



Terápiás együttműködések rendszere

Fehér Könyv

Terápiás együttműködések rendszere

Bíró Helga, Csépe Andrea, Engi Csaba, Hanák Péter, Kincses Gyula,
Lantos Zoltán, Pilling János, Simon Judit, Vofkori Ida Réka



TEREK
EGYESÜLET

Terápiás Együttműködésért az Egészségügyben Közhasznú Egyesület
©TEREK 2011

Tartalomjegyzék

Bevezető _____	4
A környezet változása – az együttműködés szükségessége _____	5
A betegközpontú egészségügy trendje _____	7
Orvosi koncepció _____	7
A gyakorlati megvalósítás gátjai _____	8
Betegközpontú és folyamatelvű egészségügyi szolgáltatás modellje _____	9
Az egészséggondozási értéklánc _____	12
Orvos-beteg kommunikáció fejlesztése _____	16
Növekvő lakossági információs igény _____	19
Az infokommunikációs eszközök és alkalmazások szerepe és helye a terápiás együttműködések rendszerében _____	21
eEgészség és társai: új szakkifejezések és jelentésük _____	21
A páciens együttműködése _____	25
Az ellátók együttműködése _____	27
Hatékonyságnövelés az ellátói oldalon _____	29
Alap gondolatok a terápiamenedzsment jogi szabályozásához _____	30
Hazai egészségügyi döntéshozók véleménye a terápiamenedzsmentről _____	36
Irodalom _____	37

Bevezető

A világgazdasági és társadalmi trendek elemzői szerint az elkövetkező évtizedekben a teljes és fenntartható egészség iránti igény lesz az innováció hajtóereje, valamint a gazdasági fejlődés meghatározó motorjává az egészséggazdaság válik [Nefiodow2006]. Ebben a folyamatban az egészségügyi szolgáltatások rendszere is átalakul, alkalmazkodva környezetének változásaihoz. Egyrészt központi szerepe helyett a technológia egyre inkább a páciensközpontúság kiszolgáló elemévé válik, másrészt felértékelődik a terápiák gyakorlati életben mutatott költséghatékonysága és eredményessége, mert a forrásszűkösség továbbra is a közszolgáltatási rendszerek jellemzője marad.

Az utóbbi években megerősödött globális tendenciák szerint az egészségügyi szolgáltatások megszervezése és működtetése során a beteg, illetve az ellátást igénybe vevő fogyasztó került a középpontba. Hagyományosan az egészségügy egyirányú folyamatként tekintett a gyógyításra, saját magára vállalva minden felelősséget és a gyógyítás tárgyának kezelve a beteget. Az orvosok jellemzően 'egyéni hősként' [Gawande2010] látták el a betegeket az éppen aktuális intervencióra összpontosítva. Az új egészségügyben mindez eltolódik az interaktív kapcsolat és a kétoldali felelősség irányába, ahol a beteg együttműködése, magatartása és saját döntése felértékelődik. Emellett az orvosok egyéni felelőssége helyett egyre nagyobb szerepet kapnak a terápiás együttműködések, egyrészt a különböző szakmákban járatos orvosok és egészségügyi szakemberek között, másrészt a szolgáltatásban közreműködő szállítókkal, a szociális ellátórendszer szereplőivel, valamint a civil szervezetekkel.

A szemléletváltás azt is jelenti, hogy a sikeres gyógykezelés, ellátás eredményessége nem csupán a gyógyítási folyamatok korszerűségén és megfelelőségén múlik, hanem a terápiát nyújtó szakemberek mellett a beteg aktív részvételét, felelősségvállalását is igényli. Különösen igaz ez a megelőzés és a rehabilitációt követő egészségfenntartás területén. A páciensek terápiás együttműködésének kialakítása, a motivációjuk növelése és bevonásuk elérése érdekében ma már számos szakmai és technikai segítséget kaphatnak. Ebben hangsúlyozott szerepet kap a beteg személyéhez igazodó módon egyéniesített tájékoztatása, illetve a terápia során tájékozott beleegyezése és döntése a kezelési, gyógyítási folyamat céljáról, lehetséges kockázatairól, valamint az együttműködéssel elérhető eredményekről.

Egyesületünk ezt a szemléletet tűzte zászlajára és kívánja minél szélesebb körben meghonosítani Magyarországon. Meggyőződésünk, hogy a hazai egészségügy és az egészségügyi szolgáltatások rendszere ezzel a nemzetközi szinten már bizonyított megközelítéssel valóban meg tud újulni, hiszen egyes intézményekben az orvosok, a civil szervezetek, a páciensek és hozzátartozóik, illetve a komplementer egészségügyi szolgáltatást nyújtók közreműködésével a terápiás szövetségek kialakításában már előremutató és példaértékű megoldások működnek.

Célkitűzésünk, hogy a különböző szakmák, tudományágak és érintettek közötti együttműködéssel, valamint ügyfélközpontú szemlélettel elősegítsük a terápiamenedzsment fejlesztését, amellyel magasabb minőségű szolgáltatásokat lehet nyújtani.

Tanulmányunkban bemutatjuk a terápiás együttműködések rendszerének fejlődését, az egészségügy és a népegészségügy céljainak egységes szempontrendszerbe foglalását az egészséggondozási értéklánccal, valamint a kommunikáció és az infokommunikációs technológia nyújtotta fejlesztési lehetőségeket. Röviden elemezzük a jogi környezetet és a szükséges változtatásokat, valamint bemutatjuk, miként vélekednek a hazai döntéshozók a terápiamenedzsmentről.

Lantos Zoltán
TEREK elnök

A környezet változása – az együttműködés szükségessége

Az egészségügy utolsó évtizedeiben folyamatosan felértékelődő kérdés a pénzügyi hatékonyság, a források – elsősorban közforrások – költséghatékony felhasználása. Ez a tendencia az igények és a technológiai lehetőségek további rohamos bővülése mellett a jövőben csak erősödni fog.

Az egészségügyi rendszerre jellemző intervenciók hatékonyságjavításának számtalan eszköze ismert, ilyen például a *normatív teljesítményfinanszírozás*¹ bevezetése a *szolgáltatás szerinti finanszírozás* helyett², a technológiaértékelés³ alkalmazása az egészségügyi technológiák befogadásában, a protokoll-alapú⁴ standardizált működés előírása az orvosoknak, a költséghatékony gyógyszerrendelés előírása. Ezek mindegyike valamilyen módon az orvosilag hatásosnak gondolt és egyben legalacsonyabb költségű ellátást kívánja megvalósítani.

Lényeges annak felismerése, hogy ezen eszközök mindegyike az egészségügyi ellátás hatékonyságát a finanszírozó közvetlen vagy közvetett nyomására az ellátórendszer oldaláról kívánja javítani. Bár ezeket a lehetőségeket még korántsem tekinthetjük teljesen kihasználtként, a nemzetközi és hazai tapasztalatok, megfontolások azt mutatják, a bennük rejlő hatékonyság-tartalék egyre kevesebb.

Az ellátó oldali, a beavatkozásokra irányuló kontrollok működtetése mellett a rendszerben mára már egyetlen szereplő maradt, amely a költséghatékony gyógyítás és gyógyulás kritikus elemévé vált, ez pedig maga az elméleti haszonélvező, a beteg, illetve páciens. Különböző vizsgálatok, tanulmányok mutatják, hogy a gyógyítás eredményességében a legnagyobb tartalékok az ő összehangolt kiszolgálásában és támogatásában, valamint együttműködésében vannak. [Vermeire2001]

Az egyes szeparáltan, pontszerűen kezelt intervencióknak a beteg érdekében történő összehangolása területén óriási hiányosságok mutatkoznak, és a hatékonyságjavításnak ez az egyik kiemelt célpontja. A beavatkozások szinte független egymásutániséga, illetve egymásmellettsége helyett egymással pontosan összehangolva jóval nagyobb értéket tudnak megvalósítani. Másrészt a betegek életmódjában, viselkedésváltozásában, az orvosi és gyógyszeresedési javaslatok követésének pontosságában is megdöbbentő hiányosságok mutatkoznak, ami a terápiás eljárások eredményességét rendkívül kiszámíthatatlanná teszi.

1. Normatív teljesítményfinanszírozás: a finanszírozó a teljesítés elvárt (jellemző, átlagos) ráfordítását fizeti meg a szolgáltatónak, függetlenül a szolgáltató tényleges ráfordításától. [ESKI-EPFT]

2. Szolgáltatás szerinti („fee for service” típusú) finanszírozás: a finanszírozó a betegnek nyújtott minden finanszírozott szolgáltatást tételesen, meghatározott díjtételek alapján kifizeti a szolgáltatónak. [ESKI-EPFT]

3. Technológiaértékelés: az egészségügyi technológiákat eredményesség, hatásosság, költséghatékony, gazdasági és társadalmi következmények szempontjából értékelő eljárások összessége. Alapvetően azt vizsgálja, hogy az adott technológia milyen költség mellett milyen egészségnyereséget hoz, illetve hogy az adott probléma kezelésére rendelkezésre álló egyéb technológiákhoz képest milyen a hatásossága és a költséghatékony. Az egészségügyi technológiaértékelés célja az egészségügyi közpolitika formálójának tájékoztatása egy adott eljárás klinikai (hatásosság, eredményesség), gazdasági és gyakran szociális és etikai vonatkozásairól, az optimális forrásallokáció elősegítése érdekében. [ESKI-EPFT]

4. Szakmai protokoll: meghatározott betegcsoportban és ellátási szinten egy betegség vagy állapot – tudományos bizonyítékokkal alátámasztott preventív, diagnosztikai, terápiás, ápolási, gondozási és rehabilitációs – ellátási folyamatával kapcsolatos konkrét tevékenységek rendszerezett listája, ami az egészségügyi szolgáltatások szakmai ellenőrzésének és finanszírozásának alapját képezi. Célja az ellátás biztonságának és egyenletes színvonalának biztosítása. [ESKI-EPFT]

A kilencvenes évek fájdalmas szemléletváltási története volt az orvosi szabadság mítoszának és az orvoslás alapvetően művészet jellegéről szóló vélekedéseknek az elosztatása, és ezzel párhuzamosan a protokollszerű, szabályozott működés megkövetelése. Ugyanígy szemléletváltásra van szükség az ellátók és betegek egyéni felelősségének átértékelésében is. Az ellátói oldalon az egészségügyi értékteremtés csapatmunka-jellegét kell erősíteni a betegek összehangolt kiszolgálása és támogatása érdekében.

Ugyanakkor a beteg együttműködése a terápiában nem többletterhelés, hanem elsősorban a saját érdeke, hiszen a gyógyulás az ő életminőségét és az ő jövedelemszerző képességét javítja. Emellett az egészségügyi rendszerekre egyre inkább jellemző abszolút és relatív forrásszűke miatt ma már a betegek felelőségeként is fel kell merülnie a terápiában való együttműködésüknek. Ennek oka, hogy az együttműködés hiánya az egészségérték megtermelése szempontjából a közpénzek pazarlását is jelenti, különösen, mert az egészségügyi ellátás nagyobb része közpénzből történik. A terápiás együttműködés így a betegnek egyszerre érdeke és közösségi felelőssége, és ha ebben felelőssége van, akkor az együttműködése a közpénzhez való jutás feltétele is lehet a lehető legnagyobb társadalmi hasznosság elérése érdekében.

A gyógyító ellátások történetét és evolúcióját alaptendenciái szerint vizsgálva összegzésként kiemelhetjük, hogy

- a hatásosság-elvű megközelítés helyét az elmúlt fél évszázadban egyre inkább a hatékonyságra való törekvés veszi át, ami
- új – ennek megfelelő, szabályozottabb – magatartást követel meg az ellátóktól, és
- legújabb – ma még inkább tendenciaként jelentkező – elvárásként megköveteli a páciens együttműködését a terápiában, továbbá
- az individuális, alárendelt beosztottak által művelt gyógyítást a csoportmunkán, illetve horizontális együttműködésen is alapuló gyógyítás váltja fel.

Mindezek alapján leszögezhető, hogy a jelen és a jövő egészségügyében felértékelődnek az együttműködések, melyeknek két fő területe:

- az ellátók egymás közötti együttműködése, valamint
- az ellátók és a betegek együttműködése.

A betegközpontú egészségügy trendje

I Orvosi koncepció

Az egészségügyi szolgáltatások és azok rendszerének folyamatos fejlődésében mintegy két évtizede jelent meg tanulmányban megfogalmazott formában a betegközpontúság igénye. A Harvard Medical School és a Pickering Institute közös tanulmánykötete [Gerteis1993] az orvostudomány és orvosi technológia központi szerepe helyett a betegközpontú ellátást fogalmazta meg kialakítandó működésmódként, a betegek szempontjai szerinti ellátásszervezés szükségességét írta le. Ennek legfontosabb elemei az alábbi pontokban foglalhatók össze.

■ **Képzés és tudásmenedzsment**

Egyrészt a nagyon gyorsan változó orvosi ismeretanyag gyakorlati követése szükséges ahhoz, hogy a betegek számára a mindig éppen korszerű eljárások közül választhasson az ellátó szakemberek csapata, másrészt a betegek ellátásában résztvevők egymással osszák meg az ismereteket annak érdekében, hogy a beteg a sokrétű és sok elemből összeálló szolgáltatást egységes ellátásként észelve kapja meg.

■ **A betegellátó team orvosokból, ápolókból, technikusokból áll**

Az orvostudomány fejlődésével jelentős differenciálódás vált szükségessé az egyes szakterületek között, beleértve a nem orvosi szakmákat is, valamint jelentős támogató, kiszolgáló apparátus vesz részt a betegek ellátásában.

■ **Mindegyik említett szakember kapcsolatban áll a beteggel és közvetlenül vagy közvetve egymással is**

A sokrétű ellátási igényt csak többféle szakember egymás melletti és egymást kiegészítő szolgáltatása tudja megvalósítani.

■ **Integrált, együttműködő teamek és az ellátás folyamatának menedzselése**

A legjobb kezelési eredmény elérése érdekében a betegek számára nyújtott kezelési cél mentén szervezett, térben, időben és szolgáltatástartalomban összehangolt tevékenységi folyamatot kell megvalósítani.

■ **A beteg szükségleteinek és értékválasztásának elismerése**

A diagnózis alapján az orvosilag indokolt, kezelésről szóló döntések mellett a beteg saját igényeit és döntéseit is figyelembe kell venni a végső kezelési terv kialakítása során. Ez a közös, megállapodáson alapuló döntés biztosítja legnagyobb valószínűséggel az eredményes terápiát.

