

Irányelvek helyzete Magyarországon, 2009 Eredmények, hiányosságok és teendők

Dr. Rékassy Balázs M.Sc., Pfizer Magyarország

A cikkben a szerző a szakmai irányelvek hazai fejlesztésének feladatait fogalmazza meg. Kiemeli, hogy a szakmai irányelvek valós életben való alkalmazási ösztönzőinek hiánya az egyik lényeges probléma a hazai gyakorlatban. Továbbá csakis az irányelvfejlesztés, az alkalmazás, ellenőrzés, visszacsatolás körfolyamata teremtheti meg a minőségbiztosításnak a gyakorlati gyógyításban való elterjedését. A tanulmány a szakmai irányelvek és a finanszírozási elvek összefüggését és különbségét hangsúlyozza.

The paper is summarising the necessary steps of medical guidelines development in Hungary. It says there is lack of incentives, motivation to use of medical guidelines within the actual everyday medical practice. It also states that only the proper, complete cycle of guideline development – usage, control, and feedback – can create the appropriate quality assurance in the medical practice. The author also emphasizes the difference and connection of medical and financial guidelines.

A SZAKMAI IRÁNYELVEKRŐL

A szakmai irányelvek meghatározott egészségügyi problémával kapcsolatos rendszerezett, tudományos módszerrel kifejlesztett szakmai ajánlások.

A rendelet alkalmazása szerint: Az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett döntési ajánlások sorozata, adott betegcsoport különböző ellátási módozatainak meghatározására, amelynek célja, hogy segítse az orvost és a beteget a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában [1].

A szakmai irányelvek olyan eljárási rendek, amelyek az általános és tipikus ellátási szituációkra szólnak, feladatuk, hogy az adott terület művelői számára a rendelkezésre álló összes, bizonyítékokon alapuló tudás összefoglalásával támpontot adjanak egy-egy konkrét betegellátás esetében. Az egyedi körülmények alapján bármikor el lehet térni tőlük, de az eltérést meg kell tudni indokolni szakmai vagy egyéb (pl. gazdaságossági) döntések alapján [2].

AZ IRÁNYELVEK CÉLJA

Az orvosi szakmai irányelvek célja, hogy egy adott szakmai kérdésben ajánlásokat tegyen az explicit, bizonyítékokon alapuló diagnosztika, terápia, és gondozás korszerű és nemzetközileg elfogadott módszereire vonatkozóan.

Az orvosi praxist segítő szakmai irányelvek az egészségügyi ellátás színvonalának emelését, a gyakorlat egységesítését és az erőforrások felhasználásának optimalizálását szolgálják. Szisztematikusan megfogalmazásuk a legújabb kutatások eredményein és tudományos bizonyítékokon alapul.

Egy adott szakmai irányelv több megoldást is tartalmazhat az adott probléma, betegség kezelésére. Egy adott kérdésre más-más szakmai szervezetnek más-más véleménye, irányelve lehet egy adott betegség kezelése kapcsán, de a lényeg, hogy ezek közül nem biztos, hogy mindegyik közpénzből, közfinanszírozás terhére támogatandó. Ennél fogva további fejlődési lépcsőfok az alternatívák közül kijelölni az(oka)t, amelyeket tud, képes és helyes, hogy közpénzből finanszíroz a biztosító.

Így kimondhatjuk, hogy ami szakmailag helyes és kívánatos, még nem biztos, hogy költséghatékony, és köztámogatás alapjául szolgáló finanszírozási irányelv alapját kell, hogy képezze [3]! A szakmai irányelvek célja, hogy segítse az ellátást végzőt és a beteget a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában, javítsa a gyógyító munka minőségét, hatásságát, és költséghatékonyt [4].

A finanszírozási irányelv megadja egy betegségre vagy betegcsoportra vonatkozatható, közfinanszírozás terhére nyújtható egészségügyi ellátások diagnosztikai és terápiás lépcsőinek átlátható, egységes, algoritmizált összességét a költséghatékony figyelembevételével [5].

