkritériumok, előírások vagy szabályzatok, amelyek alapján egyrészt az adott honlap maga vállalja ezeknek a kritériumoknak, szabályzatoknak betartását, másrészt egy külső, független rendszer ellenőrzi kritériumok meglétét.

Ha szakmai információkra vagyunk kíváncsiak, tehát szakemberekként érdeklődünk a net-en, akkor ezeket a honlapokat több paraméter szerint lehet csoportosítani. Az első az, hogy ki a honlap tulajdonosa. Megpróbáltam egy saját kialakítású klasszifikációt alkalmazni. A következőkben elsősorban a gyártókról szeretnék beszélni, de természetesen minden egyes kategóriát lehetne külön elemezni: a szakmai, egészségügyi portálokat, katalógusokat, hatósági honlapokat. Itt csak az az érdekes, hogy valószínűleg senkinek nem fog eszébe jutni klinikai

vizsgálatokat keresni az OEP honlapján, mert természetesen nem arra való az OEP. Lehet még csoportosítani az információkat a jellegük szerint is. Itt én kölcsönvettem egy slide-ot, az Innovatív Gyógyszergyártók honlapjáról, ami a gyógyszerek életciklusát mutatja meg. Nagyon érdekes, hogy az alatt a 18 év alatt, amíg mondjuk egy gyógyszer befejezi pályafutását, amikor kivonják a forgalomból, milyen stádiumokon esik keresztül, mert mindig az adott stádiumnak megfelelő releváns gyógyszer-információ képződik. Attól függően, hogy kit érdekel ez az információ, és attól függően, hogy hol képződik, bevezetésre került és jelenleg is működik a gyógyszeriparban a minőségbiztosítási rendszer, ami alapjában meghatározza és validálja az információkat. A legelső ilyen a GLI, ami a legelső pár évben határozza meg a validálási vagy a minőségi követelményeket, aztán erről áttérünk a GCP-re, majd a GNP-re. Úgy gondolom, hogy a jövőben valószínűleg lesznek olyan validálási vagy minőségi ismérvek, mint a megfelelő nagykereskedelmi gyakorlat, ez a GDP, ennek már vannak kezdeményei. Aztán van olyan, hogy megfelelő információs gyakorlat, ami ugyancsak a kezdetét éli, és én úgy gondolom, hogy előbb-utóbb eljut maga a gyógyszeripar és mindenki oda, hogy lesznek ilyen előírt szabványok akár a honlapokra, akár az információáramlásra vagy információra vonatkozólag.

Mint már említettem, előadásomban a gyógyszeriparral szeretnék foglalkozni, és azon belül is gyakorlatilag csak azokkal a célcsoportokkal, amelyekkel mindennapos életük során találkozhatnak. Alapvető célja az ilyen irányú gyógyszer-kommunikációnak a termék promóciója, valamint a tudatos, megfelelően informált betegek számának növelése és jól működő orvoskapcsolatok kialakítása, erősítése.

Megpróbáltam bizonyosfajta szempontok alapján végigelemezni néhány magyarországi honlapot. Nem akarok külön kitérni egyikre sem, hogy megfelel-e ezeknek a kritériumoknak, és rámutatni, hogy esetleg milyen hibái vannak. Azt tudom mondani, hogy ha a szakmai információt, szakmai anyagokat, publikációkat nézünk, akkor azok alapján megfelelnek ezeken a honlapokon az elfogadott előírásoknak. Ami viszont problémát okoz: az adatok aktualizálásának időpontja. Az egyik leglátogatottabb orvos-szakmai slide-on például a kardiológiai területen lévő cikkeket néztem meg, teljesen visszalapoztam, talán 2001-ig, és meglepetéssel tapasztaltam, hogy az ott elhelyezett linkek nem működtek. Az ott elhelyezett adatok azok gyakorlatilag ugyebár arra az időre vonatkoztak. Amerikában van már és valószínűleg nálunk is előbb-utóbb bevezetésre kerül olyan törekvés, hogy a szakmai információkat bizonyos időközönként - félévente vagy évente – felülvizsgálják, és ez érvényes az Internetre is. Úgy gondolom, nagyon sokan találkoztak olyan honlapokkal, ahol nem volt konkrétan megjelölve, hogy az információ mikor került oda, de még az sem, hogy azt valaki egyáltalán megnézte-e utána, és átírta a jelenlegi kornak megfelelő követelmények szerint.

Tapasztaltam továbbá, hogy honlapok jelentős része nem rendelkezik adatvédelmi politikával. Persze tehát maga a honlap nem arról szól, hogy adatvédelmi nyilatkozatokat kell több oldalon közölni a látogatóval, ennek ellenére, gondolom, mindenki tudja, hogy az e-mail az személyes információnak minősül körülbelül két éve. Ha valaki e-maillal kér a látogatótól, akkor ezt egy személyes adat nyilvántartására vonatkozó törvények értelmében be kell jelentenie az adatvédelmi biztosnak, és mindenkinek fel kell tüntetnie ezt az adatvédelmi nyilvántartási számot a honlapján. Ilyennel gyakorlatilag egyetlenegy esetben találkoztam, a többi honlap esetében ilyen nincs. Az etikai szabályokat és a gyógyszer-információra vagy a reklámra vonatkozó törvényeket a honlapok többsége betartja, és ez már csak azért is fontos, mert ha a konkurencia észreveszi, hogy egy honlap a vényköteles készítményeket laikusok számára is hozzáférhetővé teszi vagy ezekről informál, akkor nyilván feljelentik.