■ **A beteg informálása és aktív bevonása a gyógyítás folyamatába**

A kezelés során a beteg aktív részvétele jelentős mértékben segíti a teljes kezelési és gyógyítási folyamatot, ezzel elismerve, hogy a beteg javulása jelentős mértékben a saját aktív tevékenysége.

■ **Tájékoztatás – Döntés – Tanácsadás folyamat támogatása**

A kezelési folyamat megvalósítása során a betegek aktív bevonásának módjára azt javasolják, hogy részletes tájékoztatásban részesüljenek állapotuk-

ról, a lehetőségekről és saját szerepükről. Vegyenek részt a terápiás döntésben, és a megvalósítás során folyamatos tanácsadásban részesüljenek saját állapotuk javítása érdekében.

■ **Az információ szabad áramlása és hozzáférhetősége**

Az eredményes kezelési folyamat támogatásának egyik kulcseleme a betegről és a kezeléséről szóló információk állandó, minden érdekelt számára biztosított elérése. Ez biztosítja minden időpillanatban a kezelés legjobb kimenetelét támogató döntések meghozatalát.

I A gyakorlati megvalósítás gátjai

A fent leírt, orvosilag elvárt, betegközpontú kezelési működési modell a gyakorlatban csupán sporadikusan és egy-egy elemében tudott megvalósulni, hosszú éveken keresztül nem vált egységes működési modellé. Ennek egyik meghatározó okaként az egészségügyi rendszerek és intézmények mindezzel ellentétes működésmódját nevezhetjük meg. Két, a menedzsment szakirodalomban igen ismert szerző, Mintzberg és Glouberman [Glouberman2001a és b] vezetés-szervezési eszközrendszerrel vizsgálta az egészségügyet és annak intézményeit. Arra jutottak kutatásuk eredményeként, hogy az egészségügyi rendszerekben és az egészségügyi intézményekben négy, egymástól független alrendszer működik:

1. a beavatkozás-központú orvosi tevékenységek alrendszere,
2. az ápolás- és gondozásközpontú ápolói és kiegészítő tevékenységek alrendszere,
3. a kontroll- és megszorításközpontú igazgatási tevékenységek alrendszere és
4. a közösséget képviselő igazgatóságok, képviselők, politikusok alrendszere.

Elemzésük szerint ez a négy alrendszer eltérő célokkal, módszerekkel és eszközökkel dolgozik, ráadásul alig van hatással az egyik a másikra. Ezért írhatók le egymástól független alrendszerekként. Ez a széttöredezetttség pontosan ellentéte az előzőekben bemutatott orvosi koncepciónak, és oda vezet, hogy folyamatosan rengeteg hatékonysági tartalék marad a rendszerben. Az egyes alrendszerek és azok tagjai ugyan egymástól függetlenül komoly erőfeszítéseket tesznek saját működési logikájuk szerint az ellátás legmagasabb szintű vagy leghatékonyabb megvalósításáért, de a széttöredezetttség miatt végeredményként a betegek elégtelen minőségű, alacsony hatékonyságú szolgáltatásban részesülnek. Emellett a véges és a technológiai lehetőségekhez mérten egyre inkább szűkös források elosztása – a betegeknek nyújtott érték szerint vizsgálva – véletlenszerűen valósul meg, a forrásokért folyó verseny nem transzparens.

Menedzsmentszempontról egyetlen lehetőséget látnak a szerzők a hatékonyan működő szolgáltatások rendszerének megszervezésére, a nyílt és intenzív kommunikáción, valamint a közös értékrenden, célrendszeren alapuló együttműködések rendszerét.

Annak ellenére, hogy az elmúlt években nagyon sok változás történt az egészségügyi rendszerek és intézmények menedzsmentjében, a tapasztalatok és vizsgálatok szerint a fenti alapvető fragmentáltság nem szűnt meg, sőt bizonyos területeken

inkább erősödött [Bohmer2010, Gawande2010, Lee2010]. Az alapvetően szét-töredezett szervezeti működés továbbra is fenntartja az alrendszeren belülről nézve láthatatlan hatékonysági tartalékokat, és a rendszer egészét tekintve egyre nagyobb hiányosságként jelentkezik az a tény, hogy mindez a betegek és ügyfelek mint végfelhasználók szempontjából elégtelen minőségű szolgáltatáshoz vezet. Mindennek hatásaként a teljes egészségügyi ellátórendszer megítélése romlik, és az elfogadottsága is egyre csökken, mind a finanszírozói, mind a felhasználói oldalon.

I Betegközpontú és folyamatelvű egészségügyi szolgáltatás modellje

Az orvosi koncepciót az ugyancsak a Harvardon dolgozó és kutató közgazdász professzor, Porter foglalta olyan modellbe, amely a gazdasági és pénzügyi korlátokat, lehetőségeket is figyelembe venni és kezelni képes keretet biztosít [Porter2006]. Az 1993-ban publikált orvosi szemléletű, betegközpontú ellátási modellről készült tanulmány ismeretében egy évtizeden keresztül vizsgálta az egészségügy működését és az újjászervezés lehetőségeit. Porter szerint jelentős változást, a források eredményes felhasználását csak az eredményezheti, ha a forrásokért folyó verseny – a források optimális elosztása – az egyes betegségek vagy betegségekgyüttesek megelőzése, diagnosztizálása és kezelése szintjén történik. Ez az a szint, ahol valódi érték teremődik vagy semmisül meg, betegségről betegségre és páciensről páciensre. A cél az egészségérték növelése, az értékteremtés a betegségek vagy kórállapotok szintjén, amely a szakértelem fejlesztésével, a műhibák számának csökkentésével, a hatékonyság növelésével és az eredmények javításával érhető el. Tehát a verseny és az erőfeszítések a beteg számára nyújtott értékre összpontosítsanak, ne a technológiailag szakszerű ellátás kivitelezésére vagy a költségcsökkentésre; ezt nevezi Porter „értékalapú” versenynek (value-based competition).

Ahhoz, hogy ez a fajta verseny, illetve forráselosztás megvalósulhasson, az egészségügyi szolgáltatórendszer teljes átalakítására van szükség, éspedig úgy, hogy minden szolgáltató motivált legyen az értéknövelő, egészségértéket előállító stratégia megvalósításában.

Milyen változtatások szükségesek?

- Az eddigi hagyományos struktúra helyett betegségcsoportok („medical condition”) köré kell szervezni az ellátást, illetve szolgáltatást.
- Meg kell határozni a nyújtandó szolgáltatás terjedelmét és típusát.
- Orvosszakmai alapon definiált, integrált praxisegységek alkossák a rendszer ellátási alapegységeit.
- Minden praxisegység saját stratégia mentén szervezze meg a működését.
- Mélni kell a páciensek jellemzőit, a módszerek teljesítménymutatóit és az eredményeket minden integrált praxisegységben.

- A költségek meghatározása és a forráselosztás a gyógyítási és ápolási folyamat egészére történjen („single bill”).
- Az egészségpiac szolgáltatásait a kiválóság, egyediség, eredményesség jellemezze. Ehhez új marketingkoncepció szükséges, amelyben kommunikálni kell az egyediséget, a kiváló színvonalat, az egyes kiemelkedő ellátó teameket, a kezelési lehetőségeket, a diagnózisok megbízhatóságát, a bizonyos betegségcsoportok esetében elért kiváló eredményeket, a gyógyítási folyamat integráltságát, optimalizáltságát. Az intézmények márkázási politikájának is meg kell változnia, a széles intézményi márkák helyett az egyediségre, a praxisegységek márkázására kell fókuszálni.
- A versenyt nem szabad földrajzi határok közé szorítani, a praxisegységek erősségeikben országos, illetve regionális, országhatárokon átnyúló szinten is versenyezhetnek.

Az egészségügyben is szükség van szolgáltatási stratégiára, amely alapvetően határozza meg az intézmény vagy szervezet céljait, tevékenységét, ügyfélkörét és szolgáltatásminőségét. Egy szolgáltatási stratégia megfogalmazásában az általános kiindulópont azon üzletág vagy üzletágak („business”) meghatározása, amelyekben a szolgáltató versenyezni szeretne. Így kell történnie ennek az egészségügyi szolgáltatások piacán is, annak ellenére, hogy az egészségügyi szolgáltatók ritkán gondolkodnak üzleti szereplőkként, holott ők is egy szolgáltatási piac, az egészség-gazdaság szereplői.

A legtöbb iparágban, szolgáltatási szakterületen a stratégia megfogalmazása, a releváns üzletág kiválasztása egyértelmű, magától értetődő. Nem ez a helyzet az egészségügyben, amelynek oka leginkább az egészségügyi ellátás hagyományosan beavatkozásalapú szervezése és szerkezete. Ezért a kórházak a legtöbbször egymás között versenyeznek, ugyanazt a széles körű szolgáltatást nyújtva, vagy maximum a különböző szakmák szintjén zajlik verseny, például az aneszteziológiai, nefrológiai „szolgáltatások” piacán.

Porter szerint az ezeken a szinteken folyó verseny akadályozza az értékteremtési folyamatot, mert orvos-, beavatkozás- és intézményközpontú, nem betegcentrikus.

Az egészségügyi szolgáltatások rendszerében a beteg számára teremtett egészségérték csak a betegsége, az állapota szintjén értelmezhető. Nem az egyéni orvosi teljesítmény, képesség számít, hanem a végső eredmény, sőt az igazi értékteremtést az egyéni teljesítmények, képességek összehangolt működése határozza meg. Ahogyan egy műtét esetében sem kizárólag a sebész kvalitásai a meghatározóak, mert fontos szerepe van az aneszteziológusnak, radiológusnak, nővérnek is, és ha nem korrekt a diagnosztizálás, előkészítés, gyógyítás és rehabilitáció, a beteg nem gyógyul meg egy technikailag sikeresen kivitelezett beavatkozást követően sem.

Az egészségügyi szolgáltatások praxisegységeit a betegségcsoportok köré kell szervezni, melyek magukba foglalják az egész terápiás és egészségmenedzsment folyamatot. Ezt nevezi Porter ellátási értékláncnak („care delivery value chain”). Mi a továbbiakban az egészséggondozási értéklánc kifejezést használjuk, ezzel is jelezve, hogy az egészségügyi rendszer szereplőin túl más szolgáltatóknak, illetve magának a páciensnek is meghatározó szerepe van a hosszú távon fenntartható egészségérték megteremtésében.

Az egészségügyi értéklánc mint modell azt is lehetővé teszi, hogy az egészségügy és a népegészségügy céljait és tevékenységét egységes gondolkodási keretben kezelje, lehetővé téve az egészségcélú együttműködések széles körű, egységes szemléletű megvalósítását.

Az új egészségügy egészségérték-alapú versenyében az egészségügyi szolgáltatóknak csak bizonyos típusú szolgáltatásokat kell nyújtaniuk, olyanokat, amelyekben egyedülálló értéket tudnak teremteni. Ehhez jelentős szemléletváltásra van szükség, a szolgáltatóknak fel kell hagyniuk a megszokott gyakorlattal, hogy „mindenkit kezelünk, aki besétál az ajtón”.

Milyen típusú szemléletváltás szükséges mindezek megvalósulásához?

- A szemlélet alapvetően páciensközpontú, az orvosi praxis megszervezésében a beteg számára nyújtott érték legyen a meghatározó, ne az orvos kényelme.
- A gyógyítási tevékenységnek a betegre és a betegút egészére kell vonatkoznia.
- Az orvosoknak olyan területen kell dolgozniuk, ahol a legnagyobb szakértelemmel rendelkeznek, mert eredményeik ott lehetnek kiemelkedőek az átlaghoz képest.
- A legnagyobb értéket egy integrált team tudja biztosítani a páciens számára, nem a résztvevők egyéni teljesítményei alapján valósul meg. Az orvosokban tudatosulnia kell a ténynek, hogy egy folyamat egyes szereplői ritkán ellenőrzik a teljes gyógyítási folyamatot, tudniuk kell, hogy annak melyik szakaszában vesznek részt és mi a feladatuk.
- Minden orvos felelősséggel tartozik a saját eredményeiért. Csak akkor legyen joga „szolgáltatni”, ha jó eredményeket tud felmutatni.
- Az eredményeknek elérhetőeknek kell lenniük az értéklánc minden szereplője számára.
- Az adatok rögzítése, tárolása, továbbíthatósága elengedhetetlen része az orvosi gyakorlatnak.
- Az orvos kötelessége, felelőssége, hogy folyamatosan javítsa saját hozzájárulását a terápiás folyamathoz, keresnie kell a kapcsolatot a kiváló szolgáltatókkal annak érdekében, hogy az egészségügyi értéklánc minél nagyobb értéket teremtsen a beteg számára.

I Az egészséggondozási értéklánc

Az integrált praxisegységekre, teljes betegutakra épülő új szerveződési modell alapegysége az „egészséggondozási értéklánc”, ennek alapján rajzolódik ki az adott betegségcsoportra vonatkozó, egészségértéket teremtő folyamatok egésze. Ezek egy része jellemzően az egészségügy mai alaptevékenységét jelentő gyógyításhoz kapcsolódik, mint a diagnózis és a beavatkozás; más részük a jelenleg háttérbe szorult terápiás tevékenységek közé sorolódik az egészségügy és a lakossági felelősség határán, mint a rehabilitáció; a folyamat elején és végén jellemzően a lakosság felelősségi körébe tartozó egészségmenedzsment tevékenységek tartoznak. Ezek egymással összehangolva, együttesen képesek megteremteni a betegségcsoportra jellemző egészségértéket és az ügyfél teljes egészségét.

Az értéklánc *elsődleges tevékenységei*, amelyek az egészséget fenntartó folyamatokhoz kapcsolódnak, a következők:

Monitorozás, megelőzés

Primer prevenció, szűrővizsgálatok, rizikófaktorok meghatározása, állapotfelmérés. Az egészségérték fenntartása szempontjából nagyon fontos szakasz, amely képes megelőzni a kezelés szükségességét. Sokkal inkább egészségmenedzsment tevékenységről van szó, mint terápiás feladatról. Itt a páciens felelőssége jóval nagyobb, mint az egészségügyé, és a széles körű társadalmi támogatások, együttműködések tudják a legnagyobb egészségértéket megteremteni. Ennek ellenére legtöbbször nem vagy alig helyeznek hangsúlyt az állami egészségügyi rendszerek az értéklánc ezen lépcsőjére, az egészségügylogikájának megfelelő gyógyításra sokkal több figyelem irányul, mint a megelőzésre.

Diagnózis

Anamnézis, különböző diagnosztikus vizsgálatok, több szakma részvételével, a kezelési terv felállítása. A pontos diagnózis határozza meg a további folyamatok eredményességét és kiszámíthatóságát. A diagnosztikai vizsgálatok eredményeinek elektronikus tárolása szükséges, hogy elérhetőek legyenek minden szolgáltató számára.