KORUNK NAGY DILEMMÁJA – SZAKMAISÁG ÉS GAZDASÁGOSSÁG

A szakmailag kívánatos és gazdaságilag megengedhető között feszülő ellentét kérdése egyre erősebben érezhető az egészségügyben is. Nehéz, és eddig a politika által gyakran nyíltan nem kezelt kérdés, hogy a mai orvos-szakmai tudástár a közfinanszírozás terhére, társadalombiztosítási kasszából, egyszerűen nem nyújtható mindenkinek. Ki kell mondanunk és a társadalommal is el kell fogadtatni, hogy vannak és egyre nagyobb mértékben lesznek olyan eljárások, kezelések stb. amelyek modernnek, kiválóak, de csak egyfajta kiegészítő biztosítási formában vagy bármely más, a közfinanszírozáson kívüli forrásból lehetséges, hogy elérhetőek legyenek [6].

Megjegyzem, hogy itt is a lényeg a hozzáférési jogosultságban a transzparens, tiszta feltételrendszer lenne, és nem a kapcsolati tőke, a paraszolvencia és a szerencse kellene, hogy meghatározza, hogy az adott szituációban az adott ellátás hozzáférhető-e vagy sem. Ezért is fontos, hogy a szak-

mai irányelvekből készülő végleges, közfinanszírozás alapját képező eljárás-leírások a gazdaságossági, finanszírozási kérdéseket is figyelembe vegyék szakmaiságuk mellett, azaz finanszírozási irányelvek is készüljenek. Az irányelv-készítés valódi multiszektoriális feladat: egészség-gazdasági értékelésre is szükség van fejlesztésük során.

GYAKORLATBAN HASZNÁLHATÓ?

Jelen dolgozat, ezen kérdés mellett, egy másik problémára is rá szeretne világítani a hazai orvosi gyakorlat fejlődésének segítése céljából: a minőségbiztosításban megszokhattuk a tervezés, kivitelezés-megvalósítás, értékelés, módosítás visszacsatoló körciklusát [7]. A hazai irányelvhasználat szempontjából sajnos azonban nem valósult meg még ez a körfolyamat.

Két ponton is probléma merül fel. Elsőként a szakmai szervezetek nehezen vehetők rá jó minőségű szakmai irányelvek elkészítésére, illetve a szakmai irányelvek egy része meg sem felel a jogszabályban foglalt elvárásoknak. (Attól, hogy még az Egészségügyi Közlönyben megjelent, egyáltalán nem biztos, hogy módszertanilag fejlesztése megfelelő volt.)

Amennyiben azonban optimistán fogjuk fel a kérdést, annak örülhetünk, hogy számos szakmai szervezet készít irányelveket. Azonban ki kell hangsúlyoznunk, hogy ezen irányelvek használata a mindennapi gyakorlatban nem terjedt el széles körben (legalább is erre nem történtek felmérések, és ez az általános vélekedés is), és ellenőrzésük, követésük hiányzik, illetve a tapasztalatokon alapuló visszacsatolás rendszere sem épült ki.

Szakmai érdeklődésén, lelkiismeretén kívül ma senki és semmi nem motiválja a gyakorló orvost arra, hogy a munkájában szükséges irányelveket megismerje, tevékenysége során kövesse.

A MINISZTERIUM SZABÁLYOZÓ SZEREPE

A szakmai irányelvek kidolgozásának, közzétételének részletes eljárási rendje az egészségpolitika oldaláról a vizsgálati és terápiás eljárásrend kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről szóló 23/2006. (V. 18.) EüM rendeletben – az ésszerű gyakorlatiasság követelményére is figyelemmel lévően – megfelelően szabályozott.

A rendelet erőssége a felelősöket, folyamatokat és határidőket is tartalmazó részletes szabályozás. Hátránya viszont egyfelől, hogy nem minden klinikai kérdés illeszthető bele a rendeletben meghatározott szerkezetbe. Kellő rugalmassággal azonban az irányelv-készítéssel foglalkozó szakmai szervezetek ezt a kérdést gyakorlatban megoldották. A rendelet további hátránya az érdemi szankció hiánya. Szankció hiányában az egyes szakmai szervezetek elkötelezettségén múlik csak, hogy milyen mértékben dolgozzák ki az irányelveket, illetve milyen gyakran frissítik azokat [8].