Nagyon nehéz volt néhány honlap esetében azonosítani, hogy ki a tulajdonosa. Én nem

találtam meg ezt a Pharmanet-en, és ugyanez igaz gyakorlatilag a Webdokinál is. Ugyan ott van egy egyesület megnevezése, de én úgy gondolom, hogy mindenki nagyon jól tudja, hogy annak idején a Webdoki milyen támogatással jött létre.

Tudomásom szerint jelenleg a Pharmanet tulajdonosa a Béres Rt., annak ellenére, hogy nem lehetett felfedezni gyakorlatilag a tulajdonosát. A Weborvosnál ez már azért ott van, van egy impresszum nevezetű menüpont, ahol meg lehet találni, hogy ki támogatja a Webdoki-t, amely, úgy gondolom, Magyarország talán legjelentősebb orvos-szakmai portálja.

Érdekes honlap az Egészségügyi Minisztérium honlapja, a DrInfo. Ismeretes, hogy még alkalmazási információk szintjén sem lehet laikusok számára vényköteles gyógyszerekről információt szolgáltatni. Ennek ellenére néhány hónappal ezelőtt megjelent az Egészségügyi Minisztérium gondozásában lévő honlap, ahol gyakorlatilag az összes OGY által elfogadott alkalmazási előírat (nem betegtájékoztató) megtalálható. Tehát amíg a gyógyszeripar számára gyakorlatilag ez tilos, addig gyakorlatilag itt megvalósult ez a dolog, természetesen teljességre való törekvéssel, mivel itt az összes gyógyszerkészítmény alkalmazási előírása megvan. Ami érdekessége ennek a honlapnak, hogy van egy interakciót vizsgáló alapmodulja, tehát a beteg megteheti, hogy bizonyos készítmények interakcióját, egymással való kölcsönhatását vizsgálhatja, ha érti.

Néhány szót szeretnék szólni a DTC-ről. Nem tudom, hogy Önök számára mennyire világos maga a fogalom. Ez Amerikából terjedt el, ahol teljesen más értelmezéssel bír a gyógyszer-kommunikáció, és az ezzel a betűjellel ellátott kommunikációs irány a laikusok felé történő kommunikációt jelöli. Amerikában lényegében a gyógyszer-kommunikációt jelenti, Magyarországon viszont nem, mivel nálunk nem lehet laikusok számára etikus vényköteles készítményeket promotálni. Ezért kissé átalakult az itteni értelmezés, ami nyilvánul meg, hogy inkább betegségeket, állapotokat visznek a köztudatba, ezzel foglalkoznak, ennek a fontosságát hangsúlyozzák a különböző DTC jellegű kampányok kapcsán. Ezt gyakorlatilag egyértelműen piacnövelő szándékkal teszik, tehát vigyázni kell arra a gyógyszergyártók szempontjából, hogy a piacnövelés csak akkor lehet cél, ha piacvezető valaki, mert különben az egyik cég piacnövelő akciójának hatására esetleg a konkurencia tud több forgalmat lebonyolítani. Befejezésül néhány slide példát mutat arról, hogy milyen honlapok jelentek meg a DTC kommunikáció kapcsán Magyarországon.

Offenbachné dr. Sólyi Ilona: Egy kiegészítés tennék: az én ismereteim szerint 80–90 százalék között van a patikáknál az Internet-penetráció, de abban teljesen egyetértünk, hogy sokkal kevesebben használják, mint ahány helyen van, sajnos.

Háziorvos – beteg - gyógyszerész kommunikációs lehetőségei az informatika segítségével
Dr. Komáromi Zoltán

Előadásomban a háziorvos – beteg - gyógyszerész háromszög kommunikációs lehetőségeiről szeretnék beszélni. Éspedig abból kiindulva, hogy nekem, mint gyakorló háziorvosnak és 15–16 éve számítógépet használó háziorvosnak a számítógép, az informatika most már mint eszköz kell, hogy szerepeljen abban a kommunikációs játszmában, amit minden nap, napról napra folytatunk a betegek gyógyszerrel való ellátásában. A gyógyszerellátás három szereplője mindenféleképpen egyenrangú, mert mindenkinek megvan ebben a kommunikációs játszmában a szerepe, megvan a motiváltsága, megvannak az igényei, és végül is az, hogy mindenki jól járjon és mindenki elégedett legyen, ez az egész dolog végső célja. Az, hogy az informatika ebben milyen szerepet tud vállalni, és hogy a kihívásokat ki hogy éli meg és ki hogy oldja meg – erről lesz majd szó.