Előkészítés

Beavatkozások előtt a beteg előkészítése, állapotának optimalizálása, rizikófaktorok csökkentése. Általában kisebb jelentőséget tulajdonítanak az orvosok ennek a szakasznak is, bár nagymértékben meghatározza a beavatkozás kimenetelét.

Beavatkozás

Lehet műtét, gyógyszeres kezelés, pszichoterápia, bármilyen más beavatkozás. Ez hagyományosan az orvosi tevékenység lényege, és eddig ez határozta meg az eddigi egészségügyi rendszerek teljes működés módját, finanszírozási logikáját. Bár igen fontos része az ellátási folyamatnak, messze nem a gyógyítás egészét jelenti, és egyre több adat bizonyítja pl. a gyógyszeres kezelések esetében, hogy az egészségérték megteremtését csak részben képes befolyásolni. A beavatkozások nagyon széles skálája ismeretes az orvostudományban, önállóan vagy összetett formában.

Gyógyulás/rehabilitáció

Beavatkozások utáni kezelések, kontrollvizsgálatok, amelyekre az ellátórendszer szereplői jellemzően szintén kevesebb gondot fordítanak. A beteg beavatkozás utáni, közvetlen gyógyulási periódusára kevésbé figyelnek, nem megfelelően „menedzsel”, pedig sok esetben a szövődmények kialakulását, újabb hospitalizáció szükségességét előzheti meg.

Utánkövetés/menedzselés

Ez ugyancsak nem tekinthető szorosan véve a terápiás folyamat részének, sokkal inkább egészségmenedzsmentről van szó, amely legnagyobb részben a páciens felelőssége. A kezelt beteg hosszú távú önmenedzselése és ebbeli támogatása szintén megelőzheti az újabb kezeléseket, ahol ismételt diagnózisra, előkészítésre, beavatkozásra lehet szükség.

Nagy jelentősége van a folyamatot *kiszolgáló tevékenységeknek*, melyek nélkül az egészséggondozási folyamatok integrált működése nem valósítható meg.

Hozzáférés

Hogyan, milyen szinteken találkozik a páciens a szolgáltatóval, hogyan szerveződnének egymás után a folyamatok, annak érdekében, hogy optimális legyen a hozzáférés a beteg számára.

Mérés

Az értéklánc minden egyes szakaszában az eredmények rögzítése, értékelése, összehasonlítása egységes szemléletű rendszer szerint.

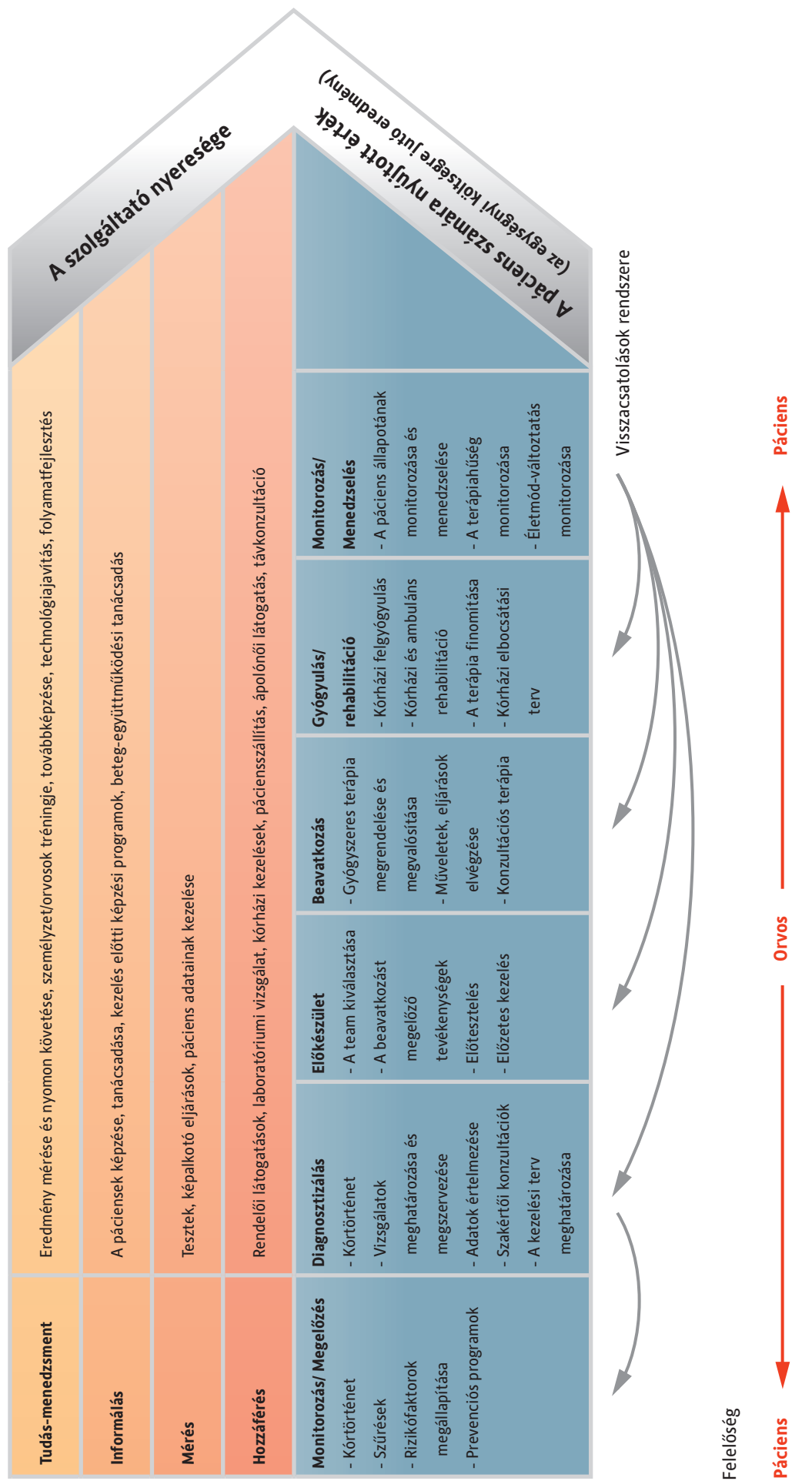
Informálás

A beteg felvilágosítása a folyamat minden szakaszáról elengedhetetlen, ezáltal javul a beteg együttműködési készsége, az értéklánc aktív résztvevőjévé válik.

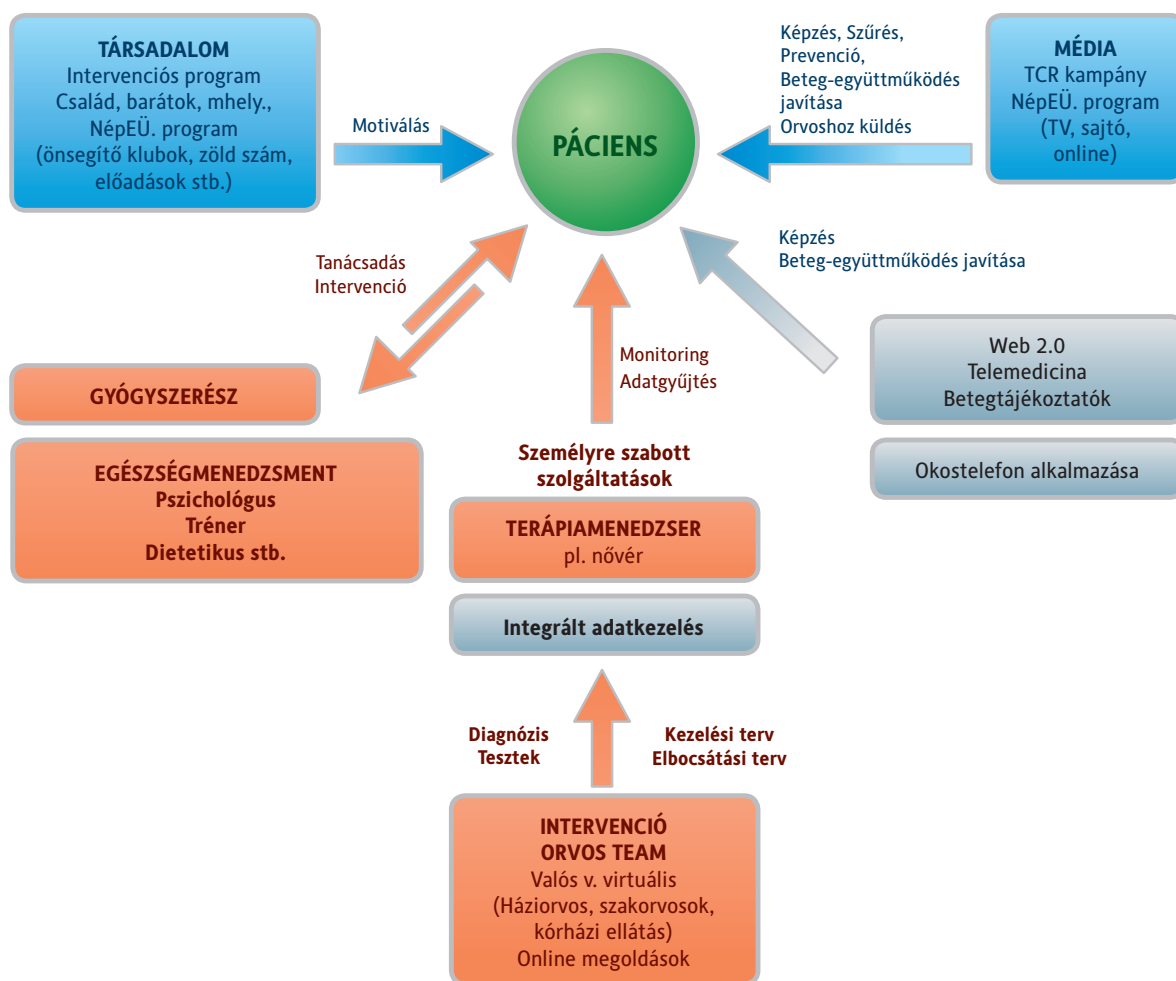
Tudásmenedzsment

Az ellátó csapat tagjai tudásának folyamatos fejlesztése, rendszeres megosztása, az új ismeretek nyomán a folyamatos fejlesztés megvalósítása.

1. ábra. Az egészségügyi értéklánc egy integrált praxisegység számára [Porter 2006]



A páciensek és az emberek középpontba állítása és az egészséggondozás összehangolt megvalósítása szükségesség teszi egy egészségmenedzser vagy terápia-menedzser szerep kialakítását és működtetését. Ő biztosítja az „egészségfogyasztó” számára, hogy a rendelkezésre álló szolgáltatások, ellátások közül a számára legmegfelelőbbet választhassa, kaphassa meg. Az „egészség-tanácsadó”-nak támogatást kell nyújtania ügyfele számára az egészséges életvitel kialakításában, az egészségügyi szolgáltatások igénybe vétele során kialakuló döntési helyzetekben, valamint a pénzügyi lehetőségeinek legjobb kihasználásában. [IBM2008]. A különböző ellátások és szolgáltatások, népegészségügyi programok rendszerét páciens-központú modellbe foglalva jól látszik, hogy segítség, támogatás nélkül a betegek, páciensek és egészségfogyasztók rendkívül nehéz helyzetben vannak, ha az egészségükről kell dönteniük.



2. ábra: A páciensközpontú egészségügy modellje [Lantos, Csépe 2011]

Az is egyértelművé válik a sokféle szolgáltatás, támogatás és információ rendszerében, hogy az egyénileg és társadalmilag leghasznosabb, személyre szabott egészségügyi szolgáltatás csak integrált adatkezeléssel valósítható meg, ahol a mindenkori viszonyítási alap a betegségekre vagy betegcsoportokra meghatározott egészséggondozási értéklánc szerinti páciens-egészségérték.

Az egészségügyi rendszeren belüli működésben a megfelelően integrált adatbázissal támogatott terápiamenedzser az egészségügyi források eredmény – egészségérték – szerinti elosztásában jelentős előrelépést biztosít. A beteget és a betegutat egyszerre menedzseli, adott időn belül a rendelkezésre álló eszközök hatékony felhasználásával éri el a beteg gyógyulását, életminőségének javulását.

A továbbiakban az egészséggondozási értékláncban a hagyományos egészségügyre vonatkozó terápiás együttműködésekre összpontosítunk, kiemelve két olyan területet, amelyen jelentős változásoknak lehetünk tanúi, az orvos-beteg kommunikációt, valamint az infokommunikációs eszközöket és alkalmazásokat.