Lényeges továbbá, hogy a minisztérium szerepe az irányelvek felhasználása, alkalmazása körciklusának létrehozásában lenne meghatározó. Az irányelvek fejlesztése mellett a gyakorlati alkalmazhatóságra és alkalmazásra, a minőségi visszacsatolásban, az eredmények által inicializált módosításban, azaz a körfolyamat biztosításában kell, hogy az állam irányító szerepe megmutatkozzon.

Ezzel szemben a minisztérium adott témával való törődése, téma-menedzsmentje ad-hoc, és személyi függő: volt olyan miniszter, akinek az irányítása alatt a minisztérium rendszeresen jelentetett meg irányelveket, volt olyan, aki alatt e téma nem szerepelt napirenden.

A minisztérium hivatalos lapjában (közlőny) és honlapján keresztül közzétételén túl, nem egészségpolitikai szervezetek, kiadók (NGO-k) is segítik az irányelvek lehető legszélesebb körű megismerését szaklapokban, gyűjteményes művekben (lásd. 2000 óta Útmutató kézikönyv sorozat) [9], illetve a szakmai társaságok nyomtatott és on-line kiadványaiban, szakmai portáljain is közölnek ilyen jellegű szakmai irányelveket, protokollokat.

A központi, (minisztériumi) felelősség jelenlegi legnagyobb problémá(i) az adott kérdés szempontjából:

- azon szakmai szervezetek szankciója, amelyek elmaradással (mennyiségi hiány), vagy nem megfelelő minőségben elkészült munkával (minőségi hiány) teljesítik kötelezettségeiket az irányelvek fejlesztése terén,
- tudatos, átgondolt, lépcsőzetes, megvalósítható koncepció nem ismert az irányelv fejlesztés ciklusával kapcsolatban,
- egységes koncepció meglétének hiánya az irányelvek széleskörű gyakorlati alkalmazására vonatkozólag,
- irányelvek gyakorlatban történő alkalmazása során, a gyakorlatban fellépő hatások (betegelégedettség, szakmai színvonal, megvalósíthatóság-betarthatóság, költséghatékony stb.) mérésének, a visszacsatolás lehetőségének, rendszerének, módszertanának és bevezetésének hiánya,
- a finanszírozó további fontos (egyik legfontosabb) feladata a szakmai irányelvek finanszírozási protokollokka történő továbbfejlesztése lenne.

Talán bele sem gondolunk, pedig az egységes szakmai színvonalat garantáló, és általános, főbb kérdéseket tárgyaló, rendszeresen karbantartott minőségi irányelvek nélkül nem megvalósítható az egészségügy modernizációja, hiszen az eltérő szakmai színvonal tovább erősíti az esélyegyenlőtlenséget, kiszámíthatatlan és pazarló rendszert teremt.

A színvonalas, használható szakmai irányelvek képezik az alapot a kiegészítő egészségbiztosítás meghatározásához, a felelősségbiztosításhoz, a szakmai minimumfeltételek és eljárásrendek egységes megköveteléséhez, és következetes betartásához. Mindez nagy lépés lehet egy fenntartható, költséghatékony, és nagyobb esélyegyenlőséget garantáló jövőbeli egészségügyi ellátás kialakításához.

GAZDASÁGOSSÁG VERSUS SZAKMAISÁG – DILEMMA VAGY PÁRHUZAM?

Az irányelvek alapvető célja a szakmai megfelelés biztositása, és nem a gazdaságossági korlátok figyelembevétele. Mégis a valós világban élünk, így ami szakmailag lehetséges, nem biztos, hogy finanszírozható, és ha elvileg még finanszírozható is, nem biztos, hogy a jelen lehetőségek mellett társadalmi esélyegyenlőséget és igazságosságot biztositva finanszírozható. Már itt felmerül a Hippokraté-szi orvosi eskü (szakmailag lehetséges) és a gazdaságilag megengedhető dilemmája.

