

Az egészségügyi ellátórendszer kialakításának kritériumrendszere
a harmadik évezred elején, különös tekintettel a népegészségügyi
vonatkozásokra

Doktori értekezés

Dr. Szentés Tamás

Semmelweis Egyetem

Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Kapronczay Károly, DSc.
Hivatalos bírálók: Dr. Hankó Balázs, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Paulik Edit, Ph.D., egyetemi docens
Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Schmidt Péter, CS.c., egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Gidai Erzsébet, DS.c., egyetemi tanár
Dr. Fecske Mihály, CS.c., egyetemi tanár

Budapest

2017.

Tartalomjegyzék

I. BEVEZETÉS.....	3
II. CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK	8
III. MÓDSZEREK	11
IV. EREDMÉNYEK	15
IV. 1. Az egészségügyi piac kialakulása.....	15
IV.1.1. Szabályozói szerep	16
IV.1.2. Szolgáltatásvásárlás	19
IV.1.2.1. Állami vásárlás	20
IV.1.2.2. Egyéni vásárlás kiváltása – állam által kijelölt kockázatközösségek	23
IV.1.2.3. Az egyén, mint szolgáltatásvásárló	27
IV.1.3. Szolgáltató állam	28
IV.2. Az egészségügyi piacra ható legfontosabb tényezők.....	30
IV.2.1. A szükséglet és a szolgáltatás viszonyának fejlődése – epidemiológiai korszakok..	31
IV.2.1.1. Első epidemiológiai korszak	32
IV.2.1.2. Második epidemiológiai korszak.....	33
IV.2.1.3. Harmadik epidemiológiai korszak	34
IV.2.2. Struktúra és szolgáltatás – Az akut és a krónikus állapotok eltérő szolgáltatási szükségei	35
IV.2.3. Technológiai nyomás	36
IV.2.4. Pénzügyi kényszerek	37
IV.2.4.1. Piaci típusú reformok	37
IV.2.4.2. Strukturális reformok.....	38
IV.2.4.3. Piaci versus strukturális átalakítás	40
IV.3. A szükségletek hatása a szolgáltatásokra és az intézményi struktúrára a mai ellátórendszerben	43
IV.3.1. Modellek a krónikus betegek ellátására a reflektív ellátórendszerekben	44
IV.3.2. Aktív és krónikus ellátás elkülönítése az ellátórendszeren belül.....	47
IV.3.2.1. Az induktív ellátórendszer feladata és felépítése	48
IV.3.2.2. Reflektív ellátórendszer feladata és felépítése.....	50
IV.3.3. A reflektív ellátórendszer (alrendszer) intézményi típusai és egymáshoz való viszonyuk	53

IV.3.3.1. Szempontok az optimális kórházstruktúra kialakításához	54
IV.3.3.2. Az utóbbi évek kórházstruktúrára irányuló reformjai hazánkban	56
IV.3.3.3. Javaslatok az optimális intézményi struktúra létrehozásához Magyarországon egy saját vizsgálat eredményeinek tükrében	56
IV.3.3.4. Javaslat az intézménytípusok definiálására	68
IV.3.4. Az alrendszerek működésének összehangolása	72
IV.4. Kockázatkezelés népegészségügyi összefüggésben.....	74
IV.4.1. A kockázatok azonosítása, kockázati tényezők.....	75
IV.4.1.1. Közvetett kockázati tényezők – az elsődleges kockázati tényezők okai	76
IV.4.1.2. Elsődleges kockázati tényezők – a lehetséges utak a betegség kialakulásáig	77
IV.4.1.3. Másodlagos kockázati tényezők – a szervezet kóros biológiai állapota	79
IV.4.2. A kockázatok kezelésének szintjei, beavatkozási pontok – a primer, szekunder és tercier prevenció	81
IV.4.2.1. Primer prevenció.....	81
IV.4.2.2. Szekunder prevenció.....	81
IV.4.2.3. Tercier prevenció	82
IV.4.3. Kockázatkezelés a populáció és az egyén szintjén	83
IV.4.4. Egészség- és betegségmenedzsment.....	84
V. MEGBESZÉLÉS	88
VI. KÖVETKEZTETÉS	96
VII. ÖSSZEFOGLALÁS.....	98
VIII. SUMMARY	99
IX. IRODALOMJEGYZÉK.....	100
X. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	117
X. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	118

I. BEVEZETÉS

Az egészségügyi ellátás biztosítása, mint közfeladat nem volt mindig magától értetődő, csak lépésről lépésre épült be az állam vagy a helyi önkormányzatok által a lakosságnak nyújtott szolgáltatások közé. Az állam az egészségügyi szolgáltatásokat csak fokozatosan tekintette „közjóságnak”. Minthogy az olyan javakat, mint az infrastruktúra, a közrend, a honvédelem, az egészségügy, a néptömegek számára megfizethetetlen áron állítaná elő a piac, ezek létrehozása gazdasági döntéseket igényel. A közfeladattá válás folyamatában az egészségügyi feladatok szabályozásának mind terjedelme, mind mélysége folyamatosan bővült, ennek során az állam is folyamatosan átértékelte szerepét és helyét az egészségügyi szolgáltatások piacán. Közjavak tekintetében számos esetben előnyös, sőt kifejezetten kívánatos lehet a reguláció, a verseny korlátozása, illetve a gazdasági szereplők piaci feltételeinek hatósági, kormányzati befolyásolása, és ez értelemszerűen igaz az egészségügyi szolgáltatásokra is.

Az állam szerepének alakulását olyan fejlődési folyamatként foghatjuk fel, amelynek során bizonyos állomásokon ment keresztül, eljutott az adott kor által megkívánt állapotig, és onnan az orvostudomány által meghatározott lehetőségek szerint, a társadalmi fejlődés keltette szükségleteknek megfelelően haladt tovább.

Másfajta megközelítés szerint az államnak minden korban át kell értékelnie a saját szerepét arra vonatkozóan, hogy mit tekint közjóságnak, mekkora jövedelmet von be az újraelosztásba, és a szűkösen rendelkezésre álló erőforrásait hogyan allokálja újra annak érdekében, hogy a maximális társadalmi hasznosságot el tudja érni. Ez utóbbi megközelítés szorosan összefügg azzal a nézőponttal, ahogy az állam definiálja az egyén és a társadalom viszonyát, ami egyúttal meghatározza az állam szerepét, és amelyből az állam feladatai származtathatók.

Az egészségügyi szolgáltatások közfeladattá válása fokról fokra ment végbe az európai államokban, ennek kezdeteit az újkor elejére tehetjük. A folyamat lényegében hasonlóan zajlott a különböző országokban, tehát ilyen értelemben a magyarországi fejlődés fontosabb mozzanatai megtalálhatók más, hasonló államisággal rendelkező országok történetében. Gyakorlatilag az egészségügyi szolgáltatások állami feladatokba történő implementációjával párhuzamosan, az orvostudomány és a technológia fejlődésével

összhangban alakultak ki ezekben az országokban az egészségügyi szolgáltatások előállítását végző ellátórendszerek.

Az *egészségügyi intézmények kialakulása* és fejlődése több évszázaddal előzte meg az egészségügyi szolgáltatások rendszerszintű szervezésének kialakulását, azaz az egészségügyi ellátórendszereket. Egészségügyi szolgáltatásokat a középkorban például az erre a feladatra szakosodott, ún. gyógyító rendek nyújtottak, illetve a vagyonos nemesség tartott fenn ispotályokat, később a polgárosodással a városi lakosság épített és működtetett kórházakat. Ezt a fejlődést a társadalmi morál indukálta. Ekkor azonban az egyes intézmények, illetve az egészségügyi szolgáltatást nyújtó orvosok között nem állt fenn rendszerszintű és szervezett kapcsolat, tehát ilyen értelemben egészségügyi ellátórendszerrel nem beszélhetünk, csak egészségügyi intézményekről és egészségügyi szolgáltatókról. Erre valójában az orvostudomány és a technológia akkori fejlettségi szintjén nem is lett volna szükség, ugyanis a feladatmegosztás, illetve a szolgáltatások egymásra épülése, ami ma az ellátórendszer alapja, akkor nem valósulhatott meg. Az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó orvosok és intézmények működésének átfogó szabályozása, a működésükkel kapcsolatos elvárások megfogalmazása, valamint az azok összehangolására való igény csak a XVIII. századtól kezdődően bontakozott ki.