Ha a kommunikációban sorba vesszük a három szereplőt, akkor ez egy folytonos körforgás,

ugyanis mindenképpen az információt vagy a beteg viszi vagy a recept viszi vagy pedig az a káosz, ami ennek a kombinációból van. De ha ez a három szereplő nem beszél egymással, akkor azt hiszem, hogy egyetérthetünk abban, hogy ez a káosz jóval nagyobb problémákat fog okozni, mint egyébként. A háziorvos - gyógyszerész kapcsolatban az a szép, hogy igazából a falusi doktor és a falusi patikus tudja átérezni, hogy nekik közös betegek vannak, közös pacientúrájuk van, mert az az 1-2-3-5 %-nyi vény, amit az adott falu lakossága mondjuk a városban vagy ide-oda utazgatva vált ki, a súlyát tekintve nem akkora, mint az a tömegű gyógyszer, amit ott vált be a falusi patikusnál. Nagyon jó, ha a háziorvos és a gyógyszerész beszél egymással. Én mindig el szoktam mondani, hogy falusi doktorként is dolgoztam, sőt igazából onnan számolom a pályafutásomat, és amikor Budapestre fölkerültem, őszinte rémületet keltettem abban a három patikában, ahol megjelentem az előző évben fölirt gyógyszerlistámmal, hogy én most jöttem vidékről, ezeket szoktam rendelni, ilyen mennyiségben 2500 betegnek, itt pont a fele lesz. És tulajdonképpen az első rémületet leküzdve már 7-8 éve tart ez a lendület, és nagyon jó kapcsolatban vagyunk azóta is a három patikával, ami logikus, hogy földrajzilag determinált. Az, hogy a munkastílust megbeszéljük, hogy egy-egy problémás esetet a patikában és a háziorvosnál ugyanúgy kommunikáljanak, hogy a beteg érezze, hogy ő ugyanazon kommunikációs stílusban tud mozogni, ez egyébként a beteg biztonságérzetét is növeli. Az, hogy a munkaidő és a rendelési idő, a patika nyitvatartási ideje és az orvosi rendelő rendelési ideje mennyiben harmonizál, ez azt hiszem, hogy egyfelől praxisszervezési kérdés. És azt hiszem, hogy a gyógyszerészek számára üzletileg is igen fontos kérdés lehet, ha egy vagy két órával hamarabb zár be a patika, mint ahogy a rendelési idő tart, mert akkor gyakorlatilag elveszíti az abban a sávban fölirt gyógyszereket. Ugyanez egyébként a földrajzi elhelyezkedéstől is függhet.

A szakmai kapcsolatrendszer mindenképpen a közös terápiás paletta kialakítását jelenti. Nekem tulajdonképpen egyfajta emocionális elégedettséget okoz, hogy én mondjuk 15 évvel ezelőtt 300 gyógyszerrel gyógyítottam a betegeket, most pedig a tavalyi évben 1250-féle készítményt tudtam fölírni. De valahol lenni kell egy közös terápiás palettának, mert nekem ez csak egy emocionális élmény, egy gyógyszerésznek viszont kőkemény pénz, hogy miből mennyit raktároz be, mennyit tart raktáron, ugyanis ha egy gyógyszerészről vagy egy gyógyszerháztartárról elterjed, hogy minden gyógyszerért másnap kell visszajönni, azt a betegek nem szokták szeretni. Tehát valamennyit ebből a közös terápiás palettából lehet segítségként fölhozni.

A gyógyszer helyettesítés metodikája. Most nem akarom részletezni, hogy gyakorlatilag például az amlodipin tartalmú készítmények finanszírozás-váltásába milyen terápiás döntésekre kényszerült egy háziorvos, akinél mondjuk a betegek 5-10 %-a közgyógy ellátott vagy pedig szegény sorsú, és nem tudja megfizetni adott esetben a havi 2000 forintos terápiás költséget. Ezek után, ha ezt a gyógyszerésszel egyeztetni, akkor a gyógyszer-helyettesíthetőség révén igazából jó technikai megoldásokat és jó szakmai megoldásokat lehet találni. Fontos, hogy az interakciós modult a háziorvos is használja, ne csak a beteg otthon a DrInfo-ról, és a gyógyszerész is használja, de mondjuk ugyanarra az érzékenységi fokozatra beállítva, és a beteg ne jöjjön vissza halálra vált arccal, mondván: doktor úr, maga meg kívánt engem mérgezni, mert a Miluritot együtt írta fel a Furosemiddel.

A krízis-intervenció, tehát az ár- és támogatás-változás egy-két hónapjának vagy egy-két hetének leküzdése, illetőleg az erre való előkészületek tartoznak ebbe a kategóriába, és ugyancsak egyeztetni kell a gondozást, ami egyre inkább a patikai gondozást is bele kell kalkulálnom saját háziorvosi gondozási tevékenységembe.

Az ügyelet, készenlét kérdései a kisebb városokban, falvakban jelenthetnek problémát, és ma már egészen mások a játékszabályok. Én nagyon jól emlékszem rá, hogy a 90-es évek elején, amikor a kis faluban pénteken 12-kor bezárt a patika és onnantól kezdve még a buszközlekedés is álomra hajtotta fejét hétfő reggelig. Ha én nem láttam el antibiotikummal a frissen megbetegedett gyerekeket, aminek utána receptjeivel hétfő délután elszámoltam a patikus barátommal, tulajdonképpen a betegek életét veszélyeztethettük volna. És ezt nem kézi gyógyszertárnak hívták, hanem egyszerűen egy praktikus, normális megoldásnak a 90-es évek elején, amiből egyébként a beteg profitált a legtöbbet.