Két eltérő nézet fordul szembe egymással: A Hippocrates-inak aposztrofálható szemlélet szerint az irányelvek célja, kizárólag az orvos-szakmai szempontok figyelembevétele. Az irányelv szakmai szabályok lefektetésével segítse az orvos-szakmai munka minőségi fejlesztését, a lehetőségek megismerését.

Ettől külön kell tekintetni a finanszírozási lehetőségeket, amelyek előzetesen nem befolyásolhatják a szakmai megoldásokat, és amelyeket adott ellátási szinten, helyen utólagosan kell figyelembe venni. Ezen nézet a gyakorlati életben a lehetőségek megismerésére, a szakmai tudás elmélyítésére kiváló, de nem veszi figyelembe a hazai ellátórendszer lehetőségeit, az egészségben eltöltött életévre jutó költség-ráfordítási limit eltérő szintjét.

Megítélésem szerint – habár elméletben a gyakorló orvosnak joga (és szakmai kötelessége) tisztában lenni a szakmai lehetőségekkel – a gyakorlatban, a közfinanszírozáson nyugvó egészségügy szempontjából nem lehet ez a végső cél, hiszen ezen szakmai irányelvek nem minden esetben alkalmazhatóak itthon a társadalmi közösség szempontjából. Kihangsúlyoznám, hogy ezek a szakmai irányelvek fontosak a szakmai lehetőségek megismerése szempontjából, de nem minden esetben jelenthetnek automatikusan azonosságot a közpénzekből való ellátás lehetőségével.

Másik egyidejűséget hirdető szemlélet szerint a mai orvosi gyakorlatban nem különíthetők el a szakmai döntések a gazdasági lehetőségektől. Ezek közös, egyidejű, munkacsoportban történő fejlesztések eredményeként, az adott ország, közösség, közfinanszírozás racionalitásainak figyelembevételével alakíthatók ki.

Amennyiben azt akarjuk, hogy az irányelvek be tudjanak épülni a valós gyógyításba, és hozzá tudjanak járulni a rendszer minőségbiztositásához, úgy a szakmai protokolloknak figyelembe kell venniük, hogy az adott ország, közösség ellátórendszerének és a finanszírozásának melyek a sajátosságai és lehetőségei [10].

Megítélésem szerint az irányelvfejlesztést átgondoltan, lépcsőzetesen, előre tervezetten kellene a jövőben alakítani:

- Legyenek használható, minőségi, elfogadott módszertani szabályoknak megfelelő irányelvek minden szakterületen (szerencsés lenne, ha egy szakterület egy témában egy közös irányelvet el tud fogadni, de természetesen a

szakmai szabadságnak megfelelően elfogadható, ha több, egymástól eltérő vélemény is napvilágot lát). A mennyiségi munka helyett, fokozatosan szükséges átvizsgálni, és minőségileg javítani a meglévő irányelveket;

- A már meglévő irányelvek tartalmazza az aktuális, tényeken alapuló orvoslás (Evidence Based Medicine) érték/szempontrendszerét;
- Az EBM irányelvekhez készüljenek gazdaságossági/megvalósíthatósági tanulmányok, készüljenek eljárásrendek, melyek mintegy minőségbiztositási elemként be tudnak épülni a hazai ellátási gyakorlatba;
- Készüljenek el a visszacsatolási szempontrendszerek, indikátorok, betegelégedettségi kérdőívek stb. mellyel auditok során adott irányelv használata, „működése”, valós életben való követése, hatékonysága mérhető;
- A visszacsatolásoknak, a tudományos ismeretek változásának megfelelően megadott időszakokként az irányelveket vizsgálják felül, újítsák meg. Itt fontos lenne a jogszabály betartása, amely 3 évenkénti megújítást ír elő;
- A finanszírozó feladata, hogy előre és expliciten kijelölje, hogy mely szakmai megoldásokat tud és képes finanszírozni. Objektív egészség-gazdaságossági számítások és stratégiai prioritások mentén a finanszírozóval közösen kell kiválasztani, hogy mely megoldás biztositható közpénzből költséghatékonyan.