Ebben az időben az *egészségügyi*, valamint *szociális szolgáltatásokat* gyakorlatilag még integrált formában, egy intézmény végezte, és csak a XIX. századtól, az orvostudomány és a technológia fejlődésével kezdett szétválni a két, nagy ellátórendszer, bár a két terület máig jelentős felszínen érintkezik. A szétválást egyes hatékony gyógymódok megjelenése indította el: az a szolgáltatás, amely hatékonyan bizonyult és érdemben befolyásolta a páciens állapotát, illetve inkább individuális, mint tömeges szolgáltatás volt, az egészségügyi ellátások közé sorolódott, míg a többi a szociális ellátások közé. A szociális ellátórendszerben nyújtott szolgáltatások jelentős részben szintén az azokat igénybe vevők egészségi problémái miatt váltak szükségessé, de ezek a szolgáltatások nem az állapot javítására, hanem a létfenntartásra irányultak.

Az egészségügyi ellátórendszer alapvető egységei egyrészt a gyógyítást tradicionálisan végző személyek, többnyire *orvosok* voltak, akiket megfelelő keretek között testületekbe szervezett az állam; szakmánként céhszabadalmat adott ki például fürdészek, sebészek számára (1). Mária Terézia 1752-ben rendelkezett hatósági orvosi hálózat felállításáról. Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásai másrészt már ekkor

is jelentős részben az intézményekhez– kórházakhoz, ispotályokhoz, veszteglőintézetekhez – kötődtek. Kezdetben azonban az egészségügyi intézmények kevésbé a kuratív szolgáltatások érdekében létesültek, inkább a beteg emberek társadalomból való kirekesztését tették lehetővé, amikor erre szükség volt.

Egészen a XIX. századig az orvostudomány és a technológia fejletlensége akadályozta, hogy a kórházakban tényleges és hatékony gyógyító tevékenységet végezzenek. Számos kutató úgy tekint a XIX. század végéig a kórházakra, mint ahová az emberek meghalni mentek (2), noha ezek az intézmények– például a veszteglőintézetek – a betegek izolációjával primer preventív feladatot láttak el. A pszichiátriai ellátás során ugyancsak primer preventív szolgáltatást nyújtottak a társadalomra veszélyes kórállapotúak elkülönítésével. Florence Nightingale jelentése alapján a kórházi halálozás az 1860-as évek végén, Londonban, a kórházba felvettek között meghaladta a 90 százalékot, ami jól mutatja, hogy a kuratív egészségügyi szolgáltatások ekkor még alacsony hatásfokúak voltak (3).

A preventív, kuratív és diagnosztikai szolgáltatások hatékonyabbá válása egyértelműen meghatározta az egészségügyi ellátórendszer fejlődését. Az alapszintű ellátások elterjedését a *hatósági orvosi* szolgálatból kialakuló, *alapellátási* szolgáltatást nyújtó községi, illetve körorvosi, valamint bábaszolgálat alapozta meg a XIX. század második felétől. A kuratív és diagnosztikai szolgáltatások fejlődése és beépülése az alapellátási feladatrendszerbe, valamint a hatósági feladatok kiterjedt szabályozása és standardizálása tette lehetővé, hogy az alapellátási és hatósági feladatok elváljanak egymástól. Ez a folyamat a XIX. század második felében kezdődött és az 1930-as években fejeződött be a hatósági orvosi és alapellátási területek államosításával és szétválasztásával. A folyamatnak megfelelően a hatósági feladatok, melyek primer preventív szolgáltatást jelentettek elsősorban, kikerültek az alapellátási feladatok közül. Az intézményi szolgáltatások fejlődése elsősorban a hatékony diagnosztikai és kuratív egészségügyi szolgáltatások megjelenésének volt köszönhető ebben az időben. A *modern kórház alapjai* a XX. század elején épültek ki az aneszteziológia fejlődése, a fertőzések eredményes megelőzése, illetve a fertőző betegségek hatékony gyógyszeres kezelését lehetővé tevő antibiotikumok felfedezése és az orvostudomány, valamint a technológia fejlődése eredményeképpen (3, 4.) Azonban mai szemmel visszatekintve az 1950-es évekig a kórházakat sokkal inkább lábadozóknak tarthatjuk, mivel a mai

állapothoz képest ténylegesen kevés valódi orvosi beavatkozás történt (5). Az orvostudomány és a technológia fejlődése kezdetben a kórházak szerepét értékelte fel, ugyanis az eredményeket intézményi keretek – erre alkalmas infrastruktúra, humán erőforrás és működés – között tudták használni. Ennek megfelelően a kórház mint egészségügyi intézmény jelentékennyé vált az ellátórendszeren belül, és ehhez társulóan elindult a kórházak differenciálódása is, amelynek főbb összetevői a kapacitás, a technológia és a szakmai spektrum voltak.

Az ezredfordulón döntően a technológia és ezen belül is jelentős részben az információtechnológia fejlődésének köszönhetően számos ellátási forma hozzáférhetővé vált kórházon kívül is. Ezzel a kórházak szerepe átértékelődött, mert azok az ellátások, amelyek korábban csak kórházakban voltak megtalálhatók, most már gyakran alap- vagy közösségi ellátásokként szerepelnek.

Míg az epidemiológiai változásokat – a népességgel és a betegségekkel kapcsolatos jövőbeli trendeket – megfelelő bizonyossággal meg lehet jósolni, ám ugyanez sokkal nehezebb az egészségügyi technológia fejlődése tekintetében (6). Várható, hogy a technológiai fejlődés üteme soha nem látott mértékben gyorsul a XXI. században (4, 6), de csak valószínűsíteni lehet, hogy melyek lesznek a technológia fejlődés irányai, és az egészségügy mely területei fejlődnek majd rohamosan.

A lakosság körében előforduló betegségek, illetve az általuk okozott halálozás jelentős változáson ment át az elmúlt évszázadokban. Ennek a változásnak legfontosabb mozgatója az *orvostudomány fejlődése* volt. Az utóbbi évszázadok felfedezései tették lehetővé, hogy a betegségeket azonosítani lehessen, azaz helyes diagnózist lehessen felállítani. Az egyre pontosabban és részletesebben feltárt patomechanizmusra építve fejlesztették ki a betegségek kezelésére szolgáló eljárásokat, illetve a betegségek megelőzésének lehetséges módjait.

A terápiás eljárások viszont csak az esetek egy részében alkalmasak a betegség gyógyítására, azaz a kórkép eliminálására, az esetek többségében csak az állapot szinten tartására, a tünetek kialakulásának megakadályozására és az állapotromlás megelőzésére szolgálnak (tercier prevenció). A betegségek természetének, etiológiájának megismerése viszont jelentősen felértékeli a prevenció szerepét, ami lehetővé teszi a betegség megelőzését (primer prevenció), illetve a korai diagnózis felállításakor a gyógyítását (szekunder prevenció).

A fentiekből látható, hogy az egészségügyi ellátórendszer által nyújtott szolgáltatások meglehetősen diverzifikáltak, kategorizálásuk nehéz. Jelen munkában alapvetően az általuk elérni kívánt cél alapján kerültek besorolásra, diagnosztikai, terápiás, illetve preventív jellegűekként.

Általában az epidemiológiai változásokkal összefüggésben szokták tárgyalni a *demográfiai tendenciákat* is, amelyeket úgy tekintenek, mint az epidemiológiát jelentősen befolyásoló tényezőket. Valójában az epidemiológia és a demográfia egymással több felszínen is jelentős összefüggést mutató tudományterületek, amelyek részben hasonló determinációkkal rendelkeznek. Jelenleg a fejlett ipari társadalmakat, így Magyarországot is a létszámában fogyó, öregedő népesség jellemzi (7). Azonban az a fejlődési folyamat, amely odáig vezetett, hogy a születéskor várható élettartam az elmúlt 150 évben megkétszereződött Európában, és a populáció átlagélettartama is jelentősen emelkedett, legalább olyan hatással volt az epidemiológiai kép változására, mint az aktuális demográfiai helyzet.

Az orvostudomány fejlődése által meghatározott lehetőségek megszabták azt a szolgáltatási portfóliót, amelyet az egészségügyi ellátórendszer elő tudott állítani. A *társadalmi szükségletek és az egészségügyi szolgáltatások* egymásnak való megfeleltethetősége jól jellemzi az ellátórendszer hatékonyságát. Ezt értelemszerűen jelentős mértékben determinálja a *piaci szereplők* – a megrendelő és a szolgáltató – viselkedése, ami a piac szabályozója. Az egészségügyi ellátórendszer valójában tehát az egészségügyi piac szereplőinek és azok szándékának a leképeződése egy adott viszonyrendszerben. Ennek következtében az egészségügyi ellátórendszer kialakítására számos tényező hat, azonban szolgáltatási portfóliója és az aktuális társadalmi szükséglet mindig összevethető. Az ellátórendszer átalakításának iránya alapvetően ennek a társadalmi szükségletnek megfelelően kell, hogy alakuljon, az ezzel ellentétes erőket pedig a jóléti társadalom céljaival szemben álló, perverz ösztönzőknek tekintjük.

II. CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

Az egészségügyi ellátórendszerek átalakítása az 1980-as évektől folyamatosan napirenden van. Az átalakítás iránt felmerülő igény mindig sürgetőbb a világgazdaságot érintő recesszió idején, amikor az állami redisztribúció mozgásteret szűkül, és a társadalmi szükségletek kielégítése a korábbi időszakhoz viszonyítva csak szűkösebb keretek között lehetséges.

A 2008-ban kezdődő gazdasági válság a súlyos dilemma elé állította a modern nyugati társadalmakat. A válság közvetett módon – az államháztartás egyensúlyossá tétele, a kiadási oldal jelentős szűkítésével járt – felhívta a figyelmet arra, hogy a jóléti társadalmak, részben hitelből finanszírozott humán ellátórendszerei – egészségügy, szociális terület, oktatás – az eddigi működési formában nem tarthatók fenn, átszervezésre szorulnak. Komoly dilemmát okoz mindezek mellett, hogy a gazdasági válság meghatározóan csökkentette a társadalom öngondoskodó képességét, ugyanis a szűkülő állami feladatrendszerből kikerülő szolgáltatásokat a társadalom tagjai csak a szabadpiacról tudják beszerezni, ez pedig drága szolgáltatások esetén szűkülő erőforrások mellett komoly kockázatokkal jár. Az egészségügyi szolgáltatások piacosításával jelentős társadalmi szegmens szorulhat ki a szolgáltatásokat igénybe vevők köréből, és ennek következtében az egyéni szükségletek részbeni eredőjeként értelmezhető társadalmi szükségletek is kielégítetlenek maradnak. Erre a dilemmára kell értékelvű választ adni a XXI. század második évtizedében.

Az „*egészségügyi ellátórendszerek kialakítása*” megfogalmazás tudatos és aktív magatartást feltételez, azt, hogy az állam a saját eszközrendszerével – annak adekvát meghatározásával – megfelelő módon tudja befolyásolni az ellátórendszer struktúráját, működését valamint az általa előállított szolgáltatásokat, hogy azok megfeleljenek a populációs szükségleteknek.

A fentieknek megfelelően vizsgálni kell, hogy:

- milyen szükségletekkel rendelkezik a társadalom,
- az egészségügyi ellátórendszer milyen szolgáltatásokat állít elő,
- a szolgáltatások előállítására sikerült-e hatékony struktúrát kialakítani,
- az ellátórendszer kialakításának szabályozásához rendelkezik-e az állam kellő eszközrendszerrel.

Hipotézeim a következők voltak:

1. Az egészségügyi ellátórendszerek kialakulása és fejlődése során az állam szerepe fokozatosan erősödött az egészségügyi piac szabályozásának tekintetében, valamint az állam egyre markánsabban jelent meg piaci szereplőként, mind a szolgáltatások vásárlójaként, mind szolgáltatóként. Ebben a folyamatban pedig az egészségügyi piac már keresztülment az ún. „kvázi piac” állapoton, amelyet az egészségügyi reformok egyik fontos eszközének tartanak.
2. Az állam egészségügyi piaci szerepének erősödése támogatja az egészségügyi szolgáltatások társadalmi hasznosulásának növekedését, vagyis az állam jelenléte kívánatos az egészségügyi piacon.
3. A társadalom epidemiológiai jellemzőiből származtatható annak egészségügyi szolgáltatási szükséglete, amely mindig a kor orvostudományának fejlettségi szintjén értelmezhető. Az egészségügyi ellátórendszer kialakításában le kell képezni a társadalmi szükségletet leíró epidemiológiai viszonyokat. A társadalom egészségügyi szolgáltatási szükséglete és az ellátórendszer által előállított szolgáltatási portfólió egymásnak való megfeleltethetősége fontos indikátora az ellátórendszer minőségének.
4. Az egészségügyi ellátórendszer jelenlegi struktúrájának kialakulásában meghatározó szerepe volt a XX. század második felétől az ágazatban megjelenő technológiai robbanásnak, aminek járulékos hatásaként értékelhetjük, hogy részben meggátolja az alacsony technológiai igényű, de tömeges – „induktív” – szolgáltatások előállítására alkalmas struktúrák létrehozását az ellátórendszerben.
5. A technológiai fejlődés előrehaladott szakaszában az intézményen kívüli szolgáltatásokat támogató technológia előretörése miatt, valamint a specializáció és a hatékony gyógymódok széles körű elterjedése miatt az intézményi ellátások koncentráálódtak, azaz kevesebb, de szélesebb szakmai portfólióval működő és speciális szolgáltatások nyújtására alkalmas aktív kórház kívánatos az ellátórendszerben.
6. Az egészségügyi ellátórendszer aktív – „reflektív” – ellátásokat érintő területén meghatározható az a kritériumrendszer (strukturális és működési), amely az ellátórendszer különböző intézményeinek egymáshoz való viszonyát determinálja.

7. A populációs epidemiológiai viszonyok megváltoztatásához társadalmi szintű kockázatkezelésre van szükség. Az egészségügyi szolgáltatások körének bővülése ezekkel a primer preventív szolgáltatásokkal meghatározó lesz az egészségügyi ellátórendszerek fenntarthatóságában.
8. A szekunder preventív szolgáltatások körének bővítése szintén meghatározó lesz, elsősorban a daganatos halálozás csökkentésében és az egészségügyi ellátórendszerek fenntarthatóságában. Kitejesztése elsősorban azon az egyéni kockázatelemzésen alapul, amely lehetővé teszi a reális kockázattal rendelkezők kiemelését a populációból és számukra szekunder preventív szolgáltatás biztosítását.

III. MÓDSZEREK

Munkám során a tudományos módszertanban és szakirodalomban ismert és elterjedt módszereket alkalmaztam, amelyek közül a nép- és közegészség-tudományok, valamint az egészségpolitika ezen területein mind a kvalitatív, mind pedig a kvantitatív módszerek alkalmazása elfogadott.

A *kvalitatív elemzés* kapcsán a társadalmi folyamatok jellegének, természetének feltárását és értékelését végeztem el; az egészségügyi ellátórendszer fejlődésének fontosabb társadalmi aspektusait, valamint az ellátórendszer és a társadalom között végbemenő interakciókat elemeztem. Ezeknek megfogalmazását, törvényszerűségeinek feltárását, leírását és rendszerszemléletű elemzését végeztem. Kvalitatív elemzés kapcsán tekintettem át az egészségügyi szolgáltatások piacának alakulását, vizsgáltam az azt befolyásoló tényezők hatását és annak irányát, valamint a piac reakcióját és ehhez kapcsolódóan viszonyát a szolgáltatások és szükségletek által meghatározott dimenzióban. Vizsgáltam az orvostudomány fejlődésével változó szolgáltatásokat, azok minőségi megfelelőségét a populációs igényekhez mérve.

Mindezek mellett a hipotéziseimet olyan *kvantitatív elemzésekkel* is alátámasztottam, amelyek meglévő publikus adatbázisok adatainak felhasználásával – KSH, WHO, World Bank, OEP stb. – készültek. Ilyen volt például a szolgáltatásvásárlásra ható, finanszírozási típusú reformintézkedések hatásának vizsgálata az államháztartás egészségügyi típusú kiadásainak alakulására (ld. IV. 2.4.3. fejezet!), továbbá hazai neurológiai és stroke-ellátás intézményi szerkezetének vizsgálata és javaslatétel az optimális átalakításra (ld. IV. 3.3.3. fejezet!). Ez a munka a III-as progresszivitású neurológiai és stroke-ellátás szükséges és optimális kapacitásának meghatározásához részben korábbi, hazánkban az ezredfordulón készült, kórházi alapú epidemiológiai tanulmányok adataira, részben pedig az OEP-nek a tanulmányt megelőző éveire vonatkozó adatbázisára támaszkodott. Ezen utóbbi adatbázisból a korábbi tanulmányok segítségével elkülönítésre kerültek a kapacitás számítása szempontjából releváns finanszírozott esetek, esetszámok. Az így kapott eredmények és a nemzetközi irodalmi adatok összevetése hozzájárult a lehető legpontosabb epidemiológiai becslés eléréséhez. Külön figyelmet kapott a neurológiai ellátás az ellátórendszer egészén belül, valamint a stroke- és neurológiai ellátás egymástól elkülönített vizsgálata, azon okból kifolyólag,

hogy a stroke-ellátás hazánkban is dedikált stroke-osztályokon és stroke-részlegeken végezhető legeredményesebben.