Adminisztrációs kapcsolat: kíváncsi, hogy legyen egyfajta online vagy bármilyen módon megszervezett kapcsolat a fölírt recepten keresztül vagy anélkül is a két egység között, és hát tulajdonképpen a közös adatkezelés. Az adathordozó jelen pillanatban ma még Magyarországon véleményem szerint a beteg. Viszont kommunikációs kényszer áll elő, amikor vannak olyan szituációk, amelyeket egyszerűen meg kell oldani. Mert nem mondhatom azt, hogy nem ér a nevem, amikor panaszkodik a beteg az orvosra, vagy panaszkodik a beteg az orvosnál a patikusra, amikor gyógyítható a beteg, de nem biztos, hogy az orvos jó néven veszi, hogy a patikus mondjuk egy alvászavarnál vagy egy fejfájásnál esetleg okosabban, vagy hogy mondjam finomabban, frappánsabban diagnosztizál, mint mondjuk a 70–80-as betegforgalom mellett az éppen elfáradt vagy éppen megfáradt kolléga. Amikor ügyeskedik a beteg, mert a doktor úr két dobozzal írt, ez meg miért akar csak egyet adni, holott a recepten csak egy van, de biztos a doktor úr elírta. Mert egyébként, ha szólt volna, föl is írták volna esetleg neki mind a kettőt. Amikor kérdez a beteg, furcsa és érdekes dolgokat tud kérdezni. És amikor egyszerűen beleütközünk abba mi is meg a gyógyszerész is, hogy bizonyos dolgokat, bizonyos megoldásokat jogszabály tilt. Nem írhatom föl a kutjának a közgyógy-ellátásra egyébként kapható antibiotikumot, ha fejre állok sem, és ha ezt a betegnek egyszer el nem magyarázom, vagy az állatorvos, a bestiális kolléga bíztatja erre a beteget, akkor ezeket a kommunikáció eszközeivel is valahol kezelnem kell, mert egyébként ha nagyon lebukom, akkor esetleg nagyon sokba fog kerülni. És hát az ellátási kényszer, hogy mind nekem, mind a gyógyszerésznek ellátási kötelezettsége van, tehát a „leginfámisabb”, a „legprovokatívabb” beteget is ki kell szolgálni, és meg kell oldani ezeket a dolgokat.

Az OTC kérdés. Véleményem szerint egy nagyon fontos dolog. Rengeteget vitatkoztam korábbi években OEP-vezetőkkel is, hogy mi az olcsóbb és mi a drágább: ha egy korrekt OTC készítményt én egy cetlire felírva adok a beteg kezébe és a beteg azt nem kezeli gyógyszerként, nem váltja ki, nem szedi be, és tovább lesz beteg; vagy pedig ha a majdnem 1 forint költségű receptre én gyógyszerként írom föl az OTC készítményt. A gyógyszerész gyógyszerként kezeli, tehát nem visszadobja, hanem elveszi és rendesen hozzátűzi, aztán lehet, hogy nem csinál vele semmit. Nem értek hozzá, de a beteg innentől kezdve azt a készítményt, azt a dobozt gyógyszerként kezeli, és ha jó a compliance, akkor be fogja szedni, a gyógyulásához hozzá fog járulni. Ja, hogy ez az OEP-nek egy fillérébe se kerül a recept árán kívül? Akkor meg meg kéne köszönni, hogy a két köptető közül, mondjuk, hogyha akár egy magisztrálist írok föl, ott ugye 40–60–100 forintot tesz hozzá az OEP a beteg által kifizetett részhez, egy Paxirasolhoz vagy valami más köptetőhöz pedig nem járul hozzá. De ezeket valahol egyeztetni kellene, és lehet hogy ez jó megoldásokat hozna a beteg számára és esetleg még a biztosító számára is.

Az interakciókról, mellékhatásokról már beszéltem. Én nagyon fontosnak tartom a gyógytermék-információt. A gyógyszertárak nagy részében foglalkoznak ezzel, de nem foglalkoznak azzal, hogy ezekről a gyógytermékekről a háziorvost is értesítsék, és így, ha ez

mindössze gyógyszerész - páciens kommunikációvá szűkül, akkor a házi orvos kerül néha kellemetlen helyzetbe. Aztán vagy intelligensen vagy kevésbé, úgy fogja lereagálni, hogy milyen gyógyterméket fogyasztott a beteg, kinek a javaslatára, és ő ezt a saját terápiás elképzeléseibe nem is tudta beilleszteni, sőt, nem is gondolt rá.

Panaszok és tünetek: ezek a gyógyszerészi gondozásnak nagyon fontos tényezői. A panaszok régen is megvoltak, 20–30 évvel ezelőtt is panaszkodtak a betegek a patikában, nem biztos, hogy a gyógyszerésznek, lehet, hogy a gyógyszerészasszisztensnek. De ha az illető nem figyelt rá, elengedte a füle mellett, vagy csak általános, laikus jópofaságokkal reagálta le, lehet, hogy éppen annak a betegnek egy elkövetkezendő stroke-ját nézte el, és utána majd a gondozásban dolgozhatnak évtizedekig jó keményen a családdal együtt, hogy ezeket meg tudják oldani.