IRÁNYELVEK JELENE

A különböző minisztériumi vezetések különböző prioritással tekintettek az irányelvek fejlesztésére, publikációjára. A kezdeti fellendülés után az Egészségügyi Közlönyben való irányelv közlések lelassultak, és átlagosan másfél évente várható egy-egy újabb irányelv csomag publikálása. A helyzetet jellemzi, hogy új szakmai irányelvek a minisztérium honlapján több mint egy éve nem jelentek meg. A minisztérium adott kérdéssel való publikus munkája a lejárt érvényességű szakmai irányelvek érvényességének jogi meghosszabbításában merül ki [11].

Nem fenntartható az a helyzet, hogy szakmai, módszertani és sok esetben szerkesztési kontrol nélkül jelenik meg irányelv, amely közlönybeli megjelenése folytán „hivatalossá” válik. Tudomásom szerint e célból hozta létre a Minisztérium az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézetet (EMKI) [12]. Vagy ez a szervezet, vagy más önszerveződő, szakmákon átívelő grémium ilyen jellegű munkájára nagy szükség van a jövőbeli egységes szakmai alapok megteremtése céljából.

GYAKORLATI ALKALMAZÁS NÉLKÜL MIT SEM ÉR AZ EGÉSZ

Az irányelv-készítés mai másik problémája a gyakorlatba való átvitel hiánya. 2009-ben már a legtöbb, legfontosabb (vagy széles társadalmi rétegeket, vagy különös gazdasági,

szociális, etikai vonzattal rendelkező) terápiás terület szakmai irányelve rendelkezésre áll. Az egészségpolitikusok által viszont fel nem ismert, vagy nem kellőképpen hangoztatott és kezelt probléma az irányelvek gyakorlatba való átültetése, a mindennapi munkába való beépítése. Jelenleg senki nem motiválja a gyakorló orvost, hogy ismerje meg, alkalmazza az adott szakterület szakmai irányelveit, illetve ezt senki nem ellenőrzi!

JÖVŐBEN VÁRHATÓ-E ÉS CÉLSZERŰ-E A GAZDASÁGOSSÁGI KÉRDÉSEK MEGJELENÍTÉSE

Mivel a legtöbb szakmai kérdésre hazai irányelv(ek) léteznek(nek), így fontos továbblépés lehet (a minőségi fejlesztés, és az aktualizálás mellett) a gazdaságossági kérdések figyelembevétele.

Itt a problémát megint minimum 2 szintre lehet osztani:

- az adott irányelv által meghatározott területen, szakmai kérdésen belüli gazdaságossági, költséghatékonysági kérdések elemzése, tisztázása, illetve
- az egyes terápiás területek közötti prioritások felállítása, amely kérdés, nem is a szakma, vagy a szakmák közötti harc, hanem az egészségpolitika és egészség-gazdaságtan feladata.

KÜLÖN TARTALMAZZANAK FINANSZÍROZÁSI KOMMENTÁRT VAGY CSAK ARRÓL SZÓLJON, AMI GAZDASÁGILAG IS MEGENGEDHETŐ?

Első lépés lehet az elkészült irányelvek külön finanszírozási kommentárokkal való ellátása. Későbbiekben meggondolandó lehet a szakma és a finanszírozó együttműködése és olyan közös finanszírozási protokoll kialakítása, amely az irányelv szakmaisága mellett a finanszírozási lehetőségek, gyakorlati, gazdaságilag megengedhető mivoltának megjelentetésére is hangsúlyt fordít. Ez természetesen számos kérdést vetne fel az érvényesség tekintetében, a változó piaci lehetőségek és változó, kiszámíthatatlan finanszírozási környezet mellett. De végső cél, hogy a közpénzekből történő gyógyító munka alapját csak olyan irányelvek alkothassák, amelyek során a szakmai kérdések mellett a közpénzekből történő finanszírozás lehetőségeit is figyelembe vesszük, azaz elérkezünk a valódi finanszírozási protokoll kategóriájához.

HASZNÁLJÁK-E AZ ELKÉSZÜLT IRÁNYELVEKET?