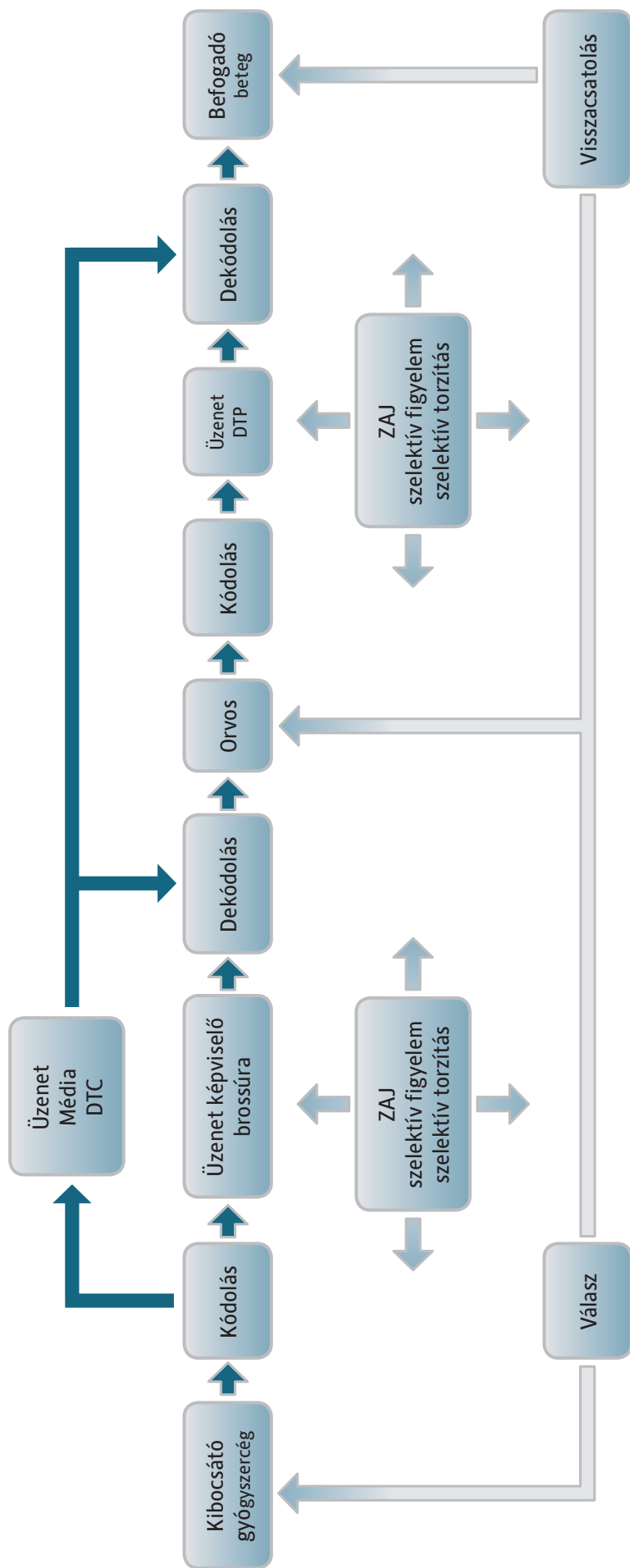
I Orvos-beteg kommunikáció fejlesztése

A WHO Adherence jelentése [WHO2003] szerint az alacsony szintű beteg-együttműködés, illetve a terápiahűség átlagosan 50%-os mértéke világszerte probléma, amely miatt nem realizálódik a gyógyszeres terápia teljes haszna és végső soron a betegelégedettség is csorbul. A beteg-együttműködés növelésével elkerülhetők lennének a felesleges újabb vizsgálatok, kórházi kezelések, az egészségügyi kiadások emelkedő trendje. Segítségével az életévek száma emelkedik, javul a betegek életminősége, azaz egészségnyereség érhető el. Az alacsony terápiahűség okai többek között:

1. Félelem a gyógyszerek mellékhatásától a nem megfelelő orvosi tájékoztatás következtében.
2. A gyógyszeres kezelés hatása nem jelentkezik azonnal, így a beteg hatástalannak tartja a szert, ezért felhagy a gyógyszer szedésével.
3. A beteg nem képes szokásain változtatni és napi 2-3-szori gyógyszerbeszedést nem képes teljesíteni.
4. Amikor javulás áll be egészségi állapotában vagy életminőségében, a beteg azonnal elhagyja a készítményt stb.

Az alacsony terápiahűség egyik legfőbb oka az orvos-beteg kommunikáció hiányosságában keresendő. A több szereplőn és érdekeltégen rendszeren keresztüli kommunikációban kódolva van az orvos és beteg kettős kudarca. Ha a gyógyszergyár az orvoston keresztül próbálja motiválni a beteget, a képviselőnek átlagosan 7 perc áll rendelkezésére. Ez idő alatt a legáltalánosabb információk átadására van lehetősége, az orvos kimerítő tájékoztatására és motiválására alig.

3. ábra Az orvos-beteg kommunikáció [Csépe 2007]



Az orvos szűrőjén keresztül indirekt módon jut el a gyártó üzenete a beteghez. A kibocsátó üzenete kétszer csorbul, a zajhatás duplán érvényesül, az orvos szűrőjén át egyszer és a beteg szűrőjén újra. Egy újabb zajhatás az orvos és a laikus által használt nyelvezet közötti szakadék. Buda boncolgatta az orvos-beteg kommunikációt [Buda1994]. A két szereplő találkozásját bonyolultnak találta, hiszen az orvos szaktudásánál fogva sajátos fölényben van, ún. szakértői hatalom van a kezében. Ha a hatalmi tényezők és a szerepviszonyokból eredő erők nem érnek el célt a beteg-együttműködés terén, az orvosnak kommunikatív befolyásolási és fokozott empátiás képességére kell támaszkodnia. A betegek képzése, a közös szókincs kialakítása azért is fontos, mert ami az orvosnak megfázás, az a betegnek influenza, a krónikus bronchitist pedig asztmának hiszi. Az orvosokon nem jut túl a gyógyszer hasznáról szóló ismeret a sok értékes információ mellett [Lantos2004]. E kutatást erősíti egy másik felmérés eredménye is, amely szerint a páciensek számára a gyógyszeres kezelés a mellékhatásokról és az azoktól való félelemről szól [Horváth2004], ami hátráltatja a beteg terápiás együttműködését és gyógyulását. A kommunikáció javításának jelentőségét kiemeli, hogy az együttműködést befolyásoló egyéb tényezők közül (mint amilyenek pl. a beteg jellemzői, a betegség jellege, a kezelés sajátosságai, az egészségügyi ellátórendszer fejlettsége) ez az elem az, amelyik a legkönnyebben, a leggyorsabban, s a költségek szempontjából a leghatékonyabban módosítható.

Az orvos-beteg kapcsolatot, az együttműködést különböző módszerek kombinált használatával lehet javítani. Erre alkalmas eszközök lehetnek a következők:

- orvosi kommunikációs ismeretek és készségek oktatása az orvostanhallgatók képzésében,
- posztgraduális, pontszerző (CME) képzések szervezése szakorvosok számára,
- szakmai publikációk, ismeretterjesztő írások, rádió- és TV-műsorok az együttműködés, a mindkét oldalról eredményes kommunikáció érdekében,
- konferenciák szervezése a témakörben,
- betegszervezetek bevonása az együttműködés javítása érdekében,
- az eHealth eszközeinek hatékonyabb használata.

I Növekvő lakossági információs igény

A fejlett országokban a népesség elöregedése növeli az egészségügyi ellátás iránti szükségleteket és az arra fordított költségeket [EU Fehér könyv 2007]. Az eddig egészséges és fitt, 1945-65 között született ún. bébi-boom korosztálynál a krónikus betegségek jelei jelentkeznek, a koruk előrehaladtával súlyosbodnak. Ez a korosztály válik az egészségügyi rendszer első számú fogyasztójává, s őket az egészségügyi szolgáltatásokat, termékeket és készítményeket már tudatosan vizsgáló fogyasztói szemlélet jellemzi. Ezért is beszélhetünk egészségfogyasztókról és egészségfogyasztásról. A kutatók ezt a generációt vevő-orientált, különösen bizalmatlan, mobilis, önközpontú, független, lázadó, információ-addiktív generációként jellemzik. Ez az óriási, információéhes beteg-, helyesebben vevőcsoport a diagnosztikai és terápiás módszerek kiszélesedése során magas elvárásokat támaszt a gyógyszerkészítményekkel és az egészségügyi ellátórendszerrel szemben. A még hatékonyabb, gazdaságosabb és racionálisabb felhasználásukat követelik, és a piaci résztvevők közti többszörös, interaktív, széleskörű kommunikációt igényelnek.

E tendenciákat érzékelve az FDA⁵ már 1999. évi jelentésében megállapította, hogy az amerikai lakosság részvétele egészségügyi döntésekben növekvő tendenciát mutat. Hazánkban is az ötvenes években született nagy létszámú népességcsoportok ellátása jelenti az ellátórendszer számára az egyik legnagyobb kihívást. Magyarországi vizsgálatok is azt mutatják [Csépe2007], hogy hazánkban is nőtt a páciensek betegségekre vonatkozó tájékoztatási igénye. A felmérés megállapította ugyanakkor, hogy a betegségről semmit sem tudók körében az orvoshoz jutás ideje jóval hosszabb, mint a valamelyest információval rendelkező betegek esetében (3 év 1 hónap vs. 1 év 10 hónap). A kutatás bizonyította, hogy a betegségről valamelyest tájékozott betegek hamarabb fordulnak orvoshoz, amely egyértelmű indikáció arra nézve, hogy egy megfelelő betegségkampány segítheti a kezeletlen betegek orvosi segítséghez való jutását [Csépe2008].

Emellett a fogyasztói igények változását a média egyre erősödő érdeklődése követte, amely az egészségüggyel egyre szélesebb körben kezdett foglalkozni. A tömegmédia fokozott szerepvállalása mellett az internet térhódítása információs boomhoz vezetett, amely a lakosság egészségtudatosságának fejlődését tovább támogatta. A mára fogyasztókká vált betegek és egészséges környezetük az internetet napjainkban az egészséggel kapcsolatos információk fő forrásaként használják [Schervish2000]. Az ezredfordulót elérve a PriceWaterhouseCoopers [PWC2000] 30.000 egészségüggyel kapcsolatos webhely létezését jelentette; az interneten található információ 1/4-e egészségügyi információkat tartalmazott.

A Harris Interactive felmérésében az internetezők 3/4-e, az amerikai felnőttek kb. fele online kutat egészségügyi információk iránt [Express Scripts2005], és az internetet a betegségről, a készítményről, a gyártóról való tájékozódáson túl gyógyszerrendelésre és orvosi konzultációra is használja [Woods2000].

5. U.S. Food and Drug Administration

Hazánkban a Szinapszis 2010-es kutatása szerint a felnőttek 53%-a aktívan érdeklődik egészségügyi hírek iránt. Az internetezők 62%-a olvas egészségüggyel kapcsolatos információt a világhálón [Szinapszis2010].

A Boston Consulting Group 2001-ben végzett felmérésében az internetre felrakott egészségügyi információk hatását mérte [Brown és Barette2001]. Arra a következtetésre jutott, hogy azok az orvos-beteg párbeszédre ösztönzőleg hatnak, mivel a válaszadók 74%-át még több kérdés feltevésére sarkallta az orvosnál; 36%-uk egy specifikus betegségről, 45%-uk egy specifikus szerről érdeklődött.

A Datamonitor 2001. évi kutatásában az orvosok elfogadják és használják a betegek számára megjelenő online információkat, amennyiben azok az orvosszakma által kontrolláltak, könnyen kezelhetők és pontos a hivatkozásuk [Brown és Barette2001]. A betegek 67%-a pedig úgy gondolja, az orvosa által javasolt internetes oldalak hitelesebbek és megbízhatóbbak [Coles et al. 2002].

Összefoglalóan megfigyelhető a fejlett országokban az a trend, hogy a betegek fogyasztói attitűdje és jellemzői jelentősen átalakulnak. Az információalapú társadalomban a betegek információs igénye folyamatos növekvő trendet mutat. A bébi-boom korosztály öregedésével egészségtudatos, immáron információéhes, új fogyasztói kör született, akik aktív részesei az ellátásukkal kapcsolatos döntéseknek. E trendeknek új multidiszciplináris üzleti és kommunikációs modellek megalkotására kell inspirálniuk az egészségügyi rendszer szereplőit.

Az infokommunikációs eszközök és alkalmazások szerepe és helye a terápiás együttműködések rendszerében

A terápiás együttműködés, valamint az egészségérték alapú verseny és forráselosztás feltételeinek megteremtésében és a végrehajtás ellenőrzésében kulcsszerepük van az információs és kommunikációs technológiákon (IKT) alapuló szolgáltatásoknak és rendszereknek.

A korábban bemutatottak szerint a jelen és különösen a jövő egészségügyében felértékelődnek az együttműködések, mind a páciens, mind az ellátó oldalán, miközben hangsúlyossá válik az eddigieknél hatékonyabb működés kialakításának képessége az ellátói oldalon.

Az említett területek olyanok, amelyek korszerű IKT-támogatást igényelnek, sőt túlzás nélkül állítható, hogy a helyzet komolyabb, a terápiás együttműködések megvalósítása és az ellátórendszer hatékonyságának erősítése kizárólag IKT-megoldások segítségével érhető el [Miletics2010]. A következőkben ezeket a lehetőségeket tárgyaljuk, elsősorban az alkalmazások és kevésbé a rendelkezésre álló technológiák szempontjából.

I eEgészség és társai: új szakkifejezések és jelentésük

Az információs és kommunikációs technológiai (rövidebben: infokommunikációs technológiai, rövidítve: IKT-) alkalmazások szerepének és helyének bemutatását indokolt a leggyakoribb fogalmak és szakkifejezések, valamint az egymáshoz való viszonyuk – a jelen tanulmány céljainak legjobban megfelelő – meghatározásával folytatni. Új szakterületről lévén szó, értelmezésük egyáltalán nem mondható egységesnek sem a szakirodalomban, sem a köznyelvben. Az irodalomjegyzékben megadjuk néhány olyan weblap címét, ahol a témánkba vágó fogalmak – gyakran egymásnak ellentmondó – definíciója megtalálható.

Átfogóan **eEgészségnek** (*eHealth*)⁶ nevezzük azt a szakterületet, amely egyrészről az informatika és távközlés, másrészről az életmód és az életvitel, a fogyatékossgal élés és a szociális gondozás, a gyógyászat és az egészségügy stb. határterületein van születőben.

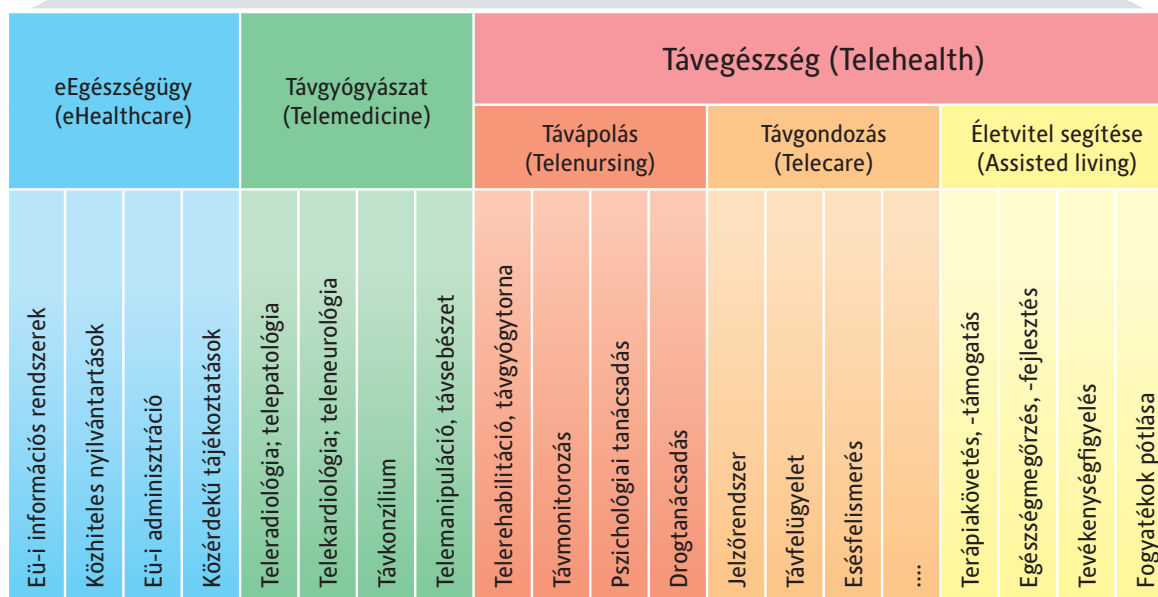
Az *eEgészség* egyes részterületeinek egymáshoz való viszonyát az *eKereskedelemhez* (*eCommerce*) hasonlóan szokás az ún. *aktorai*, szereplői mentén definiálni (lásd pl. [Király2010]). Az *eEgészség* aktorai közé tartozik, többek között, a páciens⁷, az orvos⁸, az egészségügyi intézmény, a kormányzat és az üzleti szféra; e szerint tehát páciens-orvos és orvos-páciens, páciens-intézmény és intézmény-páciens, intézmény-kormányzat és kormányzat-intézmény stb. kapcsolatokról beszélhetünk. Már öt aktornál is elég nagy (20) a párok lehetséges száma, újabb aktorok bevétele esetén ez a szám exponenciálisan nő, ami mind a kapcsolatok jellemzését, mind az áttekintésüket megnehezíti. Márpedig a kellően árnyalt képhez szükség lenne további aktorokra, például gyógyszerészekre, ápolókra, gondozókra, családtagokra, informatikai szolgáltatásként igénybe vehető szakértői rendszerekre stb. ([Király2011] az utóbbiakat az *infrastruktúra* részének nevezi). Ráadásul számos – és az aktorok számának növekedésével egyre több – olyan aktor-aktor kapcsolat van, amely nagyon hasonló más aktor-aktor kapcsolatokhoz, ezért indokolatlan a megkülönböztetésük. Ezért ebben a tanulmányban az *eEgészség* témakört nem az aktorai, hanem a tevékenységi területei mentén próbáljuk meg részterületekre bontani és jellemezni (ld. 1. ábra). Az alsó szinten megnevezett részterületek felsorolása nem teljes körű, főként a felsőbb szinteken szereplő fogalmak tisztázását segítik.