Az ügyeskedő betegekre is ki kell találni a közös kommunikációs megoldást, a közös válaszokat, hogy a beteg érezze: az ő problémájával foglalkozunk, viszont éreztessük vele: ha ezek a dolgok minden héten ismétlődnek, akkor nem biztos, hogy mi azért szeretjük és szeretjük elnézni.

Ez a kommunikáció tehát egy folyamatos körforgás, és jelen pillanatban egyetlen kemény eszközünk van, de maga a recept, az a papíralapú információ, ami egy „örület”. Ugyanis egy szakmai döntésből egy informatikai adatbázisból hozzárendelem a megfelelő adatokat, ezt egy kőkorszaki eszközzel, egy nyomtatóval egy papírra viszem, a papírt egy kőkorszaki módszerrel a beteg átviszi a patikába, ahol ebből megint adatot, információ tartalmat csinálnak, és utána a közép-vaskor eszközével, egy floppy-val bejuttatják innen is, onnan is az OEP-hez.

Ez a kőkorszaki módszer azért egy picit modernizálható, ha kihasználom, hogy ez a papír létezik, hogy a nyomtató létezik, tehát bizonyos dolgokat a betűtípustól függetlenül egy jól olvasható és szkennelhető leolvasható formában egy vonalkód formájában fölviszem az egyébként jó nagyra tervezett, és ezért üres helyekkel rendelkező receptre. Létezik ma Magyarországon egy megoldás, ami ilyen vonalkódot generál, amelyen a TAJ szám, a gyógyszer TTT azonosítója, a kiadási oxim, a mennyiség és a felírás dátuma szerepel. Ezt jól meg kell gondolni, mert szűk ez a vonalkód-rendszer, de ha jól, okosan tervezik meg ennek a vonalkódnak az összeállítását, és jó minőségű nyomtatóval nyomtatja ki a házi orvos – magyarul, nem félévente cserél szalagot a nyomtatójában –, akkor a gyógyszerésznél előnyök jelentkeznek. A házi orvosnál az első időben a bosszankodás és a költségek, de a gyógyszerésznél mindenképpen előnyök, ugyanis olcsó, egyszerű, nem jelent többletfeladatot, javítja a gyógyszerkiadás biztonságát. Természetesen vannak ennek hátrányai is, van egy rossz tulajdonsága is: azonos gyógyszertörzset igényel az adott patika és az adott házi orvos között, és ezt még javítom azzal, hogy egy orvos vényeit 3–4–5 patikában válthatják be, sőt egy patikában 4–5–6 orvostól hozhatnak vényeket, akkor tulajdonképpen látszik, hogy itt egységes és mindenható gyógyszer-adatbázisra, gyógyszertörzsre lenne szükség. A Magi készítményeket nem tudja kezelni szegény, de hát a Magi készítményeket jelenleg is úgy szervezzük, hogy aki bőrgyógyászatra meg ilyen helyekre beteszi a lábát, annak már előre mondjuk: ha írnak föl gyógyszert, akkor tessék eltenni a gyógyszertárban megkapott slejfnit. Ugyanis arról én vissza tudok következtetni, hogy mit kapott, de ha behozza nekem az üveget, amin esetleg elmaszatolódott a felirat is, abból nem fogom tudni reprodukálni ezt a dolgot. És hát a másik hátránya ennek a vonalkódnak, hogy egyirányú információ, tehát az orvos felől a gyógyszerész felé elmegy, visszafelé meg sajnos nem.

Érdekeltség. Például amiről az előbb beszéltem, hogy a gyógyszerész biztosan örül neki, a házi orvos nem biztos, hogy örül neki. Kell egy bizonyosfajta odafigyelés vagy egyfajta olyan

szemlélet, hogy ezt mindenki sikertörténetként tudja élvezni. Ha ez a körforgás viszont már nem a papírral, hanem mondjuk egy számítógéppel történik, akkor ennek már elég kemény feltételei vannak. Egyfelől ugyanúgy feltétele az egységes adatbázis, a gyógyszer törzs, másfelől viszont a már meglévő patikai és házi orvosi szoftverekhez ennek modulként illeszthetőnek kell lennie, mert olyan illúziója senkinek nem lehet, hogy jelenleg a piacon lévő cégek akár egyik, akár másik táborból önként és dalolva ezt a fejlesztést megcsinálják, vagy pedig egységesen fogják megcsinálni. Itt megint az OEP szerepe lenne fontos, hogy ezt a modult megfelelően kidolgoztatva és megfelelő presszióval odaadja ezeknek a cégeknek. Sajnos azt is tudomásul kell venni, hogy mindez megfelelő informatikai fejlesztést is igényel a házi orvosi rendelők, illetve a patikák jelentős részétől. És hát itt vannak a buktatók. Az OEP fejlesztési koncepciójáról nem tudunk. Ha évekre előre tudnánk, hogy melyik irányba megy, akkor erre az ember tudna egy kicsit építeni, tudna gondolkodni, a szoftverfejlesztők tudnának ebbe az irányba elmenni, és innentől kezdve lehetne őket érdekeltté tenni. A házi orvosokat szintén érdekeltté kell, és a gyógyszerári fejlesztések forrását is, amiről mindig vita van a Gyógyszerész Kamara és a minisztérium, illetve a szakmapolitika között meg kellene oldani. Ha pedig elkezdünk hálózatokra fölvonulgatni, akkor a vírusvédelemmel, a tűzfalakkal és egyéb ilyen informatikai fejlesztésekkel is foglalkozni kell.