Sajnos erről semmilyen információval nem rendelkezünk! Az elkészült és közzétett irányelvek alkalmazását mérő, elemző nyilvános, szervezett, rendszerezett, szakpolitikai vagy NGO felmérés nem ismert. Az elmúlt időben, sporadikusan, de előrelépés indult meg, egy, a területek szakmai protokolljainak érvényesülésének vizsgálatára. Pl. a

mammográfiás szűrések protokolljának használatát évek óta elemzi és követi Boncz munkatársaival [13].

Szintén kiemelendő, hogy az OEP idén nyáron egy projektet indított a háziorvosok munkájának mérésére, értékelésére, amelyben tükrözéssel jelleggel indikátorokat mérnek, azzal a céllal, hogy az egyes szakmai elvek (infarktus utáni gondozás, diabétesz gondozás, szűrésre való buzdítás stb.) hogyan érvényesül az egyes háziorvosok gyakorlatában.

A kardiológiai szakma már tovább ment ezen a területen, és a gyakorlati életben ért el olyan szintű változást, amelynek egyértelmű társadalmi hatásai is vannak az infarktus kezelése terén. A szakmai irányelvek változásainak, szakmailag és anyagilag is preferált támogatásának köszönhetően a trombolízis háttérbe szorul, és a haemodinamikai laborok hozzáférhetősége és erősödése következtében javult az akut infarktus ellátás minősége, ezzel együtt csökkent az infarktus halálozása [14, 15].

A szakmai irányelvek érvényesülése, mérése és a visszacsatolás megteremtése az adott szakma és az egész társadalom érdeke.

AZ EREDMÉNY MÉRÉSÉNEK HIÁNYA

A szakmai-, klinikai irányelvek maguk nem célok, hanem eszközök – amint említettük – a jövőbeli minőségbiztosítási rendszer, a kiegészítő biztosítások elvi megteremtésének lehetőségei, alapjai. A szakmai- klinikai irányelveken keresztüli minőségfejlesztés végső célja az egészségügyi ellátás szakmai színvonalának és átláthatóságának javítása. A kívánatos módszertani szempontok miatt szükséges a köztes célok megállapítása, és ezek elérésének szorgalmazása az irányelveken keresztül.

Az irányelvek elkészítése, publikálása és alkalmazása után, az irányelvekbe beépített indikátorokon keresztül kötelező auditálási feladat lenne az eredmények felmérése, annak megállapítása, hogy az elkészült, közzétett és alkalmazott irányelv a feltételezett célt (pl. széleskörű gyakorlati alkalmazás) elérte-e. Amennyiben nem, akkor szükséges annak a vizsgálata, hogy minek tudható be az eredmény elmaradása (pl. rossz célkitűzés, alkalmatlan eszköz, körülmények változása stb.).

KÖVETKEZTETÉSEK

Összefoglalásként leszögezhetjük, az irányelvek fejlesztése területén a legtöbb szakmában az elmúlt években látványos mennyiségi fejlődés történt, de elmaradások vannak a minőségi, egységes színvonal elérése terén. A pozitív, első szakmai lelkesedés után nem szabad megállni. Fontos fejlődési cél lenne az egységes szerkezet, az irányelv minőségbiztosítása, és gazdasági lehetőségeinket is figyelembevevő széleskörű és elfogadott alkalmazása.

Fontos teendő a hazai közfinanszírozási lehetőségek, és a költséghatékonyság figyelembevételével olyan egységes

finanszírozási irányelvek kialakítása, amelyek nemcsak a szakmailag nyújtható, hanem a gazdaságilag megengedhető szempontokat is egyenlő mértékben veszik figyelembe. Mindez nagy lépés lehet egy fenntartható, költséghatékony, és nagyobb esélyegyenlőséget garantáló jövőbeli egészségügyi ellátás kialakításához.