A fenti módszertannak megfelelően az egészségügyi ellátórendszer fejlődésének vizsgálata során feldolgoztam elsősorban a magyar ellátórendszer fejlődésével kapcsolatos szakirodalmat, és kitekintést végeztem a más országok ellátórendszereinek fejlődésével kapcsolatos szakirodalomba. Ehhez elsősorban olyan átfogó történeti munkákat használtam fel, amelyek tudománytörténeti szempontból vizsgálták az adott korok egészségügyét, az állam szerepét és a kor társadalmát érintő egészségügyi kihívásokat. Forráskutatást végeztem, a nyert információkat feldolgoztam és következtetést vontam le az egészségügyi ellátórendszer, valamint az egészségügyi szolgáltatások piacának főbb fejlődési determinánsainak vonatkozásában. Ilyen értelemben nem csupán leíró jelleggel közelítettem meg a fejlődéstörténeti bevezető részt.

A fejlődéstörténet vizsgálata során három nagy területre fókuszálva szintetizáltam az ismereteket:

- Egyrészt megvizsgáltam az *egészségügyi szolgáltatások piacának* alakulását mind szabályozás, mind szolgáltatásvásárlás, mind pedig a szolgáltatások alakulásának vonatkozásában.
- Másrészt elemeztem a populáció morbiditási viszonyaival kapcsolatos információkat, melyekből a tudomány adott fejlettségi szintjén tudtam következtetni a *társadalmi szükségletekre*.
- Harmadrészt megvizsgáltam az *egészségügyi ellátórendszer fejlődésének jellemzőit* – az ellátórendszer struktúráját, működését és az azzal kapcsolatos szabályozást.

A fenti információk összevetésével vontam le következtetéseket és megállapítottam, mely *törvényszerűségek* határozták meg az egészségügyi szolgáltatások közjósággá alakulását, azok *társadalmi hasznosulását* és az egészségügyi piac fentieket befolyásoló *szabályozási irányait*. Ezek jelentős részben a felállított hipotézisek alátámasztásául szolgáltak.

Munkám során áttekintettem a magyar egészségügyi ellátórendszer fejlődésének történetét, és összehasonlítottam más, elsősorban európai országok ellátórendszerének fejlődésével. A történeti áttekintés során különös figyelmet fordítottam az egészségügyi piac szabályozásának alakulására, valamint az állam piacon betöltött szerepének a

változására és ezzel párhuzamosan az egészségügyi szolgáltatásoknak az állami feladatok közé történő beépülésére.

A történeti fejlődés analízise olyan kérdésekre is választ adott, amelyek a jelenleg is zajló egészségügyi reformfolyamatok – legyenek azok a finanszírozást érintő, azaz a szolgáltatások megvásárlására ható, vagy az ellátórendszer struktúráját, azaz a szolgáltatói oldalt érintő átalakítások – során is problémaként merültek fel.

Az ezredfordulón, illetve a XXI. században zajló egészségügyi reformtörekvések vizsgálata kapcsán a különböző egészségügyi ellátórendszerek működését érintő intézkedéseket és azok hatását tanulmányoztam. Az átalakításokkal összefüggésben mind a szolgáltatásvásárlást, azaz a finanszírozást érintő lépéseket, mind a szolgáltatások előállítását érintő, azaz strukturális reformokat vizsgáltam. Vizsgáltam továbbá az állam szerepének változását az egészségügyi piacon és a változás hatását a piac működésére a társadalmi hasznosulás tekintetében.

Az állami mozgástér fokozatosan, majd 2008-ban a gazdasági válság miatt kifejezetten csökkent, ez fiskális nyomást okozott, és az állami kiadások fokozott kontrollját vonta maga után. Ez a körülmény és az egészségügyi kiadások csökkentésének szándéka egyértelmű volt a vizsgált országok többségében. Ennek megfelelően az egyik legfontosabb szempontként vizsgáltam az állam vásárlói részesedésének változását az egészségügyi piacon, és az egészségügyi piacon történő vásárlások volumenét a vásárolt szolgáltatások szintjével hasonlítottam össze.

Az epidemiológiai kép alakulásából határoztam meg az egészségügyi szolgáltatások terén jelentkező társadalmi szükségletet, amelyet az ellátórendszer által előállított egészségügyi típusú szolgáltatásokkal hasonlítottam össze. Vizsgáltam mind a terápiás/kuratív típusú, mind a preventív – primer, szekunder és terciér – típusú szolgáltatási paletta változását és a reprezentációját az egészségügyi szolgáltatások portfóliójában, és értékeltem megfelelőségét a populációs szükséglet szempontjából.

Mindezek tükrében elemeztem a jelenlegi magyar egészségügyi ellátórendszert és az elmúlt évek egészségügyi reformtörekvéseit. Összehasonlítottam más egészségügyi ellátórendszerekkel és más ellátórendszereket érintő reformfolyamatokkal. Vizsgáltam és elemeztem a reformok különböző célterületein hozott intézkedéseket és azok sikerességét vagy kudarcát, illetve a sikeresség vagy kudarc okát. Tanulmányoztam a reformtörekvések két nagy célterületét, a pénzügyi, finanszírozási oldalt, amelyik a

szolgáltatások vásárlásán keresztül kívánja optimalizálni a rendszer működését, illetve a strukturális területet, amely az egészségügyi szolgáltatások előállításával kívánja javítani azt.

IV. EREDMÉNYEK

IV. 1. Az egészségügyi piac kialakulása

Az egészségügyi szolgáltatások rendszerszerű kiépülése, a társadalmi szükségletek széles körű kielégítésének képessége fokozatos fejlődéssel valósult meg. Hosszú folyamat zajlott le, míg a szolgáltatások beépültek az állami feladatrendszerbe a társadalmi szükségletek és az azok kiszolgálására fordítható szűkös források egyensúlya mentén.

Az állam az egészségügyi szolgáltatások piacán előbb szabályozóként, majd szolgáltatásvásárlóként, végül pedig szolgáltatóként lépett fel úgy, hogy korábbi funkcióit megőrizte, és terjedelmüket növelte (1. ábra).



1. ÁBRA. Az állam szerepe az egészségügyi piacon

Forrás: a szerző saját ábrája

Az állam a három területen fokozatosan terjesztette ki szerepét, és egyre erősebb befolyást gyakorolt a piac működésére annak érdekében, hogy a szolgáltatásokat kellő hatékonysággal tudja a társadalom minél szélesebb rétege számára elérhetővé tenni.

Az állam ebben a folyamatban egyrészt társadalmi igényeket leképező kezdeményezéseket karolt fel, másrészt a szükségletek észlelését követően maga

kezdeményezett változásokat. Ennek megfelelően az egészségügyi szolgáltatások közfeladattá válásában az indikációt a lakosság részéről felmerülő igény, valamint a társadalom fejlődését támogató szükségletek jelentették.

A középkorban az egészségügyi szolgáltatások biztosítása nem volt közfeladat, piaci alapon lehetett igénybe venni, vagy karitatív szolgáltatásként, ingyenesen. Az egészségügyi szolgáltatások egy részét, döntően ápolási szolgáltatásokat, az egyház biztosította. A XIV. és XV. században létesültek a már nagyobb kórházak Besztercebányán, Pozsonyban, Körmöcbányán, Trencsénben, Kassán és másutt, főleg tehát ott, ahol polgári osztály alakult ki, amelyben megjelent az öngondoskodás szándéka (8).

Az egészségügyi ellátórendszer kialakulásának és fejlődésének ismerete számos tanulsággal szolgál a jelenlegi működés megértéséhez. A fejlődési folyamat nyomon követése alapján a továbbiakban rávilágítok arra, hogy milyen kritikus területei vannak a szükségletek és a szolgáltatások egyensúlyi állapotának, milyen feltételek megvalósulása mellett tartható fenn, illetve a folyamatosan tapasztalható működési hiányosságok hogyan kezelhetők.

IV.1.1. Szabályozói szerep

Az állam szabályozó szerepe a vizsgált évtizedekben fokozatosan bővült. A szabályozás egyrészt kapcsolódott az állam fokozatosan növekvő szerepvállalásához a területen, kiemelten a szolgáltatásvásárláshoz és a szolgáltatás-előállításához, de az egészségüghöz kapcsolódó irányítási és kontrollfunkciókhoz is, a háttérpar szabályozásán át a gyógyszer-kereskedelemig és a népegészségügyi feladatokig. A következőkben csak érzékeltetni szeretném a szabályozás kereteinek tágulását.