6. [Király2011] az eHealth szó fordításaként az e-Egészségügy szót használja, és így definiálja: „az egészségügy valamennyi valós és virtuális szereplőjét, valamint a megelőzéssel és gyógyítással összefüggő folyamatokat kiszolgáló, támogató információtechnológiai és kommunikációs módszerek, megoldások összessége.” Az eHealth kifejezés azonban ennél tágabban is értelmezhető, ezért ebben a tanulmányban az eHealth szót eEgészségnek, az eHealthcare szót pedig eEgészségügynek fordítjuk.

7. A magyar egészségügyben az ügyfelet, a kient betegnek szokás nevezni, akkor is, ha makkegészséges. Az ügyfél, a kliens szó a magyar egészségügyi rendszer kontextusában nem hangzik jól (bár az orvosnak lehet kientúrja), ezért ebben a tanulmányban a páciens szót használjuk.

8. Az eEgészségügygel foglalkozó szakirodalomban az orvos szón általában az egészségügyi ellátást nyújtó személyt értik, azaz az orvoson túl az aszsziszenst és az ápolót, sőt még a gondozást és ellátást nyújtót is beleértik. Többek között az államilag fenntartott egészségügyi és szociális rendszeren kívüli egészségügyi és szociális ellátás, az otthonápolás és otthoni felügyelet terjedése indokolja, hogy ezeket a szerepköröket különválasszuk egymástól.

eEgészség (eHealth)



4. ábra. Az eEgészség témakör részterületei

A jelen tanulmányban az előforduló szakkifejezéseket az alábbi értelemben használjuk.

eEgészség (eHealth): elektronikus, azaz IKT-eszközök felhasználásával nyújtott, egészséggel kapcsolatos szolgáltatások és rendszerek összefoglaló megnevezése.

eEgészségügy (eHealthcare): az egészségügyi intézményrendszer működését, fenntartását segítő elektronikus, azaz IKT-rendszer, illetve szolgáltatás.

Távgyógyászat (Telemedicine; telemedicina): olyan gyógyászati – diagnosztikai vagy terápiás – eljárás, amelynek során az egészségügyi szakember IKT-eszközök révén távkapcsolatban van a pácienssel vagy egymással.

Távápolás (Telenursing): olyan (szak)ápolási tevékenység, amelynek során az egészségügyi szakember IKT-eszközök révén távkapcsolatban van a pácienssel, mérési paramétereit, felügyeli életfunkcióit.

Távgyógyászat (Telecare): olyan gondozási, ellátási tevékenység, amelynek során a gondozást, ellátást nyújtó személy IKT-eszközök révén távkapcsolatban van a pácienssel, felügyeli egészségi állapotát, tájékozik állapotáról és igényei felől.

9. Az ún. *Közös program az ambiens rendszerekkel segített életvitel területén* (Ambient Assisted Living Joint Programme) célja kifejezetten az, hogy a társadalom előregedésére válaszul elősegítse az életvitelt segítő IKT-szolgáltatások és -megoldások fejlesztését és elterjedését Európában, annak érdekében, hogy az idős emberek önállóságukat a lehető legtovább megőrizhessék, és életük utolsó időszakát is a saját otthonukban, megszokott környezetükben tölthessék (<http://aal-europe.eu>). A magyar eVITA Platform céljai között az időskorúak önálló életvitelének segítésén és életminőségének javításán túl a fogyatékosokkal élők mindennapjainak segítése, a terápiák hatékonyságának mérése és javítása, illetve általában az egészség megőrzésének és fejlesztésének támogatása szerepel, természetesen IKT-eszközök alkalmazásával (<http://evitaplatform.hu>).

Életvitel segítése (*Assisted Living*): IKT-eszközök alkalmazása egyrészt idősebbek és más rászorultak (pl. fogyatékossgal élők) segítésére napi teendőik elvégzésében, önálló életvitelük lehetővé tétele, életminőségük javítása, biztonságuk erősítése érdekében, másrészt mindenki számára egészségének megőrzése és fejlesztése céljából⁹.

Távegészség (*Telehealth*): A távegészség olyan gyűjtőfogalom, amelyet sokszor az eEgészség (eHealth) szinonimájaként emlegetnek. Mi szűkebb értelemben használjuk a jelen tanulmányban, azaz nem értjük bele sem az egészségügyi rendszer működtetését, sem a gyógyítást segítő IKT-alkalmazásokat, így a továbbiakban a páciens, az egészségtudatos lakos számára nyújtott infokommunikációs szolgáltatást jelent. A távegészség olyan *új egészségügyi paradigmának* tekinthető, amely a személyes orvos-páciens találkozások közötti (esetenként hosszú, akár években, évtizedekben mérhető) időszakban segíti – IKT-szolgáltatások és -rendszerek révén – egészségi állapotunk felügyeletét, egészségünk megőrzését és fejlesztését.

A távgyógyászat, távápólas, távgondozás semmiképpen sem helyettesíti, csupán kiegészíti, térben és időben kiterjeszti a hagyományos gyógyászati, ápolási, gondozási tevékenységeket; egyrészt olyan esetekben, amikor a földrajzi távolság miatt a személyes jelenlét nem lehetséges (pl. külföldi út során, ritka betegségek felbukkanásakor, hiányszakmák esetében) vagy pazarló lenne (pl. több páciens kellene ellátni rövid idő alatt), másrészt olyankor, amikor a személyes jelenlét időkorlátba ütközik (pl. éjszaka vagy rendelési, ügyeleti időn túl).

Nyilvánvaló, hogy már a fent említett öt részterület között van átfedés, illetve áttjárás. Például a távápólas és a távgondozás között - elsősorban az ellátórendszeren kívüli, otthoni környezetben - nehezen húzható éles határ. Vagy például áttjárás van az eEgészségügy és a távgyógyítás között, hiszen az utóbbit számos adminisztratív-pénzügyi kötelezettség kíséri. Nyilvánvalóan átfedés van a távgyógyászat és a távápólas, illetve a távgondozás és az életvitel segítése között is. Az említettek ellenére jelentős különbség van az *egészségügyi rendszer adminisztratív-pénzügyi felügyeletét segítő* IKT-rendszerek, *a gyógyítást segítő* IKT-rendszerek, valamint a *tájékozódást, prevenciót és életvitelt segítő, az egészségi állapotot felügyelő és a megváltozását jelző* IKT-rendszerek között, ezért indokolt a fenti csoportosítás.

A terápiás együttműködés szempontjából elsősorban a tájékozódást, prevenciót és életvitelt segítő, az egészségi állapotot felügyelő és a megváltozását jelző IKT-rendszereknek van nagy jelentőségük. Fogalmazhatunk úgy is, hogy a távegészség (telehealth) nem más, mint IKT-eszközökkel támogatott terápiás együttműködés.

I A páciens együttműködése

A magyar egészségügyben már végbement, illetve a még előttünk álló folyamatok együttesen **felértékeli a páciens terápiás együttműködését**, a terápiahűségét, illetve az ezt erősítő, támogató szolgáltatásokat, az ún. terápiahűség-szolgáltatásokat.

A terápiahűség-szolgáltatások egy része beépülhet a közszolgáltatások rendszerébe, de jelentős részük tartósan is piaci szolgáltatásként fog tovább élni, gyártói és alkalmazói, illetve vegyes finanszírozásban.

A terápiahűség-szolgáltatásokat az alábbiak szerint osztályozhatjuk annak mentén, hogy a páciens terápiás együttműködését milyen eszközzel kívánja javítani:

- A páciens **képzésével**: információszolgáltatás az egészségi állapothoz igazított életmódról, táplálkozásról, mozgásról stb.
- A páciens **felkészítésével** és **ismereteinek ellenőrzésével**: alapos, érthető felkészítés szakrendelői vagy kórházi kezelés előtt, részletes tájékoztatás és ismeretek visszakérdezése az elbocsátáskor stb.
- A páciens **motiválásával**: bonus-malus rendszerek – finanszírozói, biztosítói feladat az együttműködés honorálása, kikényszerítése érdekében.
- A páciens együttműködéséhez **technikai segítség nyújtásával**:
 - Információszolgáltatás: a konkrét kezeléssel kapcsolatos, részletes technikai információk, teendők, észlelt hatások és mellékhatások értékelése stb. [Clarke2011].
 - Eszköz- és gyógyszerellátás: kiszállítás a páciens otthonába, közérthető alkalmazási segédletek biztosítása, beszédési emlékeztetők küldése, a beszéd ellenőrzése, gyógyszerek beadása, a gyógyszerfogyás figyelése, az elfogyott gyógyszerek rendszeres pótlása stb.
 - Távmonitorozó és távfelügyeleti rendszerek működtetése: telemetriás eszközök alkalmazása, a mérések alapján a dózis változtatása, egészségi állapot megváltozásakor figyelmeztető jelzés stb. [Finkelstein2001], [Miletics2010].
 - Együttműködésre felhívó jelzések, segítő figyelmeztetések, terápiahűség-szolgáltatások [Port2003].
 - Személyes / virtuális edző, ellenőr – ma már szórakoztató, játékos webes szolgáltatásként is – rehabilitációs és kognitív gyakorlatok, gyógytorna otthoni végzéséhez, szellemi frissesség megőrzéséhez, otthoni fejlesztéséhez [Kozyavkin2011], [Breznitz2011], [Owen2011].

A távgyógyászati és távmonitorozási eljárásokról az utóbbi években elvégzett értékelések alapján elmondható, hogy a páciensek nagy arányban elégedettek az eszközök használhatóságával, és elfogadják az ellátás ezen új formáit [Clarke2011], [Steel2011]. Kimutatták, hogy ezek az eljárások egyrészt szignifikáns javulást eredményezhetnek a páciens életminőségében [Clarke2011], [Wainwright2003], másrészt – mivel a páciensről érkező adatok elemzését követően azonnal be lehet avatkozni a terápiába – megelőzhető a páciens egészségi állapotának romlása, és így javul a terápia hatékonysága [Clarke2011], [Liu2011]. A rendszeres távmonitorozásnak – a szűrővizsgálatok IKT-eszközökkel megvalósítható mai változatának – *betegségtudattal nem rendelkező páciensek esetében* különösen nagy a jelentősége, mert

a fiziológiai paraméterek, a fizikai és a mentális állapot kedvezőtlen változásának jelzésével komoly betegségek, súlyos balesetek, szignifikáns egészségromlások előzhetők meg.

Érdemi együttműködés csak megfelelő felkészítés után várható el a páciens-től. Az IKT-eszközök különösen alkalmasak arra, hogy a páciens – pl. eTanulás (eLearning) útján – szakrendelői vagy kórházi kezelésének megkezdése előtt részletes, alapos és érthető tájékoztatást kapjon arról, hogy miért és milyen kezelést fog kapni, milyen hatásokra és mellékhatásokra kell számítani, mit kell tennie a hatások erősítése és a mellékhatások gyengítése érdekében. Különösen fontos, hogy mindezeket a kezeléseket után, az elbocsátás során megértse és megjegyezze, hiszen ettől függ, hogy magára maradva képes lesz-e betartani az előírt terápiát, ezért ilyenkor a tanultak kikérdezése is célszerű. Az Egyesült Államokban a páciens egyes kórházakban előzetes tájékoztató előadáson vesz részt, majd személyre szóló írásbeli tájékoztatást kap elektronikus vagy nyomtatott formában, az orvosi szakmai protokoll laikusok számára készült átirataként a rá váró kezelés „munkafolyamat” jellegű leírását. Az elbocsátásakor pedig szóban, esetleg eLearning rendszerben kérdésekre válaszolva vissza kell idéznie, amit a kórházi kezeléséről és az otthoni utókezelési teendőiről ismertettek vele [Balogh2011], [Wallace2010].

Az internethasználat általánossá válásával – ma már Magyarországon is a háztartások mintegy 70%-ában van internet-elérés – egyre többen tájékozódnak egészségügyi, orvosi ügyekben is esetleg nagyon megbízhatatlan forrásokból. „Különböző önszerveződő honlapok [vannak], ahol informális keretek között cserélnek tapasztalatot a betegek, a gyógyultak és a szimpla érdeklődők. Komolyabb moderálás és validálás híján az itt szerzett információk nehezen értékelhetőek. Nem zárható ki a szándékosan téves, vagy rosszindulatú információ sem. Vannak betegszervezetek által üzemeltetett, szakmailag ellenőrzött honlapok is, ahol szakszerű útbaigazítást kaphatnak az érdekeltek”, de előfordulhat, hogy valaki „bújtatott reklámmal használja ki a kiszolgáltatott érdeklődő információhiányát”. [Király2011] Mivel sem az információ forrása, sem a valódisága nem ellenőrizhető könnyen, kockázatos lehet az ilyen tájékozódás. Nyilvánvaló azonban, hogy a XXI. században nem korlátozható az információszerzés, ami az egészségügyben dolgozók számára kétségtelenül kihívást jelent. Csak az okos internethasználat fiatal korban kezdődő tanítása, a rendszeres tájékoztatás és továbbképzés lehet a megoldás.