A jövő tehát mindenképpen az lenne, hogy a recept fölöslegessé is válhatna ebben az egész rendszerben, mert a technológia annyira fejlődött és olyan gyorsan haladt, hogy most már tulajdonképpen elég lenne egy kódkártyát ebbe a rendszerbe beletenni, és így a recept akár el is tűnhetne ebből a dologból. A recept vs DPRS-nél az előnyöket/hátrányokat is meg kell nézni. Itt az előny az online kapcsolatból, az oda-vissza kapcsolatból eredne, hogy nem jelent igazából többletfeladatot, ha jól van megírva a szoftver, hogy ez a terápia biztonságát abszolút segíti és kizárja az akármilyen okból létrejövő tévedést. Hátránya? A házi orvosok idegenkedése. Tulajdonképpen a betegeknek is valószínűleg el kellene néhányszor magyarázni, hogy most ő nem kap ugyan receptet, de menjen el az első patikába, és mire odaér, addigra őt ott várni fogják. Nincs még a magyarországi kereskedelemben vagy bármilyen szolgáltatásban ilyen típusú szolgáltatás, ezért szerintem legalább egy műanyag bilétát adni kell az első időben a beteg kezébe, hogy legyen mit vinni.

A beruházás forrása. Véleményem szerint hozna néhány évtizeden vagy néhány éven belül annyi előnyt anyagilag is ez a dolog, ami azt a néhány százmillió forintos vagy néhány milliárd forintos beruházást az egészségbiztosító részére felvállalhatóvá kellene tenni. Lenne egy óriási előnye is: legalább mindenhol az országban azonos színvonalú készülékek lennének, nem pedig mindenki a saját jól bevált, bevásárolt „varázslójával” építené meg azt a számítógép-konfigurációt, és a saját programozójával programoztatná meg az ahhoz való szoftvert. A rendszergazdákat is valami módon motiválni és támogatni kellene ebben az irányban.

Visszatérve az eredeti kihíváshoz: tulajdonképpen az informatika ezeken a módokon tud megoldásokat adni. Az Internet révén meg lehetne csinálni a jelentések egyszerűsítését, az elektronikus aláírást, amire egyszerűen nem értem, hogy miért nem kerített még sort az OEP. Ugyanis minden jogosultsága is meglenne arra, hogy az egészségügy összes szereplőjének elektronikus digitális aláírást generáljon.

Az adatkezelés, adatbiztonság. Máris másképpen működne, ha egységes adatbázisok lennének és azok adatkezelési politikáját mindenki köteles lenne elfogadni. Sokkal kevesebb gond lenne egy-egy betörésből, egy-egy patikai vagy orvosi rendelői betörésből, amikor komplett praxisok 5–6–8 éves komplett adatbázisát viszi el valaki, aztán jobb esetben letörli,

rosszabb esetben esetleg felhasználja.

Az egységes adatbázisokat az OEP-nek kellene megcsinálni, ugyanis nála már nagyjából ott is van, csak olyan módon kellene ezt az egészet kezelni, hogy az naprakész legyen, az illetékesek számára könnyen hozzáférhető legyen, az illetéktelenek előtt pedig nagyon jól zárható lenne. Az adatbázisoknál meglenne még az az előny is, hogy a beteg nagyobb biztonságba kerülne. Tehát ha például egy rosszullét kapcsán nem tudja elmondani, hogy mi a baja, akkor is az ott lévő mentő vagy ügyelet orvos tudhatná az információkat az ő, esetleg az életét befolyásoló betegségeiről, gyógyszerterápiáiról.

Aktív betegkártya. Most állunk közvetlenül az európai betegkártya bevezetése előtt. Ha ez a kártya alkalmas lenne egy korrekt informatikai megoldással a kódok kártya szerepre, és nem csak arról szólna, hogy le tudom róla olvasni a beteg nevét, TAJ számát és biztosítási jogviszonyát, akkor nem kerülnénk megint abba a helyzetbe, hogy a 90-es évek elején kétszer is elláttuk az összes magyar állampolgárt TAJ kártyával meg mindenféle biztosítási kártyával, csak éppen semmire nem jó. Ez hozná tulajdonképpen igazán a jó megoldást.

Informatika a gyógyszerterápiában

Dr. Szalay Károly

Előjáróban annyit szeretnék megemlíteni, hogy amikor ezt a tanácskozást szerveztük, még nem gondoltam arra, hogy én előadó is leszek, de így alakult, és most voltaképpen Sándor Csaba mondanivalóját fogom előadni.