Az első közfeladat, amit az állam szabályozott, a kor legjelentősebb közegészségügyi problémája, a járványok elleni védekezés ügye volt. Linzbauer Ferenc – a *Codex sanitario-medicinalis Hungariae* című, latin nyelvű monográfia-sorozat (9) megalkotója – egy későbbi, 1868-as munkájában idézi, hogy Grazban, 1521. szeptember 15-én I. Ferdinánd életbe léptette az *„első dögvész vagy fertőzés elleni rendszabályok”*-at („*Constitutionales edictales contra pestem*”; „*Codex Tomus I. pag. 133. Nr. 263.; pag. 142-146. Nr. 275.*”) (10), amelyeket a bécsi orvosi kar javaslatai alapján állítottak össze.

A nem stratégiai jellegű szolgáltatások tekintetében, pedig hatósági ár meghatározásával piacszabályozóként lépett fel az egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában. „Az 1552-iki rendőr-szabályzatban már »fizetéses községi orvosok« ajánltatnak, és az orvosoknak »egy látogatásért 20 krnyi díj« rendeltetett el” („Codex Tom. I. pag. 161. Nr. 301.; pag. 262. Nr. 412.”) (11). Ez valójában hatósági árszabályozásnak tekinthető, ami az első markáns beavatkozás a szabad piac működésébe, az első lépés afelé, hogy az egészségügyi szolgáltatások piaca előbb szabályozott, később pedig irányított piaccá válhasson. (Szabályozott piacon a mesterséges szabályozók jelentős részben akadályozzák szabad piacot jellemző mechanizmusok érvényre jutását. Irányított piacon az állam szerepe meghatározó a piac irányításában, tehát mind a szolgáltatások vásárlásában, mind a nyújtásában.)

Ezt követi a szolgáltatóra és a szolgáltatásra irányuló szabályozás. 1576-ban Miksa „per regem” aláírással ellátott határozatában elrendeli, hogy „országában a gyógyászatot gyakorolni csupán azoknak van megengedve, kiket a bécsi orvosi kar avatott tudorokká. Azoknak pedig, kik nem Bécsben nyerték el az orvosdoktori koszorút, itt – nyilvános próbavizsgát kell tartaniuk, azon kívül a kar minden egyes doctorának, valamint a pedellusnak 2 magyar forintot fizetniök, s egyszersmind »még illő díszlakomát« is adniuk.” („Codex Tom. I. pag. 204. Nr. 335.”) (11).

Az államnak célja volt, hogy az egészségügyi szolgáltatások minőségi kontrollját biztosítsa. Az egészségügyi ellátások organikus fejlődéséhez ugyanis szükség volt arra, hogy a szolgáltatások elterjedjenek, és mind nyújtásuk, mind igénybevételük lehetőleg egységes formában és minőségben, széles körben valósulhasson meg. 1773-ban Mária Terézia az egész ország területén megtiltotta a kuruzslók működését (12), és 1789-ben a helytartótanács elrendelte a kuruzsló gyógyszerészek és kuruzsló szerzetesek megbüntetését (13).

Az ágazat felértékelődését jelzi, hogy a szabályozás a háttéripár működésére és a gyógyszergyártás és -forgalmazás feladataira is kiterjedt. 1809-ben jutalmat ajánlottak fel a külföldről érkezett gyógyszerek helyettesítését szolgáló magyar gyógyszeranyagok kifejlesztésére (14). 1811-ben megtiltották a gyógyszerekkel való házalást (15), 1847-ben pedig a helytartótanács megtiltotta „égények” (kloroform, éter) árusítását laikusok számára (16). Az egészségügyi ágazat szempontjából kiemelt jelentőségűek a

gyógyszerek kereskedelmét biztosító patikák, amelyek működésének szabályozására a kormányzat a kezdetektől fogva nagy hangsúlyt fektetett.

Az ágazat átfogó szabályozása mindig egy időszak lezárása volt, melyet megelőzően a törvények által érintett területek többsége már szabályozottá vált. Ilyen értelemben az átfogó jogszabályok egy szabályozási időszak összegzését tartalmazzák, ugyanakkor mindig tartalomban és szemléletben is hoznak új elemet. Éppen ezért az átfogó szabályozás mindig egészségpolitikai szempontból kiemelkedő időszakok jellemzője. A *Generale Normativum in Re Sanitas* 1770-ben az első olyan rendelet volt (nem törvény, tudniillik 1764-65. után Mária Terézia nem hívta össze az országgyűlést, mivel összetűzött a rendekkel), amely átfogóan szabályozta az egészségügy működését. A korabeli igazgatás minden lehetséges társadalmi jelenségre kiterjedt, elsősorban a fenyegető járványok elkerülése érdekében. Speciális szerepük miatt természetesen a leg részletesebb szabályozás az egészségügyi szolgáltatókra és a hatóságra vonatkozott (17). A rendelet két részből áll: az első rész az orvosokkal, sebészekkel, patikusokkal és bábákkal foglalkozik, szabályozza a magánszolgáltató, eseti vagy állandó hatósági feladatokkal ellátott orvosok működését; míg a második rész a járványügyi igazgatást foglalja össze, vesztegzári intézetekben szolgálatot teljesítő orvosok és sebészek munkaköri leírását tartalmazza.

A következő átfogó szabályozás valamivel több mint száz év múlva jelent meg: az *1876. évi XIV. tc. a közegészségügy rendezéséről* (18). Jelentőségét elsősorban integratív és átfogó jellege adja, de megjelenik benne ettől függetlenül számos olyan elem, amely eddig nem vagy csak részben volt szabályozott, és a területtel kapcsolatos feladatok szabályozásáról koncepcionálisan gondolkodott. Ennek is köszönhető, hogy a törvény hosszú évtizedekre meghatározó ágazati törvénné vált, és módosításokkal, kiegészítésekkel maradt fenn viharos évtizedekben.

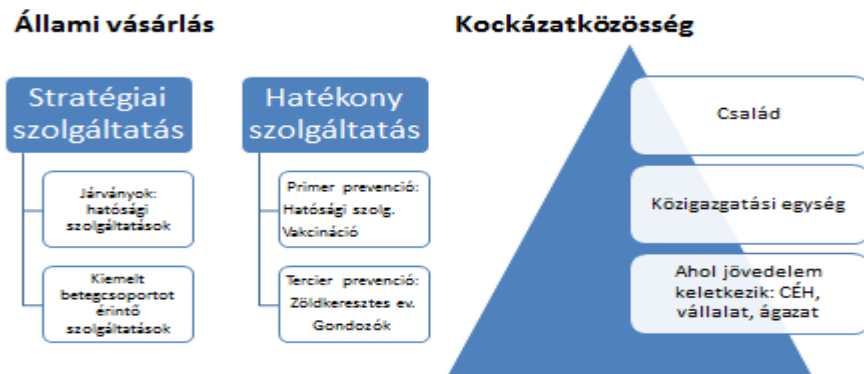
A törvény markáns központi irányítást, széles belügyminiszteri hatáskört határozott meg, ami az állami felügyelet és szerepvállalás növekedését mutatta egyértelműen. Az állami szerepvállalás színtere mindenképpen bővült, ugyanakkor bizonyos korlátokkal is szembesülni kellett. Ilyen volt például a megfelelő háttérintézmények hiánya, amelyek az elkövetkező évtizedekben fokozatosan épültek ki, a szolgáltatások biztosításához szükséges források hiánya, amit a társadalombiztosítási rendszerek kiépítésével egész Európa-szerte a következő évtizedekben kezelnek; ilyen az

ellátórendszer feletti felügyeleti, irányítási jogkörök kérdése, mivel az intézmények működtetésének, finanszírozásának, struktúrájának kérdése sem tisztult még le.

IV.1.2. Szolgáltatásvásárlás

Az egészségügyi szolgáltatások megvásárlása jelentős konfliktus minden társadalomban, ugyanis a szolgáltatások költsége magas, ezzel szemben az egyének, mint a szolgáltatás vásárlójának, gyenge a fizetőképessége. Az állam viszont érdekeltté vált abban, hogy a társadalom tagjai a szolgáltatásokhoz hozzáférjenek.

Miután az állam az egészségügyi szolgáltatások biztosítására már közfeladatként tekintett, elsődleges feladata a szolgáltatások megvásárlásához szükséges források előteremtése volt. Ennek két vonulata fejlődött folyamatosan egymás mellett: az állam vásárlóképességének megteremtése, azaz az államháztartás ehhez szükséges forrásainak biztosítása, valamint az egyéni vásárlás helyettesítése államháztartáson kívüli eszközökkel (2. ábra).



2. ÁBRA. A szolgáltatásvásárlás szabályozása

Forrás: a szerző saját ábrája

IV.1.2.1. Állami vásárlás

Kezdetben az állam krízishelyzetben – járványok –, illetve a szolgáltatások vásárlásra képtelen szegények helyett lépett fel vásárlóként, azonban többletforrást ekkor még nem rendelt a feladatokhoz, hanem az állami vagy helyi települési feladatrendszeren belül csoportosított át eszközöket.