Az értékalapú verseny feltétele, hogy a páciens tudatos „fogyasztóként” lépjen fel az egészségügyben. Ehhez elengedhetetlen, hogy az egészségügyi szolgáltatók és szolgáltatások minőségét jellemző adatok ismeretében tudjon döntést hozni, amihez először is megfelelő indikátorrendszerre, majd pedig az adatok folyamatos gyűjtésére, feldolgozására és nyilvánosságra hozására van szükség, ami ma már elképzelhetetlen IKT-eszközök alkalmazása nélkül¹⁰.

10. A 2007-ben létrehozott, majd 2010-ben megszüntetett Egészségbiztosítási Felügyeletnek éppen a nyilvános minőségértékelési rendszer működtetése volt a jogszabály által előírt egyik feladata.

I Az ellátók együttműködése

Az egészségügyön belüli együttműködésről, programokról, projektekről egyrészt az Európai Unió *e-Health* programjának hatására, másrészt számos kiváló műhely munkájának eredményeként számos publikáció jelent meg. Magyarországon ezek a programok kevésbé terjedtek el, ami elindult, az nem elég hatékony.

Az értékalapú versenyt orvosszakma szerint differenciált szolgáltatások helyett inkább az egy-egy tünetcsoport vagy betegség szerint differenciált szolgáltatások segítik elő, ami több szakma vagy akár több intézet szolgáltatói csoportként (teamként) való együttműködését feltételezi. Az USA-ban egyre inkább előtérbe kerülő „Accountable Care” modell¹¹ [Gartner2010a] is csak az egészségügyi ellátó intézmények szoros együttműködésével képzelhető el.

Az IKT-eszközök alkalmazásának tekintetében az ellátók együttműködését is több csoportra lehet bontani:

- az ellátók horizontális együttműködésének támogatása (tudásmegosztás),
- az ellátói csoport egyes tagjainak „távjelenléte” személyes jelenlét helyett (telemedicinás orvos-orvos kapcsolat),
- a páciensekre vonatkozó információk megosztása (elektronikus kórtörténet, elektronikus betegrekord).

A horizontális együttműködések tipikus példája a távkonzílium (telefonos vagy videokonferencia formájában) és a csoportmunkát támogató eszközök alkalmazása. Ezek viszonylag elterjedtek a magyar egészségügyben is.

A telemedicina alkalmazása Magyarországon sem elterjedtségében, sem szabályozottságában, sem a finanszírozási technikák fejlettségében nem kielégítő. Például a radiológiában a PACS rendszer kezd a piaci szereplők által elfogadott kváziszabvánnyá válni, és ez korszerű, a szélesebb körű együttműködést is lehetővé tevő alapokra helyezi a telemedicinát. A kardiológiában az EKG-telemetriában vannak érdemi és tömeges alkalmazások (Holter monitor jellegű, a pácienshez telepített és telefon-kapcsolatot használó készülékekkel). Távvezérelt invazív (pl. robotsebészeti) rendszerek, elsősorban finansziális okokból, még nem terjedtek el nálunk. A fokozódó orvosi és szakápolói munkaerőhiány miatt a működőképesség megőrzése érdekében érdemi fejlődés várható a telemedicina területén Magyarországon is.

Az ellátórendszer szereplőinek együttműködéséhez a páciensekre vonatkozó információk megosztása elengedhetetlen. Az egészségügyben a páciens adatait hagyományosan az ellátó kezeli, az adatok struktúrája az ő igényeihez igazodik, így az az ellátórendszer egyes szintjein más és más. Ez a hagyományos ellátóközpontú gondolkodás az adatok, az információk szétszabdaltságát eredményezi. Számos projekt kívánt már ezen segíteni, legutóbb pl. az IKIR [HEFOP-IKIR], ami hozott ugyan előrelépést, de az alapproblémát sem elvben, sem gyakorlatilag nem sikerült megoldania¹².

11. An *accountable care* organization is a type of healthcare delivery organization (HDO) that, together with a related set of providers (including both primary care physicians and specialists), can be held accountable for the cost and quality of care delivered to a defined population. The goal of an accountable care organization is to provide efficient and high quality care. To deliver this, accountable care organizations need to provide the full range of care; they must also be able to plan budgets according to future resource needs, and provide valid measures of performance. The basic concept is that those accountable care organizations that reach certain predetermined quality and cost targets will receive financial rewards, while those that don't meet the metrics might actually be penalized. [Gartner2010a]

12. Az orvos és egészségügyi intézmény közötti kapcsolatok „legszélesebb funkcionalitással rendelkező” példája Magyarországon „az uniós forrásból, a HEFOP 4.4 projekt keretében elkészült „Egészségügyi intézmények (kórházak, rendelőintézetek, háziorvosok, patikák stb.) közötti Intézményközi Információs rendszer” (IKIR). Több éves működése során kiderült, hogy országos kiterjesztése központi koordináció és támogatás nélkül nem várható.” [Király2011]

A páciensadatok megosztásának négy információs alapmodellje létezik.

- *Egy nagy központi adatbázis*, amely a páciensek összes adatát tárolja, kiszolgálja a finanszírozást, az ellenőrzést, a stratégiai tervezést, és alkalmas az ellátók közötti adatcserére is. Ez az orwelli modell inkább csak elméleti lehetőség. Nemcsak jogi, etikai okok miatt, hanem azért is, mert az egészségügyi adatok összetettsége és az adatforrások eltérő volta ma már technikailag sem teszi lehetővé az ilyen megoldást.
- *Eseti összefűzés kulcskártyával*: az információk – összekapcsolható állapotban – az egyes szolgáltatóknál vannak, ezekből az információkból a páciens kártyájának felhasználásával, esetileg állítják elő a szükséges – és csak a szükséges – adattömeget. Az elv jó, etikailag korrekt, de számos technikai nehézségbe ütközik, ezért nem igazán életszerű.
- *Eseti összefűzés központi metaadatbázis alapján*: „az információkat leíró információk” (a metaadatok) egy központi adatbázisban vannak, ezek alapján fűzik össze esetileg az adatokat. Jó kompromisszum az első két modell között, de számos problémát is magában rejt. (Az IKIR megoldása ebbe a csoportba sorolható.)
- *Személyes egészségügyi életút-archívum* (Personal Health Record): az egészségügyi adatok szervezésének logikai és fizikai központja a páciens. A páciens személyes egészségügyi életút-archívumába kerülnek az eltérő forrású információk (szükség esetén az ellátórendszeren kívüliek is, a fogantatástól vagy születéstől egészen a halál bekövetkeztéig). Ebbe az ellátók a gyakran különböző rendszereikből egységes felületre leképezve exportálják a páciensre vonatkozó adataikat. Így a páciens elektronikus mappája egyúttal a szolgáltatók közötti adatcsere felülete is. A jövő egészségügyi nyilvántartó rendszerei nagy valószínűséggel ilyen elven szerveződők lesznek. Az kérdés, hogy ez a modell „alaprendszeré” válik-e, vagy pedig az „élet”, a piac vagy a határon átnyúló hordozhatóság iránti igény fogja-e kikényszeríteni az elterjedését másodlagos információs rendszerként. E modell elterjedésének ma még számottevő korlátja, hogy az adattömegekről, az adatokhoz való hozzáférési jogokról a páciensnek kellene intézkednie, ami számos problémát vet fel, pl. a megfelelő szintű rendelkezésre állás és a megbízhatóság kérdését [Gartner2010b].

A páciensadatok megosztásának felhasználási szempontból optimális – az adatvédelmi szempontokat tiszteletben tartó, az egészségügyi ellátás jogos igényeit ugyanakkor teljes körűen kielégítő – megvalósítása vélhetően a fent említett modellek valamilyen ötvözeteként áll majd elő.

I Hatékonyságnövelés az ellátói oldalon

Az egészségügyi ellátók hatékonyabb működését számos IKT-megoldás támogatja. Az előzőekben tárgyalt példák többsége az együttműködés javításán keresztül fokozza az ellátók működési hatékonyságát. A telemedicinás megoldások – és itt nemcsak az orvos-orvos, hanem az orvos-páciens közötti kapcsolatokra is utalunk – a diagnosztikai és a terápiás eljárások egy részét a szakellátóktól az alapellátókhoz, illetve az otthonokba helyezik át (pl. a preventív szűrővizsgálatok elvégzését vagy a krónikus betegek állapotának figyelését távmonitorozással). Így a szűkös és költséges intézeti erőforrások felszabadításával, kevésbé költséges (táv)eljárások alkalmazásával javulhat az intézmények működésének hatékonysága, csökkenhetnek az ellátási költségek [Clarke2011]. Költségcsökkenés elsősorban a kiesett munkanapok, illetve a kórházban töltött napok számának csökkenésétől várható, de felmérések szerint az igénybe vett sürgősségi ellátások száma is kevesebb lesz [Lee2005], [McLean2010]. A csökkenéshez ott, ahol a távgyógyászati eljárások hatásosak, precíz tervezésre, a résztvevők feladatainak pontos meghatározására van szükség. A keletkező adatmennyiség feldolgozásához és az adatokon alapuló döntések meghozatalához új, a konvencionális ellátáshoz illeszkedő, azt kiegészítő protokollokra, továbbá az ellátás megerősített koordinációjára van szükség [Gartner2010b].

Az ellátói oldal hatékonyabb működését támogatják még azok az alkalmazások és technológiák, amelyek a kórházi információs rendszer funkcionalitását integrált módon teszik folyamat- és erőforrás-érzékennyé. Ide tartoznak a csoportmunkamegoldások, a vállalati erőforrás-tervező (ERP) és -követő rendszerek, a pénzügyi modulok, valamint a folyamatmenedzsment-alrendszerek [Gartner2010b]. Az utóbbiak lehetővé teszik a folyamat alapú működés széles körű elterjedését az ellátói oldalon.

Az egészségügyi ellátási folyamat komplexitása – ami természetes az élő szervezet bonyolultsága és az egyedek közötti különbségek miatt – nem teszi lehetővé a folyamatok részletes leírását a teljes ellátási ciklus minden szintjén. A döntési szabályok nem mindig egyértelműek, az elágazások esetenként bonyolultak, nagy lehet az egymással összefüggő, párhuzamosan futó folyamatok, valamint a kivételek száma [Hollingsworth2010]. Ahogy azonban az ellátási folyamatokban egyre mélyebbre jutunk, akár a logisztikai kiszolgáló, akár a diagnosztikai és terápiás folyamatokban, annál inkább alkalmazható a folyamat alapú megközelítés és használhatók a folyamatmenedzsment-eszközök [Lovis2011], [MTEHE-TSZL].

Az üzleti életben a hatékonyságnövelés egyik eszköze az üzleti folyamatok rendszeres felülvizsgálata és a felhalmozott tapasztalat beépítése ezekbe a folyamatokba. A tapasztalatok beépítésére és így a leírás részletezettségének (granularitásának) növelésére az egészségügyben is van lehetőség.

A folyamat alapú megközelítés előnyei a következők:

- a tevékenység tervezhetősége javul:
 - csökken a szükséges idő;
 - kevesebb lesz a szükséges erőforrás (típusa, mennyisége);
- javul a mérhetőség, a számonkérhetőség;
- egyértelműbb lesz az eljárás a szereplők (különösen a páciens) számára;

■ lehetőség nyílik a szolgáltatás minőségének mérésére és fejlesztésére. Végül érdemes megemlíteni azokat az alkalmazásokat is, amelyek az erőforrások és páciensek intézményen belüli logisztikai kezelésére szolgálnak, és a konkrét erőforrás-allokációs problémák megoldásán túl a historikus adatok elemzésével lehetővé teszik a logisztikai folyamatok áttervezését, átszervezését.

I Alapgondolatok a terápiamenedzsment jogi szabályozásához

Az orvosi és egészségügyi tevékenység közgazdasági keretek közötti megformálásának legfontosabb pontja, hogy a gyógyító tevékenység folyamatát egy összetett, számos különböző erőforrást a beteg érdekében összehangoltan mozgósító projektként határozza meg. Ez az egészségügy új, terápiamenedzsment szemléletű megszervezését és irányítását is kell, hogy jelentse.

A terápiamenedzsment során a betegek és az egészségügy szereplői fokozottan együttműködnek mind a terápia kiválasztása, mind pedig a választott terápia minél hatékonyabb folytatása érdekében.

Jelenleg a terápiamenedzsment jogszerűsége sok tekintetben nehezen megítélhető, hiszen a meglévő jogi keretek merevek, számos kérdésre nem kínálnak időszerű megoldást, valamint sok terület jogilag teljesen szabályozatlan.

Jogi környezet

A terápiamenedzsmentben résztvevőknek számos alapvető jogi kérdéssel kell szembesülniük: betegbiztonság és betegjogok érvényesülése, adatvédelemi és orvosi titoktartásra vonatkozó előírások, az egészségügyi ellátás szakszerűségére, az egészségügyi szakemberekre vonatkozó jogi, illetve szakmai előírások, valamint az egyes betegségekkel, terápiákkal (ideértve a gyógyszeres terápiát is) kapcsolatos kommunikációra vonatkozó jogi és etikai szabályok rendszere.

Minél nehezebben körülhatárolható egy kérdéskör, annál nehezebb a jogalkotónak egy-egy tevékenység jogi kereteit megalkotni, és a kor követelményeihez nem vagy csak részlegesen igazodó jogszabályok esetében természetesen rendkívül nehéz a jogalkalmazás is (mind a terápiamenedzsment résztvevői, mind a hatáskörrel rendelkező hatóságok számára).

Kiinduló alapként elmondható, hogy a terápiamenedzsmentben résztvevőknek két területre mindenképpen kiemelt figyelmet kell fordítaniuk. A legfontosabb a betegek védelmében hozott szabályok betartása: a beteg személyes adatainak védelme, az emberi méltóság tiszteletben tartása és az egészségügyi ellátáshoz való jog garantálása.

A szabályozott és ellenőrzött terápiamenedzsment során is elsődleges továbbá, hogy az orvos kizárólag saját szakmai meggyőződése alapján dönthet a terápiáról.

A magasabb minőségű, betegcentrikusabb és hatékonyabb egészségügyi ellátást biztosító egészségügyi rendszer megvalósításához a jelenlegi jogi szabályozás néhány meghatározó módosítására van szükség, amelyet három pontban csoportosítottunk.