Informatika a gyógyszerterápiában címmel nagyon sok mindenről lehetne beszélni, de a kérdést le lehet szűkíteni erre: gátolja vagy segíti az informatika a gyógyszerészt a gyógyszerterápiában. Ha az egészségügy szereplőit nézzük, és a gyógyszerészt helyezük a középpontba, akkor a beteg, az OEP, az orvos, a rendszergazda és a Gyógyszerész Kamara jelenti azokat, akikkel a gyógyszerész kapcsolatban áll.

A gyógyszerterápiában milyen volt a helyzet a privatizáció előtt? A gyógyszerész kommunikált a beteggel, ugyanúgy, ahogy ma - ez egy nagyon jó verbális kommunikáció volt - kommunikált az orvosokkal ugyanúgy, mint ma, verbálisan. A gépet, ami rendelkezésre állt, pénztárgépnek hívták, igen kevés hibalehetőséggel, mert ha a pénztárgépen melléütöttek, akkor a pénzügyi számolás sem működött. Általában a pénzügyi Központ számolta el a biztosítót, és a legtöbb patikában volt egy asszisztens, aki a változásokat egy spirálfüzetbe vezette és a változások nyilvántartása nagyon kevés munkát adott.

Napjainkban hogy néz ki az informatika? A gyógyszer-információs rendszer a készletgazdálkodástól kezdve a beteg tájékoztatásig mindenre alkalmas, erről a Torzsa Tibor előadásában nagyon jó képet kaptunk. Nagyon fontos kérdés a helyettesíthetőség és kitűnően segíti a helyettesíthetőségi információs modul a gyógyszerészek munkáját, mivel rengeteg azonos hatóanyagú gyógyszer van. Ugyanez vonatkozik az interakció-vizsgálatra, továbbá a gyógyszerészeti készletgazdálkodást nagyban segíti a lejárati idő figyelése. A TAJ szám rögzítése, a TAJ szám ellenőrzése, illetve a TAJ szám jogosultság és a közgyógy-ellátott betegek nyilvántartása szintén fontos feladata a gyógyszerésznek, akárcsak az internetes adatbázisok elérése, amely a betegek tájékoztatását segítő munka. Ezek egyértelműen szakmai információkat jelentenek.

A gyógyszerészeti gondoskodás egyre inkább előtérbe kerül, és ma már a patikák egy részében rendelkezésre áll az a bizonyos információs sarok, amely ott önálló informatikai bázis is egyben. Hogyan alakul ez a jövőben? A gyógyszerészeti gondozás informatikai háttérének biztosítása többek között azt jelenti, hogy a betegről alapadatokat nyilvántart a gyógyszerterápia, ilyenek mondjuk a testtömeg, magasság, a vérnyomás, adott esetben pulzus száma, bizonyos

alapbetegségek, amelyek előfordulnak, vagy például az, hogy allergiás-e az illető, és egyáltalán, hogy milyen gyógyszeres terápiában részesül a beteg.

A kommunikációs lehetőségek bővítése a jövőképhez tartozik. Az internetes kapcsolat biztosítása etikai kérdéseket is felvethet. Egyre több gyógyszertárnak van önálló honlapja, amely a lakos részéről elérhető, és etikai kérdés lehet, hogy ezen a honlapon mi szerepelhet és milyen mélységben.

Az önkiszolgáló információs helyek kialakítása néhány éve elindult program volt, és több kongresszus alkalmával bemutatásra kerültek az ezt szolgáló monitorok, de azt hiszem, hogy ez nem futotta még ki magát, és egyáltalán nem terjedt el olyan mértékben, mint ahogy várható volt. Itt nem csak arról van szó, hogy a beteg megfelelő gyógyszer- vagy gyógytermék-információhoz jusson, hanem arról is lehetne szó, hogy a beteg anélkül, hogy az orvossal vagy a gyógyszerésszel kommunikálna, sajátmagától bizonyos veszélyeztetett csoportokra jellemezhető előszűréseken vesz részt. Tehát ez a veszélyeztetett csoportok kiszűrésére alkalmas önkiszolgáló információs modul lehetne.

Az informatikai kapcsolat a gyógyszertárak és az OEP között: erről itt ma elhangzott, hogy 300000 floppy/év az, amivel a gyógyszertárak elszámolnak az OEP részére. Ez azt jelenti, hogy 150 floppy jut egy-egy gyógyszertárra. 1 floppy bevitele az OEP-hez a velejáró közlekedéssel fél napot vesz igénybe, ami gyógyszertáranként 75 munkanap/év. Ha ezt takarítónő végzi, akinek mondjuk van egy 1000 forintos óradíja és a 75 munkanap az körülbelül 600 óra, akkor ez egy takarítónő esetében is évi 600000 forintos munkabér, egy gyógyszerész vagy egy szakasszisztens esetében pedig, ahol nyugodtan számolhatunk 1500–2000 forintos óradíjjal, ott ez már körülbelül milliós nagyságrend. Érdemes elgondolkodni tehát a floppy-s információáramlás továbbfejlesztésén.

Mi az, ami a jövőben még fontos lehet? Az OEP informálása az officina értékesítésekről, gyakorlatilag jelenleg is fontos kötelezettsége a gyógyszertárnak, továbbá a közgyógy-betegek nyilvántartása szintén állandó feladat. Ezek megoldására az online kapcsolat igénye egyértelműen, ennek a technikai megoldása a GPRS, ADSL, kábelmodem, mikrohullám stb.