Az állam értelemszerűen vásárlóként azon a területen lépett fel először, ahol a legnagyobb társadalmi kockázat jelentkezett. Itt arra kell gondolni, hogy a járványok által sújtott területek elnéptelenedésével jelentős gazdasági károk keletkeztek, emellett az ország védelmi képessége is csökkent. Az állam 1662-ben a pestis okozta költségek fedezésére az adónak egy új nemét, az úgynevezett „kémény adót” vezették be („Codex Tom. I. pag. 273. Nr. 820.”), 1680-ban pedig „a pestisköltségek fedezésére Bécs számára egy »sör-pótlék adó« hozatott be, és az »egyházi pénzalapok« is igénybe vétettek” („Codex. Tom. I. pag. 587. Nr. 524.”) (19). Az állam az egészségügyi szolgáltatások nyújtását a társadalmi hasznosságuk alapján finanszírozta, tehát még csak eseti jelleggel vált vásárlóvá.

A XVIII. század elején jelent meg először szándék a szolgáltatásvásárlások rendszerelvű megvalósítására. Erre vonatkozóan 1724-ben a magyar királyi helytartótanács nyilatkozott: „a szegényügy rendezését illetőleg, azon már említett igazgatási főalapelv kimondja: mely szerint »minden egyes község tartozik saját szegényeiről gondoskodni«” (20).

Egyrészt krízisfinanszírozásként gondolhatunk arra az 1789-es helytartótanácsi határozatra, amely szerint járványok idején a gyógyszerek ellenértékét a törvényhatóságok a házipénztárból fizessék ki a gyógyszertárak számára (13). Másrészt az állami források átcsoportosításával, rendszeres és kiszámítható módon kezeli bizonyos típusú szolgáltatások megvásárlását a krízishelyzetben.

Az egészségügyi feladatokhoz rendszeres forrásteremtés 1768-ban történt először, amikor a helytartótanács elrendelte, hogy a „cassa parochorum” (végrendelet nélkül elhalt lelkészek vagyonának, megüresedett egyházi méltóságok jövedelmének egy része) jövedékeit kórházak létesítésére fordítsák (21). Ez azonban értelemszerűen nem biztosította a források megfelelő volumenét.

Az egészségügyi feladatok közigazgatási struktúrákhoz rendelése és egyidejűleg a feladatok megvalósításához források biztosítása az állam vásárlói szerepének szándékos erősítését jelzi. Előbb a községek házipénztárait, majd a megyei pénztárak hadi- és tápadóját, valamint az ott kezelt egyenes adókat jelöli meg forrásként az adott közigazgatási struktúra számára a szolgáltatások megvásárlására. Itt ugyan a községet még inkább kockázatközösségnek, de a megyét már egyértelműen közösségi vásárlónak tekinthetjük. Tekintettel azonban arra, hogy a megjelölt források elégtelenek voltak a szükséges szolgáltatások megvásárlásához, az állam a feladatokat nagyobb populáció szintjén értelmezhető és stratégiai szolgáltatások vásárlójaként szereplő országos alapokhoz rendeli. (Az országos alapokat az egyenesadó-forint után szedett bizonyos pótlékokból alakították ki olyan költségek fedezésére, amelyek az országrész különleges érdekeit előmozdító intézkedésekből folytak, mint például utak építése, vízépitések, csendőrség, katonai elszállásolások, előfogatok, közegészségügyi, himlőoltási, szülőházi, lelenc és tébolydai, toloncügyi, kényszer-dologházi költségek, ragadozó állatok kiirtására kitűzött jutalmak stb.). Minden közigazgatási területnek külön országos alapja volt: Erdély, Buda, Kassa, Nagyvárad, Pozsony, Sopron és Temesvár. Egészségügyre az országos alapból 1852–53-ban a legnagyobb részt gyógyszerészek számláira és orvosok napidíjaira fordították (21). A finanszírozási igény és a rendelkezésre álló források között jelentős volt a különbség, így a legnagyobb társadalmi terhet jelentő területekre kellett fókuszálni, a többi pedig maradékelven juthatott finanszírozáshoz. Kiemelt volt a járványokat okozó fertőző betegségek területe, a gyógyszerellátás, valamint a később jelentős hangsúlyt kapó gyermekellátás. Az országos alapok állandó forráshiánnyal küzdöttek, és feladataik között az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása nem kapott kellő hangsúlyt. Ebből fakadóan a szolgáltatást nyújtó intézményeknek nem jutott pénzük a szegény betegekre, ellátásukat többnyire elutasították, mivel annak fedezetére reálisan nem számíthattak. Ez – azon túlmenően, hogy a szegények nem jutottak hozzá a szolgáltatásokhoz – az erre az időszakra kiépült ellátórendszer működését jelentősen veszélyeztette. A helyzet kezelésére hozták létre 1898-ban az Országos Betegápolási Alapot Chyzer Kornél kezdeményezésére. Felállítását az 1898. évi XXI. tc. rendelte el, szabályait Chyzer Kornél, a hazai közegészségügy neves személyisége dolgozta ki (22). A törvény rendelkezik az alap forrásairól is – az egyenes adók után kivetendő 3%-os ápolási

pótadó –, valamint a források pontos felhasználásáról is. Finanszírozni kell a szegény betegek kórházi ellátását, amikor az nem terhelhető sem az ellátottra, sem a törvény szerint meghatározott hozzátartozóra, sem az ekkor már működő pénztárak valamelyikére; ezen túlmenően a szegény betegek gyógyszerellátását, a fertőző- és pszichiátriai betegellátást, valamint kórházfejlesztést. Ez volt az első olyan intézmény az államháztartáson belül, amely kizárólag egészségügyi szolgáltatásokat finanszírozott. Az Országos Betegápolási Alap főszabály szerint továbbra is stratégiai területekre – a legnagyobb társadalmi haszonnal kecsegtető területekre – fókuszált, de mellette biztosította a már kiépült és működő intézményrendszer finanszírozásának stabilitását, fenntarthatóságát.

Fontos kiemelni, hogy 1904 volt az az év, amikor az egészségügyi költségek önállóan jelentek meg a magyar költségvetésben. „Chyzer Kornél érdeméül tudható be, hogy 1904-ben sikerült önálló egészségügyi költségvetést biztosítani. 1904-ben 5 234 000 korona állott rendelkezésre közegészségügyi célokra, betegápolásra, ebből betegápolásra 3 204 000 és elmebetegügyre 1 578 000 fordítottak, ami a keret jelentős részét felemésztette, közegészségügyi célokra, beleértve a járványügyet 450 000 korona maradt” (23). Ennek jelentősége elsősorban nem az ellátások közvetlen finanszírozása szempontjából volt, hanem inkább abban, hogy az ágazat az állami feladatok között tovább tudta növelni a szerepét, ami már a költségvetésben is leképeződött.

Kiemelt jelentőséget kaptak a járványt okozó fertőző betegségek, a pszichiátriai megbetegedések, illetve a szülés, csecsemő- és gyermekellátás. Az állam törvény útján kiemelten állami forrásból kívánta finanszírozni a pestis- és kolerajárványok esetén felmerülő költségeket, továbbá a nemi betegségek ellátásának költségeit. Ezek esetén még a közfinanszírozás szintjét is úgy határozta meg, hogy az ellátás stratégiai szükséglet, tehát a finanszírozás közvetlenül állami forrásból és nem valamelyik alacsonyabb szinten működő közigazgatási struktúra által valósuljon meg. Ennek célja az volt, hogy a közvetlen irányítást ezeken a területeken biztosítani tudja, valamint képes legyen ellenőrizni is a szolgáltatások megvalósítását, és hogy országos lefedettsége legyen a vásárolt szolgáltatásoknak. Ezek a betegcsoportok kerültek be először a közfinanszírozotti körbe, attól függetlenül, hogy a megbetegedéssel érintett képes lett volna-e megvásárolni a szolgáltatást vagy nem. 1820-ban helytartótanácsi rendelet született arról, hogy a „bujakórosok” a kincstár terhére kezelhetők (24).

Kiemelt társadalmi kockázatok esetén az állam még társadalombiztosítással rendelkezők esetén is átvette a szolgáltatásvásárlói szerepet a pénztártól (21). Ez a stratégiai szempontból kiemelt, közfinanszírozott betegkör folyamatosan változott, jelentősen befolyásolta az állami források nagysága. Bizonyos időkben csökkent ugyan, tendenciáját nézve mégis fokozatosan bővült. 1942-ben már egy elég széles kört határoz meg a törvény, amelyben az is látszik, hogy a korábban járványokat okozó pestis és kolera jelentősége akkorra gyakorlatilag lecsökkent. Az 1942. évi XII. tc. 12. §-a határozza meg az ingyenes ápolásra jogosultak körét: szülő nő és újszülött a gyermekágyi fekvés idejére kórházban, szülési folyamattal összefüggő megbetegedések, kórházakban fertőző betegség vagy annak gyanúja miatt ápoltak, kórházakban nemi betegség vagy „szemcsés kötőhártyalob” (trachoma) miatt ápoltak, kórházakban ápolat elmebetegek (25).