Részletekbe hajló, de fontos kérdés a hazai tapasztalatok visszacsatolásának, gyakorlatának megteremtése. Ahogy igen halvány képünk van az elkészült irányelvek gyakorlati használatáról, az irányelvekbe épített indikátorok monitorozásáról; hiányzik alkalmazásuk ösztönzése, illetve a szakmai visszacsatoláson alapuló irányelvfejlesztés is. Ezekkel lennének megteremthetők azok a szakmai irányelveken alapuló eljárásrendek, amelyek egy egységes minőségbiztosítási szemlélet kialakítását segítenék. Amennyiben ezen a téren elmozdulást tudunk elérni, a minőségbiztosítási szemlélet azonnal megteremtené az irányelvfejlesztés körciklusát is: irányelv – eljárásrend – visszacsatolás – irányelv módosítása.

Ez a szakmai színvonal emelésén kívül lényeges anyagi következménnyel is járna, és erős lépés lehetne az egyszerű

re szűkös, másrésztől pazarló ellátórendszer racionalizálása irányában.

A tudatosan, lépcsőzetesen felépített irányelvfejlesztés, a minőségbiztosítási szemlélet országos kialakítása mellett már rövidtávon is követendő út lehet a szakmai irányelvek finanszírozási kommentárokkal való ellátása, majd a finanszírozási szempontok szerves részként való beépítése.

További feladat az irányelvek helyi, az adott szakmai közösségre történő adaptációja, amely során az adott ellátási egység anyagi, gazdasági lehetőségei figyelembevételre kerülnének, és ezáltal a helyi felhasználás esélye is nőne.

Csak így, az irányelvek segítségével teremthető meg, a jövő modernebb, igazságosabb és fenntartható egészségügye! A színvonalas, használható szakmai irányelvek képezik a bázist a kiegészítő egészségbiztosítás meghatározásához, a felelősségbiztosításhoz, a szakmai minimumfeltételek és eljárásrendek egységes megköveteléséhez és következetes betartásához, azaz a XXI. századhoz méltó és választ adni tudó egészségügy biztosításához.

A cikkben szereplő vélemények, állítások a szerző egyéni álláspontját képviselik, és nem hozhatók összefüggésbe a szerző által esetlegesen képviselt bármilyen szervezettel.

A szerző külön köszönetet szeretne mondani: Dr. Kövi Ritának szakmai és erkölcsi támogatásáért, illetve Dr. Varga Piroskának a témafelvetésért, és a szakmai támogatásáért.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] 23/2006. (V.18.) EüM. rendelet a vizsgálati és terápiás eljárásrend kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről
- [2] EÜM/EMKI/TUDOR 2009 Január Segédlet a hivatalos magyar orvos-szakmai ajánlások készítéséhez és dokumentációjához
- [1] Dr. Kövi Rita: A szakmai és a finanszírozási protokollok kapcsolata – OEP előadás elhangzott: 2009. június 23. Egészségügyi Minisztérium – Továbbképzés szakmai kollégiumoknak
- [3] Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez.
<http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/modszertani-segedanyagok>; Egészségügyi Közlöny, 2004. január 22.
- [4] 13/2009 (IV.22.) EüM rendelet Az egyes főbb betegségcsoportok finanszírozási eljárásrendjének szerkesztése és szakmai egyeztetése lefolytatásának egységes szabályairól 1§
- [5] Dr. Rékassy Balázs: Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon. Budapest, 2006. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/magan_biztositasok.pdf
- [7] Dr. Varga Piroska ELTE Társadalomtudományi Kar, Egészség-gazdaságtani Kutatóközpont Gyógyszerpolitika és gyógyszer-gazdaságtan 2008-2009 képzés - Minőségbiztosítás az egészségügyben – előadás
- [8] <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/belgyogaszat> – szakmai irányelvei között már van olyan is, amelynek a Minisztérium által megadott módosító, meghosszabbított határideje is lejárt. (pl. A diabetes mellitus kórismézése, a cukorbetegség kezelése és gondozása a felnőttkorban hosszabbítás határideje: 2009.06.30.) 2009. október 25-i állás szerint
- [9] www.utmutato.com
- [10] Dr. Kövi Rita: A szakmai és a finanszírozási protokollok helyzete ma Magyarországon – előadás jegyzet elhangzott: 2009. május 12. -Sanofi Továbbképzés
- [11] <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/szakmai-iranyelvek>: Szakmai anyagok érvényességi idejének változása

- [12] <http://www.emki-minosegfejlesztes.hu/site/index.php>
- [13] Imre Boncz, Andor Sebestyén A, Éva Donka-Verebes: Effect of breast cancer and screening in the United Kingdom and Hungary on women's health. United Kingdom Public Health Association 10th Annual Public Health Forum. United Kingdom, Glasgow, 2-5 March 2002.