Terápiás együttműködés

A modern egészségügy a szolgáltatásait összehangolt csapatmunka eredményeként tudja biztosítani, ahol a különböző résztvevőket arra specializált szakemberek valósítják meg. Az emberi erőforrások nagyobb hatékonyságú és eredményesebb felhasználását a feladatok eddigieknél nagyobb mértékű és részletesebb elosztása biztosítja. Ez az eddigieknél több – műszaki, informatikai jogi és szociológiai szakismerettel rendelkező - szakember és szervezeti egység együttműködését igényli, amelyben az egészségügyi szakdolgozók mellett szerződéssel együttműködő ún. külső szolgáltató szervezetek közreműködése is szükségessé válik. Különösen igaz ez a komplex megközelítést igénylő, ma már népbetegségnek számító terápiás területeken, mint pl. a cukorbetegség, magas vérnyomás vagy daganatos betegségek kezelése, ahol a beszállítók által biztosított különböző termékek és szolgáltatások legnagyobb mértékű hasznosítása csak összehangolt együttműködés esetén eredményes.

Mára nyilvánvalóvá vált, hogy a beteg-együttműködésnek az a hagyományos megközelítése, amely a kezelőorvost helyezte középpontba, tőle várta el a beteg megfelelő terápiájának kialakítását, szinten tartását és ellenőrzését, alkalmatlan az egészségérték megteremtésére, mind az orvosok, mind a betegek szemszögéből. Egyfelől a kezelőorvosoknak nincs elegendő idejük és erőforrásuk arra, hogy a betegeket aktív együttműködésük nélkül bírják rá – a külső motiválás eszközeivel – a terápiás szabályok követésére. Másfelől kezd kialakulni egy olyan betegkör, amely tudatosan törekszik az informáltságra, ezek a betegek egyre több forrásból gyűjtenek információt az általuk alkalmazott kezelésekről, közösségeket formálnak, megosztják egymással tapasztalataikat, és lassan, de biztosan megfogalmazódik az igényük arra, hogy az orvossal kvázi egyenrangú félként tudjanak együtt gondolkodni. Nekik nem szülői szerepben lévő szakemberre, hanem mentorra van szükségük, ezt keresik kezelőorvosukban. Harmadrészt, ha a páciens informálatlan, nincs tisztában a megfelelő beteg-együttműködés jelentőségével, a kezelőorvos általi „ösztökélés” nem lesz elegendő, a beteg valódi belső motivációja kell ahhoz, hogy együttműködése javuljon, s ha a betegben ez nincs meg, az egészségügyi szakemberek feladata a közvetlen utasítások helyett egyre inkább e belső motiváció életre hívása.

A megfelelő jogi szabályozás kialakítása érdekében szükséges annak minél pontosabb meghatározása, hogy a terápiás együttműködés mely területeken és formákban történő megvalósulása minősül prioritásnak.

Ezt követően szükséges lenne, hogy a jogi szabályozásban jelenjen meg a terápia eredményességét szolgáló együttműködések rendszere, valamint azok meghatározó formái annak érdekében, hogy ezek közcélú hasznosulása a lehető legnagyobb legyen.

A hatékony terápiamenedzsment kialakítása érdekében szükséges lenne mind az orvos–beteg, gyógyszerész–beteg, mind a külső harmadik fél (pl. gyógyszergyár)–beteg viszonylatok jogi kereteinek újragondolása.

Az orvosokra és a gyógyszerészekre egyaránt elsődleges szerep hárul a betegek megszólításában, egészségtudatosságuk fejlesztésében, az adherencia és a perzisztencia javításában. Nélkülözhetetlenek továbbá a gyógyszergyártó vállalatok, amelyek a készítményeikkel kapcsolatos alapvető ismereteket adják át az orvosoknak, közvetlenül részt vállalva a szemléletváltás elősegítésében, és amelyek a beteg-együttműködés fokozásában összhangot tudnak teremteni a terápiás célok és saját üzleti céljaik között.

Ennek keretében fontos olyan kérdések átgondolása és a szabályozásuk jogi kereteinek a megteremtése, mint például:

- A kezelőorvos vagy a gyógyszerész milyen módon keltheti fel a beteg figyelmét és belső motivációját a megfelelő beteg-együttműködés iránt? A terápia menedzsment mely formái tartoznak az orvos munkaköri kötelességébe, és melyek azok a tevékenységek, amelyek túlmutatnak a munkaköri kötelességen? Adható-e az egészségügyi szakembereknek juttatás a terápia menedzsmenttel összefüggésben nyújtott szolgáltatásokért?
- Milyen szerepe lehet külső harmadik személyeknek (pl. gyógyszergyárak, alapítványok, betegszervezetek, compliance szolgáltatók) a hatékony terápia menedzsmentet szolgáló programok (pl. gyógyszer compliance programok) kialakításában és támogatásában? Milyen jogi keretek között képzelhető el ezen harmadik személyek és az egészségügyi szakemberek megállapodása?
- Milyen információk, milyen szolgáltatások nyújthatók a betegnek, amelyek növelik a terápia adherenciát és lehetővé teszik, hogy a beteg szükség szerint visszajelzést kapjon együttműködéséről?

A terápiás együttműködés egy másik fontos formája lehetne a távgyógyászat és a távápólás, azaz egészségügyi szolgáltatások nyújtása információs és kommunikációs technológiák igénybevitelével olyan helyzetekben, amikor a beteg és az egészségügyi dolgozó (vagy két egészségügyi dolgozó) nem azonos helyen tartózkodik. Különösen krónikus betegségekben szenvedő betegek otthonukban tartózkodva is szoros orvosi ellenőrzésben részesülhetnek, fontos paraméterek (vércukorszint, vérnyomás) monitorozása is megtörténhet a beteg otthonában, röntgenfelvételek vagy komputeres tomográfiával készült felvételek vizsgálata és értékelése távolról is elvégezhető.

A telemedicina segítségével tehát javulhat az orvosi/szakorvosi ellátáshoz való hozzáférés, javulhat a betegek életminősége, biztonsága, csökkenhet a kórházi tartózkodás gyakorisága, időtartama, rövidülhetnek egyes várólisták, optimalizálható lehet az erőforrások felhasználása, és a telemedicina a gazdasági növekedéshez is hozzájárulhat. A benne rejlő lehetőségek ellenére, a távoroslás alkalmazása az EU egész területén nagyon korlátozott.

Az Európai Bizottság 2008-ban közleményt adott ki a témában, amely többek között az átlátható, egyértelmű jogi szabályozás megteremtésére vonatkozó intézkedéseket is előír a tagállamoknak.

A távgyógyászat és távápólás mint egészségügyi szolgáltatás szabályozása nemzeti hatáskör, így javaslataink ezzel kapcsolatban a következők:

- Legyen egészségügyi szolgáltatásként szabályozva a távgyógyászat és távápólás betegeket szolgáló minél teljesebb eszközrendszere. Az egészségügyi tevékenység fogalmának meghatározása a tagállamok feladata. Általános elvként rögzíthető, hogy az egyes távgyógyászati és távápólási szolgáltatások egészségügyi tevékenységként történő besorolásának biztosítania kell,

hogy azokra azonos követelményszint vonatkozzon, mint a megfelelő nem távgyógyászati és nem távapolási szolgáltatásokra (például teleradiológia – radiológia). Ez az elv biztosítja, hogy a megfelelően szabályozott egészségügyi szolgáltatásokat nem váltják fel kevésbé szabályozott távgyógyászati és távapolási szolgáltatások, és elkerüli az azonos szolgáltatást nyújtó szolgáltatók közötti hátrányos megkülönböztetést.

- Mivel a távgyógyászat és távapolás magában foglalja a megelőzéshez, diagnosztizáláshoz, kezeléshez és folyamatos nyomon követéshez szükséges orvosi adatok és információk szöveg, kép, hang vagy más formában történő biztonságos továbbítását, a jogi szabályozásban szükséges olyan alapvető jogok és szabadságok tiszteletben tartását biztosítani, mint a magánélethez, illetve a személyes adatok védelméhez való alapvető jog. Az egészséggel összefüggő személyes adatok bármely más továbbításához hasonlóan a távgyógyászat és távapolás is jelenthet kockázatot az adatvédelmi jog szempontjából. Az adatvédelmi szempontokat mérlegelni kell minden olyan esetben, amikor távgyógyászati és távapolási szolgáltatások nyújtására sor kerül. Szükséges továbbá az információs technológiákra vonatkozó jogi szabályozás áttekintése is.
- Szükséges átgondolni a távgyógyászati és távapolási szolgáltatások és szakemberek engedélyezésének, akkreditálásának, nyilvántartásának, felelősségének és költségtérítésének szabályait. A határokon átnyúló távgyógyászati és távapolási szolgáltatások esetében is szükség van a jogi egyértelműség megteremtésére, hogy nyilvánvaló legyen, melyik államnak van joghatósága.

Kommunikáció

Jelenleg minden, a gyógyításhoz alkalmazott termék kapcsán harmadik személyek által megvalósított kommunikáció kereskedelmi kommunikációnak minősülhet, függetlenül attól, hogy az elhangzott tájékoztatás az orvosi döntést (a terápia megválasztását) megelőzően vagy azt követően hangzik el. A jelenleg hatályos jogszabályi környezet – nem mérlegelve az egészségügyi termékek és eszközök megválasztása tekintetében fennálló információs aszimmetriát – ma jelenleg inkább akadályozza, mint támogatja a termékek helyes alkalmazását és ezáltal a gyógyító munka eredményességét, a támogató tanácsadást, útmutatást, illetve a terápiás javaslatok betegekhez történő eljuttatását. A felmérések azt mutatják, hogy az orvos munkájához igazodó, a vele együttműködésben kialakított, de nem feltétlenül tőle érkező tanácsadás, konzultáció és tájékoztatás, függetlenül attól, hogy az a termékhez vagy a szolgáltatáshoz, illetve a terápiás területhez kapcsolódik, jelentős mértékben javítja a kezelés hatékonyságát, a ráfordítások megtérülését és a beteg által észlelt teljesítményt, melyet a betegek egyértelműen az egészségügyi szolgáltatás minőségének javulásaként élnek meg.

Az új modellel a páciens lehetőségei és felelőssége kiterjeszthetők úgy, hogy ő is egyenlő és aktív partnerré válhat saját egészségének megőrzésében és helyreállításában. Ennek fontos feltétele, hogy a saját egészségi állapotáról és az alkalmazott terápiáról térbeli és időbeli korlátozás nélkül információkat szerezhessen, illetve ezek kiértékelése és a szükséges visszajelzés gyorsan megtörténhessen. Ez jelentős lépés lenne egy új egészségügyi kultúra és fenntartható szolgáltatási filozófia irányában.

Ezért javasoljuk, hogy a jogi szabályozásban elkülönülten jelenjen meg a terápia menedzsmentje érdekében megvalósuló információátadás, elhatárolva a kereskedelmi célú kommunikációtól, mely ma egyedül csak gyógyszerészek számára biztosít legitim teret a gyógyszerészi gondozás keretében, figyelmen kívül hagyva az egészségügyi ellátórendszer más szereplőit.

A jogalkotónak természetesen figyelembe kell vennie az Európai Unióban a gyógyszer szabályozási reformcsomag részeként benyújtott, a vényköteles gyógyszerekkel kapcsolatos, betegeknek nyújtandó tájékoztatás kereteiről szóló európai jogszabálytervezeteket is, illetve ezek elfogadását követően a jogalkotó köteles lesz az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló 2001/83/EK irányelv reklámozásra vonatkozó szabályainak módosításait átültetni a magyar jogrendszerbe. Az Irányelv szabályokat fog megállapítani a vényköteles gyógyszerekkel kapcsolatos, nem promóciós célú tájékoztatásra, így tárgyát képezi majd (i) az emberi egészségre vagy betegségekre vonatkozó információk, amennyiben azok még közvetett hivatkozást sem tartalmaznak gyógyszerekre; és (ii) a forgalomba hozatali engedély jogosultjától származó, az egészségügyi szakembereknek a betegek körében való terjesztés céljából átadott anyagok. Cél, hogy a betegek jó minőségű és objektív információt kapjanak betegségekről, terápiás lehetőségekről, gyógyszerekről.

Az európai kezdeményezés önmagában is előremutató, azonban a terápiame nedzsment elősegítése érdekében ezt a kezdeményezést, illetve a későbbiekben megalkotandó kommunikációval foglalkozó jogszabálytervezeteket úgy kell kialakítani, hogy egyértelműek legyenek a promóció korlátai és valós, könnyen alkalmazható elhatárolás legyen a promóció és a compliance elősegítése érdekében történő kommunikáció között.

Az Európai Unió Bíróságának (EUB) közelmúltban nyilvánosságra hozott két ítélete is az európai jogszabályalkotás fent vázolt irányába illeszkedik és megerősíti a jogalkotót is abban, hogy megkerülhetetlen a gyógyszer-kommunikációra vonatkozó jogszabályok újragondolása a betegek jobb tájékoztatása érdekében. EUB ítéletek¹³ iránymutatást adnak arra vonatkozóan, hogy milyen információt tartalmazhatnak a gyógyszerreklámok, valamint segítséget nyújtanak a reklám, illetve tárgyilagos tájékoztatás elhatárolásában is, mely utóbbi az EUB álláspontja szerint - bizonyos feltételekkel - megengedett lehet vényköteles gyógyszerkészítmények vonatkozásában a betegek irányában is.

- A beteg-együttműködés elősegítése érdekében világos szabályozás kell a tekintetben, hogy az egészségügyi ellátórendszeren kívüli harmadik személyek (pl. gyógyszercégek) milyen módon kommunikálhatnak a beteggel és milyen tartalmú tájékoztatást adhatnak; nyújthatnak-e a kommunikáció mellett, illetve azt kiegészítve compliance-t segítő egyéb szolgáltatásokat úgy, hogy az ne minősüljön tág értelemben vett kereskedelmi gyakorlatnak (pl. segítség a gyógyszer beadásában, otthongondozásban).
- Meg kell határozni a kommunikáció megengedett formáit, például, a nyomtatott kommunikáció mellett elektronikusan, telefonon vagy más kommunikációs médium felhasználásával lehet-e kommunikálni?

13. Novo Nordisk A/S vs. Ravimiamet (C-249/09 sz. ügy) és MSD Sharp & Dohme GmbH kontra Merckle GmbH (C-316/09. sz. ügy)

- Meg kell határozni, hogy az egészségügyi szakemberek, amennyiben a terápiamenedzsmenttel kapcsolatos kommunikációban és szolgáltatások nyújtásában részt vesznek, azért külön díjazásra jogosultak lehetnek-e, és milyen keretek között?
- A jogalkotás során át kell gondolni a vonatkozó adatvédelmi kérdéseket is, melynek elsődleges célja a betegek személyes és különleges (egészségügyi) adatainak a védelme.