IV.1.2.2. Egyéni vásárlás kiváltása – állam által kijelölt kockázatközösségek

Az egészségügyi szolgáltatások széles körű igénybevétele nem valósulhatott meg a szolgáltatások magas költsége, illetve a vásárlási hajlandóság hiánya miatt, mivel a társadalom széles rétegei nem voltak fizetőképesek. Mint láttuk, ez komoly kockázatot jelent a betegségteher okozta közvetlen társadalmi károktól a közvetett módon az ellátó intézményi rendszer alulfinanszírozottságából fakadó működési problémákig. A szolgáltatások vásárlásához szükséges fedezet előteremtése nem csekély kihívást jelentett.

Az állam saját erőforrások hiányában más, az államháztartáson kívüli mozgósítható forrásokkal kívánt a szolgáltatásvásárláshoz fedezetet létrehozni, illetve a vásárlási hajlandóságot akarta ösztönözni. Ennek megfelelően különböző *kockázatközösségeket* jelölt meg, amelyek vásárlóként léphettek fel a közösség tagja helyett. Ilyen volt a család, ahol fizetőkötelezettséget határozott meg rokonok vonatkozásában. Kezdetben ezt szülő-gyermek, illetve házastársi relációban fogalmazta meg a törvény, majd ennek generációs kiterjesztéséről is döntött (21). Az 1875. III. törvénycikk az ápolton kívüli fizetőkötelezettségeket akképpen állapítja meg, hogy szülők a gyermekekért, a gyermekek a szülőkért és a házastársak egymásért tartoznak a felmerült gyógydíjakat fizetni.

Fizetőképes hozzátartozók és fizetőkötelesek hiányában a szegény beteg gyógydíjait az a törvényhatóság fedezi, amelynek területén az ápoltsággel bír (21).

Az 1724-es helytartótanácsi rendelet a szegények ellátását a községekre bízta, ami azt jelentette, hogy a feladatot az állam megfelelő közigazgatási struktúrához, a községekhez rendelte, azonban forrást nem rendelt hozzá, így ez a közigazgatási struktúra vált kockázatközösséggé. A későbbiekben különböző közigazgatási egységek – község, járás, kerület, város, megye – számára meghatározott szolgáltatások megvásárlását, finanszírozását írta elő az állam.

A kockázatközösség harmadik formáját a foglalkoztatáshoz kötötte, azaz jövedelemszerzéshez kapcsolatosan határozta meg az állam. Ennek előzményei a XVIII. századba nyúlnak vissza. 1775-ben a helytartótanács rendelete értelmében a megbetegedett és elszegényedett mesterek, legényeik és családjaik ellátása a céh terhére történik (21). Ilyen alapot teremtenek szakmákhoz és nem foglalkoztatott körhöz kapcsolatosan is, ami szintén a társadalombiztosítás előzményének tekinthető. Az 1775. április 19-i királyi határozat szerint „minden egyes felavatandó orvos 3 aranyat vagy 12 frt 54 krt; mindegyik gyógyszerész-, sebész valamint szülész-mester és bába 3 frt tartozik az »orvosok özvegyei és árváinak pénztárába« fizetni” („Codex Tom. II. pag. 681. Nr. 713.”) (26).

A XIX. század közepén ezzel párhuzamosan, nem kormányzati kezdeményezésre, hanem már profitérdekelt szolgáltatásként jelent meg a biztosítás, ami piaci alapon szervezett kockázatközösséget az egészségügyi és szociális szolgáltatások vásárlására. 1846-ban Kanitz Manó kezdeményezésére létrejött az ország első betegpénztára Kereskedelmi Nyugdíj- és Betegápolási Egyesület néven (15). Az állam kezdetben a többnyire egyesületi alapon működő biztosítási alakulatokkal tisztán államrendészeti szempontból foglalkozott, mint a többi másfajta egyesülettel (27). A spontán szerveződő egyesületek mellett azonban az állam is kezdeményezte a hasonló szolgáltatásvásárló szervezetek létrejöttét, döntően iparvállalati körben. Rendelkezett arról 1854-ben, hogy minden bányavállalat köteles bányatársulását létesíteni (28). Ezt az utat javasolta 1861. november 11-én dr. Flór Ferenc tiszti főorvos Pest város tanácsának: „a gyárakban dolgozó munkások a céhbeliekhez hasonló egyletekbe tömörítendő, hogy a begyülemdő díjjárandóságokból a gyógyszerári és kórházi költségek biztosabban fedeztessenek” (29).

A következő nagy lépésre akkor került sor a társadalombiztosítás kiépítése felé, amikor céhek, illetve egyes vállalatok szintjéről ágazati szintre emelték a kockázatközösséget. Ennek első lépcsőjeként 1870-ben, Farkas Károly kezdeményezésére létrehozták az Általános Munkás-betegsegélyező és Rokkant Pénztárat (amelyből 1907-ben Országos Munkás-betegsegélyező és Betegbiztosító Pénztár, majd Országos Munkásbiztosítási Pénztár, végül 1927-ben Országos Társadalombiztosító Intézet lett). Ez kezdetben a Pest-Budai Munkásképző Egylet alosztályként működött, majd 1871-ben önálló szervezetté vált, ezt követően pedig önálló orvosi és beteggondozói hálózatot is kialakított.

Jelentős előrelépés történt 1891-ben, amikor az *1891. XIV. tc. az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről* (30) (ezt újítja meg az 1927. évi XXI. tc.) az iparforgalmi munkavállalók kötelező betegségi biztosításának megalkotásával lerakta a magyar társadalombiztosítás alapjait, amivel számos nyugati államot megelőztünk (31). A törvény az ipari és kereskedelmi terület alkalmazottaira terjedt ki, rendkívül nagy ugrást tett, ugyanis minden korábbinál szélesebb kört tudott bevonni a biztosítottak közé. A XIX. század végén ez volt az egyetlen olyan alternatíva, amely képes volt forrást teremteni széles körben az egészségügyi szolgáltatások vásárlására. A törvény természetesen éppen jelentős gazdasági terhei miatt ebben az időszakban csak a jobban jövedelmező ipari és kereskedelmi területen vált bevezethetővé, és nem érintette a mezőgazdasági munkavállalókat, valamint szolgáltatások vonatkozásában is csak az egészségügyi szolgáltatások megvásárlására terjedhetett ki, és nem tartalmazta a járulékos szociális szolgáltatások fedezetének jó részét.

A társadalombiztosítás átfogó kiterjesztése valójában két lépésben, 1927-ben és 1928-ban valósult meg. A társadalombiztosítás által abban a korban érinthető területeket a két törvény lefedte. Az 1927. évi XXI. tc. a betegségi és a baleseti kötelező biztosításról részletesen és átfogóan szabályozza a területet. A biztosítási járulékot a munkáltató fizeti a munkavállaló jövedelmével arányosan.

A törvény III. fejezete rendelkezik a biztosítási szervezetről. Betegségi és baleseti biztosítást nyújtott az Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI); betegségi biztosítást teljesített nyolc intézmény: 1. M. Kir. Posta Betegségi Biztosító Intézete; 2. M. Kir. Államvasutak Betegségi Biztosító Intézete; 3. Közforgalmú Magánvasutak Betegségi

Biztosító Intézetei; 4. M. Kir. Postatakarékpénztár Betegségi Biztosító Intézete; 5. M. Kir. Dohányjövedék Betegségi Biztosító Intézete; 6. Bányapénztárak; 7. Magyar Hajózási Betegségi Biztosító Intézet; 8. Magánalkalmazottak Biztosító Intézete (MABI).

Tekintettel azonban arra, hogy a társadalombiztosítást ellátó intézményrendszer széttagolt, azaz a kockázatközösség biztosítónként még elégtelen nagyságú, a biztonságos és egyensúlyos működés feltételei ilyen struktúrában nincsenek meg, a törvény úgy rendelkezik, hogy a biztosítóintézetek kötelesek egymást kölcsönösen támogatni feladataik ellátásában, és szükség esetén tagjaikat kölcsönösen segíyezni. A biztosítóintézetek kölcsönös kiadásainak megtérítési módját a népjóléti és munkaügyi miniszter rendelettel szabályozza.