A távolabbi jövő egyik útja az elektronikus vény, a végső cél a biztosító részéről ez lehet. Ehhez egyértelműen szükség van az online kapcsolatra az orvos, az OEP és gyógyszerész között és előbb-utóbb arra is, hogy a digitális aláíráson alapuló elszámolási mód a biztosítóval létrejöjjön. Az elszámolások felgyorsítása egyértelműen fontos feladat, hiszen ma átlagosan 20 napra kapja meg a gyógyszertár a vények után a pénzt.

Sok a teendő az orvos és gyógyszertárak közötti kapcsolat rendszerében is. Általában a telefonos kapcsolat működik ebben a körben, de jelenleg egyáltalán nincsen számítógépes összeköttetés az orvos és a gyógyszerész között. Gondok vannak mindkét részről. Ilyen gond az orvosi rendszergazdák nagy száma, az orvosi rendszerek jogszabálykövetése sem egyértelműen naprakész. Külön kérdés, hogy a beteghez kihívás során az orvos, azt hiszem, minden esetben kézzel írja a vényt, és bizony nagyon gyakori a hibásan vagy hiányosan kitöltött vény. A jövőben egyik lehetősége az orvosi és patikai rendszerek összeköttetésének valamilyen szintű biztosítása. Így az orvos tájékozódhatna a gyógyszertár készletéről, ami azt jelenti, hogy nem megy el a beteg feleslegesen a gyógyszertárba, vagy az orvos ebben a pillanatban dönthet a helyettesíthetőségről, és így az ellátás színvonalát nyilván lehetne ezzel is emelni.

Csak röviden említeném meg, hogy szerintem mi a rendszergazdák feladata valójában, illetve az informatikai kapcsolatban a rendszergazda és a gyógyszertárak közötti feladatok, hogyan osztódnak meg. A legfontosabb: a rendszergazdának biztosítania kell, hogy a gyógyszertár

működnek, az elszámolások jogszabálynak megfeleljenek, és a szakmai információk naprakészek legyenek. A számítógépes programokat folyamatosan fejlesztik a rendszergazdák, hiszen van karbantartás, az információkat CD, floppy és online kapcsolat formájában juttatják el a gyógyszerertárhoz.

A Kamara országos hivatala és a megyei hivatalok, a gyógyszerészek közötti kapcsolat, azt kell mondanom, nyögdéssel. Ennek számos oka van. Az egyik oka lehet az is, hogy ugyan minden gyógyszerertárban ott van az Internet-elérhetőségi lehetőség, de –mint most hallottuk - a 2000 gyógyszerertárnak körülbelül 80–90 %-a nem él vele. Hogy hányan használják? A mi felméréseink szerint a Magyar Gyógyszerész Kamara honlapján, amely jelenleg a gyógyszerészek részére az egyik legjobb tájékoztató jellegű csatorna, van nap, hogy 1000 látogató van, de átlagosan mintegy 500–600 látogató van. A honlap kétszintű. Az egyik szint az, amit bárki elérhet, a másik szint pedig csak a regisztrált gyógyszerészek részére érhető el. Azt kell mondanom, hogy azoknak az információknak, amelyek a Magyar Gyógyszerész Kamara a gyógyszerészek, a gyógyszerertárak működéséhez és a gyógyszerészek életéhez kapcsolódnak, körülbelül 50 %-a szerepel a bárki számára elérhető részen, a regisztrált gyógyszerészek részére pedig a honlap 90 %-os információt ad.

Igen fontos a kamarai adminisztrációs rendszeren belül a működési nyilvántartás. Különlegesen nagy probléma a továbbképzések kérdése, az, hogy az ötéves ciklus végére hány gyógyszerész hány ponttal, és egyáltalán a működési nyilvántartásban tovább szerepeljen. Ez ma olyan gond, amelyre év végéig mindenképpen megoldást kell találnunk. Nagyon szeretnénk elérni, hogy a gyakorlati pontok nyilvántartása minden gyógyszerész személy részére hozzáférhető legyen, mindenki minden pillanatban tudja, hogyan áll a továbbképzési pontjainak gyűjtögetésével. A tagnyilvántartás és a gyógyszerertár-nyilvántartás természetesen ugyanúgy ennek a honlapnak, illetve ennek az elérhetőségnek fontos része.

Offenbachné dr. Sólyi Ilona: Egyetlen gondolatot, zárógondolatként, engedjenek meg nekem. A napokban hallgattam az Info Rádióban a Potonay Lajossal készült interjút, amiben ő arról beszélt, hogy 328 vagy 382 – engedjék meg, hogy nem tudom, szégyellem magam – milliárd forintos költségvetési elképzelést adott be az OEP, amelyben különösen nagy szerepet szán az Interneten keresztül történő informálódásnak, tehát azoknak a feltételeknek a megteremtésére, amelyek ezt a lehetőséget bővíteni fogják. Úgyhogy ennek a reményében zárom be ezt a mai konferenciát, megköszönve figyelmüket, az előadóknak pedig az előadást.