- [14] Dr. Merkelyi Béla: Akut kardiológia ellátás hálózata Magyarországon. Szívügyeink: megéri-e a megelőzés Egészség-gazdaságtani Konferencia : 2009. ápr. 17. Balatonalmádi.
- [15] Szabó György, Vajda Gusztáv, Merkely Béla: Az iszkémiás szívbetegség intervenciós kezelése Magyarországon 2007-2008-ban, Cardiologia Hungarica 2009; 39:186-188

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Rékassy Balázs 1992-ben általános orvosi diplomát szerzett a budapesti Szentotthelyi Egyetemen, majd 1994-ben Master diplomát szerzett a Londoni egyetem (LSHTM -LSE) egészségügyi menedzsment szakán. Dolgozott az Egészségügyi Minisztérium kabinet irodájában, a világbanki népegészségügyi programban, az egészségügyi törvény

előkészítő munkacsoportban. Az ING Biztosító egészségbiztosítási vezetője volt, nevéhez kötődik a Vitalitás, első magyar természetbeni szolgáltatást nyújtó kiegészítő biztosítás létrehozása. Az MM Egészségpénztár alapítója. Az „Útmutató”, a klinikai irányelvek gyűjteménye kiadvány alapítója, sokáig vezetője volt, majd a Boiron gyógyszercég hazai képviselőjének kialakításáért, fejlesztéséért és működtetéséért felelős. 2008-tól a Pfizer egyik magyarországi igazgatója.

Közel 1 milliárd forint norvég támogatás a Bőrgyógyászati Klinika felújítására

Az Európai Gazdasági Térség (EGT) és Norvég Finanszírozási Mechanizmusok 2004-2009. program keretében az EU-hoz újonnan csatlakozott tagállamok juthatnak vissza nem térítendő támogatáshoz. A forrásokat három adományozó állam: Norvégia, Izland és Liechtenstein biztosítják, melyek ugyan nem EU- tagok, de az EGT tagjaként részesednek a belső piac előnyeiből. A fenti időszakban Magyarország számára összesen 135 millió euró pályázati forrás állt rendelkezésre.

A Szentotthelyi Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikáján működő Nékám Alapítvány humánerőforrás és oktatás fejlesztésre nyújtott be támogatási igényt. A „XXI. századi medicina-felsőoktatás infrastrukturális hátterének kialakítása és a „brain-drain” megakadályozása a Nékám Alapítvány segítségével” című projektjüket pozitívan értékelték, a 2011 első harmadában megvalósuló beruházáshoz **2 742 126 euróval** járulnak hozzá. A tervezett fejlesztés teljes költségéből 10% önrészt az alapítvány, valamint a Szentotthelyi Egyetem közösen biztosítják. Az alapítvány a projektet a Szentotthelyi Egyetemmel közösen valósítja meg, norvég partnerként a pályázatot az oslo-i Rikshospitalet támogatja. A Nékám Alapítvány fő célja az oktatás, betegellátás és kutatás támogatása a budapesti Bőrklinikán.

A Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika eredeti épületrésze 2005-ben ünnepelte fennállásának 130. évfordulóját. Az elmúlt években az épület teljes felújítására anyagi okokból nem került sor. A felújítás megvalósulásával lehetőség nyílik további oktatási feladatok (szakorvosok, egészségügyi szakdolgozók, asszisztensek képzése, továbbképzése, MSc képzés) ellátására is. A projekt eredményeként létrejövő felújított, korszerű képzőintézmény segít a legmagasabbban kvalifikált, fiatal munkaerő pályán és Magyarországon tartásában.