Mérési rendszer

A modern egészségügyre jellemző projektmenedzsment szemléletű folyamatszabályozás eszközrendszerének megteremtése érdekében fontosnak tartjuk a vizszcusatolást, illetve a folyamattervezést támogató mérési rendszer kialakítását és működtetését, amelyet az integrált adatkezelés tud megalapozni. Az eredményes és betegközpontú menedzselt ellátás megvalósítását támogató mérési rendszer az erőforrások célzott elosztását tudja támogatni mind a közfinanszírozott, mind a magánfinanszírozott egészségügyi ellátások rendszerében.

Véleményünk szerint olyan jogi szabályozási környezet szükséges, amelyben folyamatelvű terápiás ajánlások mellett (ld.: finanszírozási protokollok, elszámolási kézikönyvek) meghatározásra kerülnek azok az eredményességet mérő mutatók is, amelyek a folyamat teljes kontrollingját biztosítják. Így meghatározásra kerülnek a teljes terápiás folyamat betegközpontú eredményét mérő és a folyamat kritikus pontjainak ellenőrzését szolgáló paraméterek. Fontos, hogy a jogi szabályozás tegye lehetővé, hogy a terápiás folyamatról és annak eredményéről, esetleges eredménytelenségéről szóló adatokat, információkat a beteg is megismerhesse, valamint vegyék figyelembe a beteg-együttműködés szerepét. Az együtt nem működő beteg esetében a terápiás folyamat jellegétől függően a finanszírozás differenciált lehet.

Nem elhanyagolható továbbá az egészségbiztosító szerepe sem, amely megfelelően kialakított támogatási technikákkal, érdekeltségi rendszerekkel mind a gyógyszergyártókat, mind közvetlenül a betegeket a jobb beteg-együttműködés irányában tudja ösztönözni, illetve megfelelő támogatási és finanszírozási szabályok mentén ösztönözheti az orvosokat és a gyógyszerészeket a beteg gondozására, az adherencia javítására. Ennek példái lehetnek a compliance programok sikerétől, illetve a terápiaeredményességtől függővé tett támogatásvolumen szerződéses. Ezek esetében is elengedhetetlen azonban a világos jogi környezet megteremtése, amely egyrészt lehetővé teszi, hogy a felek közötti egyeztetések eredményeképpen valóban világos és az adott esetben alkalmazható, eredményességet mérő mutatókat tudjanak meghatározni, másrészt pedig elengedhetetlen az előző pontban részletesen kifejtett, terápiás együttműködés és eredményesség érdekében történő kommunikáció lehetőségének megteremtése és szabályozása.

I Hazai egészségügyi döntéshozók véleménye a terápiamenedzsmentről

2011 második negyedében felmérést végeztünk hazai egészségügyi döntéshozók körében arról, mi a véleményük a terápiamenedzsment hazai megvalósítási lehetőségeiről. A legfontosabb eredményeinket az alábbiakban foglaljuk össze.

Az elképzelt ideális rendszer összességében betegcentrikus, és alapvetően egyöntetűen egy olyan jövőbeli rendszer felé mutat, amely megközelíti az elméletileg legjobb megoldást. Jellemző az egységes, teljes egészségügyi értékláncban való gondolkodás, valamint a mérhető eredmény szerinti forráselosztás iránti igény. Egyhangú a döntéshozók véleménye arról, hogy összehangolt fejlesztésekre van szükség a tárgyi és humán infrastruktúrában, beleértve a menedzsmenti és IT eszközöket.

Meg kell határozni az egyes betegcsoportok – Porter terminológiájában „üzletek” – fontossági sorrendjét, amely a források elosztását is befolyásolja.

Az egészségérték – „betegérdek” – mint eredménycél kijelölése az elsődleges, ennek lehet alárendelni a tennivalókat, így a befogadási és ágazati politikát, az ellátórendszeri struktúrát, a jogszabályokat, finanszírozási és szakmai protokollokat, beszállítói rendszer elvárásokat (pl. informatika, diagnosztika, logisztika stb.).

Egységes ágazati kommunikációs és informatikai rendszert kell létrehozni, amelyet „vállalatirányítási rendszerként” kell működtetni.

A gyakorlati együttműködés szintjén a gyógyszeres terápiamenedzsmentben vannak a legsürgősebb teendők, mert tisztább folyamatokra, mérési szempontokra és eszközökre, információs utakra, motivációs eszközökre van szükség.

Ugyanakkor meglehetősen egyöntetű az a vélemény is, hogy a jelenlegi egészségügyi rendszerben nagyon sok ponton van jelentős ellenérdekeltség, és alapvetően széttöredezett rendszerről beszélhetünk, amely az elméletileg optimális rendszer megvalósulását megakadályozza. A rendszer szereplői a konkrét teendőket annyira eltérően látják és érdekeik annyira eltérő irányba mutatnak, hogy ezek lehetetlené teszik az együttműködések rendszerének spontán kialakítását. Külső, jellemzően kormányzati célrendszer meghatározása és irányítás nélkül nagyon kicsi az esélye annak, hogy egységes és jól működő egészségügyi rendszer jöhessen létre, akárcsak megközelítve a szereplők által elképzelt optimumot.

Irodalom

- [Balogh2011] Balogh S. Éva: *Utazás a térdem körül amerikai módra*. Galamus-csoport, 2011, <http://galamus.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=64676>.
- [Bohmer2010] R.M.J. Bohmer: Fixing Health Care on the Front Lines, *Harvard Business Review*, April 2010
- [Breznitz2011] Breznitz, Sh.: *CogniFit Training: The key to cognitive vitality*. <http://www.cognifit.com/pdf/experts/Cognitive_Vitality_2011.pdf>, <<http://www.cognifit.com>>.
- [Brown2001] Brown MS, Barette J: Rx White Paper, *Owning the channel: pharmaceutical companies race to dominate patient-physician communication*, 2001 October
- [Buda1994] Buda B.: *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*, Budapest: Animula, 1994, 126-127
- [Clarke2011] Clarke, M.; Shah, A., Sharma, U.: Systematic review of studies on telemonitoring of patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2011, 17, pp. 7-14.
- [Coles2002] Coles S, Phillips P, Mackintosh A: *Life Sciences: Beyond 2005: The future of pharmaceutical marketing and sales*, 2002 Special Edition, UK: Cap Gemini Ernst&Young
- [Csépe2007] Csépe A.: DTC (Direct-To-Consumer) kommunikáció az etikus készítmények piacán, PhD értekezés 2007
- [Csépe2008] Csépe A.: *A depressziós beteg jövője!? „Kígyónak lábsó, madaraknak fogsor, diktál a beteg, írja a doktor...”*, Marketing Oktatók Klubja - 14. Országos Konferencia, Budapesti Corvinus Egyetem
- [ESKI-EPFT] Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Egészségpolitikai Fogalomtár <<http://fogalomtar.eski.hu>>.
- [EU2007]: Fehér Könyv az egészségügyi stratégiáról (2008-2013)
- [Finkelstein2001] Finkelstein, J.; O'Connor, G.; Friedmann, R.H.: Development and implementation of the home asthma telemonitoring (HAT) system to facilitate asthma self-care. *Medinfo*, 2001, 10, pp. 810-814.
- [Gartner2010a] *Hype Cycle for Healthcare Provider Applications and Systems*, 2010. Gartner Industry Research, <<http://i.dell.com/sites/content/public/solutions/healthcare/en/Documents/hype-cycle-healthcare-provider.pdf>>.
- [Gartner2010b] *Market Insight: Healthcare Provider Industry Primer*, 2010, <http://www.gartner.com/DisplayDocument?doc_cd=208546&ref=g_rss>.
- [Gawande2010] Atul Gawande: Medicine Needs a New Kind of Hero, *Harvard Business Review*, April 2010
- [Gerteis1993] Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., Delbanco, TL (Eds.) (1993), *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.
- [Glouberman2001a] Glouberman, S. – Mintzberg H.: Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*,

2001. Winter 26(1), 56-69.

[Glouberman2001b] Glouberman, S. – Mintzberg H.: Managing the care of health and the cure of disease – Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 2001. Winter 26(1), 70-84.

[HEFOP-IKIR] IKIR projekt (HEFOP 4.4 - Egészségügyi információtechnológia-fejlesztés - Intézményközi Információs Rendszer). Strukturális Alapok Programiroda, Humánerőforrás-fejlesztési Operatív Program 4.3 és 4.4. intézkedései előrehaladásának bemutatása, 2008,
<<https://portal.kezeln.net.hu/portal/page/portal/hefop>>
<<http://www.etudasportal.gov.hu/pages/viewpage.action?pagelId=4554803>>.

[Hollingsworth2010] Hollingsworth, D.: Healthcare. Chapter 8 in: K. D. Swenson, *Mastering the Unpredictable: How Adaptive Case Management Will Revolutionize the Way That Knowledge Workers Get Things Done*, Landmark Books by Meghan-Kiffer Press, 2010, pp. 163-180.

[Horváth2004] Horváth É.: Tájékozatlanok vagy másképp gondolkodnak?, LHS Consulting Hírlevele, *Versenytárs*, 2004. III/11.

[IBM2008] IBM Institute for Business Value: *Healthcare 2015 and care delivery. Delivery models refined, competencies defined*. By Jim Adams, Richard Bakalar, MD, Michael Boroch, Karen Knecht, Edgar L. Mounib and Neil Stuart

[Király2010] Király Gyula: Az e-Egészségügy (e-Health) helyzete Magyarországon. 2010, *IME IX. évfolyam 2. szám*, pp. 45-48.

[Király2011] Király Gyula: Az e-Egészségügy (e-Health) magyarországi példákon keresztüli rendszerezése. 2011. *IME X. évfolyam 4. szám*, 29-34.

[Kozyavkin2011] Kozyavkin, V.; Kachmar, O.: *Web-based home rehabilitation gaming system for patients with balance problems*.
<<http://game.reha.lviv.ua/>>,
<http://www.reha.lviv.ua/fileadmin/articles/rome2011_games.pdf>.

[Lantos2004] Lantos Z.: LHS Márkaszervíz – Mennyi jut el a páciensekhez a gyógyszerek értékéből?, LHS Consulting Hírlevele, *Versenytárs*, 2004.III./16.

[Lee2005] Lee, H.R.; Yoo, S.K.; Jung, S.M.; Kwon, N.Y.; Hong, Ch.S.: A Web-based mobile asthma management system. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2005, 11, pp. 56-59.

[Lee2010] Lee, T.H.: Turning Doctors into Leaders, *Harvard Business Review*, April 2010

[Liu2011] Liu, W.T.; Huang, C.D.; Wang, C.H.; Lee, K.Y.; Lin, S.M.; Kuo, H.P.: A mobile telephone-based interactive self-care system improves asthma control. *European Respiratory Journal*, 2011, 37, pp. 310-317.

[Lovis2011] Lovis, C.: *Improving Care Outcome*. WoHIT Conference & Exhibition. Budapest, 2011. (előadás)

[McLean2010] McLean, S.; Chandler, D.; Nurmatov, U.; Liu, J.; Pagliari, C.; Car, J.; Sheikh, A.: Telehealthcare for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Issue 10, Art. No. CD007717.

[Miletics2010] Miletics Pál, Kocsis Gábor, Mezei Rudolf, Kósa István: eHealth szolgáltatások elterjedése a klasszikus egészségügyi ellátó rendszerekben. 2010, *IME IX. évfolyam 5. szám*, pp. 47-52.

[MTEHE-TSZL] Magyar Telemedicina és e-Health Egyesület: *Távegészségügyi Szolgáltatási Lánc – az egészségügy modernizációjának új modellje*. 2010. június 3.
<<http://www.ehealth.hu/publikacio/tavegeszsegugyi-szolgáltatasi-lanc-az->

egeszsegugy-modernizaciojanak-uj-modellje>.

[Nefiodow2006] Leo A. Nefiodow, „*The sixth Kondratieff*“, Chapter 3: „The Sixth Kondratieff Wave: The Evolving Health Market“, 6th edition, 2006

[Owen2011] Owen, A.M.; Hampshire, A.; Grahn, J.A.; Stenton, R.; Dajani, S.; Burns, A.S.: Putting brain training to the test. *Nature*, June 2010, Vol. 465, pp. 775-778.

<<http://web.me.com/adrian.owen>>, <<http://www.cambridgebrainsciences.com>>, <http://web.me.com/adrian.owen/site/Publications_files/OwenNaturefinal.pdf>.

[Porter2006] Porter, M. E.; Teisberg, E. O.: *Redefining Health Care; Creating Value-Based Competition on Results*.

Harvard Business School Press, 2006. ISBN13 978-1-59139-778-6.

[Port2003] Port, K.; Palm, K.; Viigimaa, M.: Self-reported compliance of patients receiving antihypertensive treatment: use of a telemonitoring home care system. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2003, 9, pp. 65-66.

[PWC2000] PriceWaterhouseCoopers, Pesanello P, Green D: DTC advertising integrates the internet, *Product Management Today*, 2000 October

[Steel2011] Steel, K.; Cox, D.; Garry, H.: Therapeutic videoconferencing interventions for the treatment of long-term conditions.

Journal of Telemedicine and Telecare, 2011, 17, 109-117.

[Scripts2005] Express Scripts: 2004 Drug Trend Report,

Featuring the pharmacy benefit guide, 2005 May

[Szinapszis2010] Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft.: *PharmalmageTrack 2010*

[Vermeire2001] Vermeire, E.; Hearnshaw, H.; Van Royen, P.: Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review.

Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2001, 26, pp. 331-342.

[Wallace2010] Wallace, J.E; Friesen, S.P; White, D.E.; Gilmour, J.G.; Lemaire, J.B.: The Introduction of an Electronic Patient Care Information System and Health Care Providers' Job Stress: A Mixed-Methods case Study. *International Journal of Healthcare Inform. Systems and Informatics*, 2010, 5. pp. 35-48.

[Wainwright2003] Wainwright, C.; Wootton, R.: A review of Telemedicine and Asthma. *Disease Management & Health Outcomes*, 2003, 9, pp. 557-563.

[WHO2003] ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES Evidence for action; World Health Organization 2003

[Woods2000] Woods P.: *How the internet may quicken the move toward full drug advertising*, In: The dynamics of DTC pharmaceutical marketing, Access Conferences International, 14-15 February, 2000, London, UK



TEREK
E G Y E S Ü L E T

Terápiás Együtműködésért az Egészségügyben Közhasznú Egyesület

©TEREK 2011



A megjelenést az SCA c/o Life programja támogatta. www.sca.com