A törvény egyértelműen a munkáltatóra hárítja a kötelező biztosítás terheit, ilyen módon jelentős foglalkoztatáspolitikai hatása is van. Pontosan rendelkezik a pénzbeli és természetbeni juttatások köréről, és a biztosítás hatályát kiterjeszti a foglalkoztatott – a kereső – családtagjaira is.

Rendelkezik a törvény az önkéntes biztosításról: erre az OTI, a MABI és a Bányapénztárak voltak jogosultak. Továbbfizetéses biztosítás történhetett ott, ahol korábban valaki tag volt, vagy önkéntes bárhol. A törvény tehát a foglalkoztatottak részére a munkáltató által finanszírozott biztosítás önkéntes kiterjesztésére is lehetőséget adott azok számára, akik nem kerültek be a biztosított körbe vagy megszűnt a biztosításuk. Ezzel a törvényalkotók tovább szándékoztak növelni a biztosítottak számát, vagyis azt a népséget, amelyik az egészségügyi szolgáltatások vásárlásából részesülhet.

A társadalombiztosítás közfeladati jellegét hangsúlyozta, hogy a két legnagyobb társadalombiztosítónak, az OTI-nak és a MABI-nak az alkalmazottait a törvény közhivatalnoknak minősítette (27).

Az államszocialista rendszer bevezetése mind vásárlói, mind szolgáltatói oldalon az állam jelenlétét erősítette és tette monopollá. Vásárlói oldalon az egyén paraszolvenciával próbálta erősíteni szerepét, ami a rendszerváltást követően is fennmaradt. Magyarországon a rendszerváltás után az egybiztosítós modell került bevezetésre a szolgáltatásvásárlói oldalon, amely kezdetben önkormányzati formában, közösségi vásárlóként lépett fel, azonban az első Fidesz-kormány idején az OEP

(Országos Egészségbiztosítási Pénztár) önkormányzati irányítását megszüntette a kormányzat és minisztériumi irányítás alá vonta. Ennek következtében az állami irányítás a közösségi vásárlások felett erősödött, az állam szélesítette eszközeit az optimális forrásallokáció megteremtésére.

IV.1.2.3. Az egyén, mint szolgáltatásvásárló

A piac vásárlói oldalára ható egyik legfontosabb tényező a beteg vásárlói szerepének erősödése. Az egyén vásárlói szerepének erősödése elsősorban a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában vizsgálendő. A magánbiztosítások vagy out-of-pocket kifizetések során a vásárlói döntések csupán közvetetten hatnak a közfinanszírozott szolgáltatások piacára. Ezzel szemben a közfinanszírozott szolgáltatásokat érintő vásárlói döntések meghatározó módon befolyásolhatják azt. Az egyéni vásárlói szerep erősödése, az egyéni igények előtérbe kerülése sokszor szemben áll a társadalmi szükséglet kielégítésére törekvő vásárlói döntésekkel. Értelemszerű, hogy az egyéni preferenciák nem azonosak az egyén felett álló társadalmi szükségletekből származtatható populációs preferenciával, ugyanakkor az egyén szerepe a döntésekben az elmúlt években nőtt. Ezt támogatja, hogy a rohamosan fejlődő információs technológia segítségével a betegek gyorsabban és könnyebben tájékozódnak saját állapotukról és a lehetséges kezelési alternatívákról. Emellett az egészségtudatos médiakampányok segítségével az orvos-beteg kapcsolat újraértelmezésre került. A betegeket saját egészségük menedzsereként is értelmezik. Azonban az érem másik oldalán számos kockázati tényező szerepel, amelyek társadalmi hasznosság szempontjából rontják a piac működését. Ennek egyik legfontosabb komponense, hogy a betegek alulinformáltsága – bár csökkenthető – nem számolható fel. A betegek sokszor olyan, költséges, magas technológiájú diagnosztikai vagy terápiás eljárásokat preferálnak, amelyek az adott helyzetben fölöslegesek. Számos esetben pedig a hatékony – bár esetleg invazív – diagnosztikai vagy terápiás eljárások helyett hatástalan vagy káros paramedicinális eljárásokra hagyatkoznak, amivel rontják a saját állapotukat. Éppen ezért a jövőben a betegek vásárlói szerepének és piaci magatartásának szabályozása, megfelelő standardok bevezetése és nyilvánossá tétele elkerülhetetlen.

A szocialista utódállamok egészségügyi ellátórendszereiben fennmaradt a paraszolvencia mint az egyéni vásárlói magatartás része és eszköze; ez számos helyen torzítja az ellátórendszer működését, ennek részletes kifejtése azonban nem tárgya munkámnak.

IV.1.3. Szolgáltató állam

Az egészségügyi szolgáltatások tekintetében hasonló fejlődésnek lehetünk tanúi, mint amit a finanszírozás tekintetében láttunk. Az állam a számára stratégiaileg kiemelt területeken lépett fel szolgáltatóként, így az egészségügyi szolgáltatásokat is fokozatosan bővítette.

Az alapellátás és hatósági orvosi feladatok ellátására Mária Terézia által több lépcsőben 1752-től létrehozott szervezet, a tisztiorvosi szolgálat alapjain, később a községi és körorvosok, illetve bábák alkalmazásával gyakorlatilag állami szolgáltatóként működött.

Az intézményi betegellátás vegyes képet mutatott. Annak ellenére, hogy épültek állami kórházak, egyetemi klinikák, városi kórházak, az ellátórendszer szolgáltató oldala nem rendelkezett meghatározó állami szolgáltatói túlsúllyal. Noha az orvostudomány fejlődése a XIX. században már indokoltta az intézményi hálózat fejlesztését, erre csak korlátokkal és döntően alulról jövő kezdeményezésekkel került sor. 1898 májusában Korányi Frigyes megalapította a Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Szanatóriumi Egyesületét, és kormányzati finanszírozás hiányában gyűjtést kezdeményezett, hogy megépíthesse a szanatóriumot. Központi kormányzati aktivitás hiányában városi és megyei vezetők is aktívan léptek fel, például Lukács György, Békés Vármegye főispánja a kiemelten fontosnak tartott beruházás költségeinek fedezésére pótdadót vetett ki. Az Erzsébet Királyné Szanatórium 1901-re épül fel.

Más esetben viszont nem ismerték fel az intézményi szolgáltatások fejlődésével járó beruházások szükségességét: „a közegészségügy anyagi alátámasztásában olyan szűkmarkúak voltak, ami már jóval az ésszerűség határain belül volt. Például az egyik legnagyobb közegészségügyi építkezésre, a Lipótmezei elmeógyógyintézet építésére Buda csak 2000 forintot és 200 mérő meszet, 200 négyszögöl építőkövet ajánlott fel” (32).

A népegészségügyi ellátórendszer a XX. század elején az akkori epidemiológiai viszonyokra reflektált. A népegészségügyi intézményrendszer társadalmi kezdeményezések talaján spontán alakult ki, amit az állam külső szereplőként támogatott, majd a későbbiekben döntően átvette a feladatokat. Az 1917. 135-840 B. M. körrendelet a Stefánia Szövetségre bízta az anya- és csecsemővédelmi intézményrendszer megszervezését. A gyermekvédelmet az Országos Gyermekvédő Liga szervezte, költségvetésének háromnegyed részét fedezte az állam, a többi társadalmi adakozásból származott (33). Mindemellett az ágazatirányításban is megjelentek a népegészségügyi feladatokra létrehozott struktúrák: a gümőkör elleni mozgalmat a „Tuberkulózis elleni küzdelem Országos Bizottsága”, illetve a megfelelő kormánybizottság irányította. Miniszteri bizottság foglalkozott a nemi betegség elleni küzdelemmel (33). A népegészségügyi területen működő civil szervezetek koordinációja egyre nagyobb problémát jelentett, mivel „közegészségügyi tevékenységet abban az időben 105 társadalmi alakulat végzett, ami nem biztosította a meglévő pénz és munkaerő ésszerű felhasználását (Johan Béla, Újság, 1929. december 10.)”. Ennek köszönhetően az állami szerepvállalás bővült, és az intézményrendszert a központi kormányzat racionalizálta és közvetlen irányítása alá vonta. 1941. január 1-től a Zöldkeresztes és Stefánia-védőnőket közös státusba sorolták. Megállapodtak abban, hogy Budapest kivételével a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat az OKI irányítása alatt áll (33).

Az iskola-egészségügy a népegészségügyi feladatokon belül már a XIX. században kiemelt szerepet kapott. Az anya- és gyermekvédelem feladatainak ellátása mellett az iskoláskorúaknál megvalósítható fejlődéskontroll, a korosztályt érintő nagyszámú járványos fertőző betegség, valamint a higiénés oktatás és szocializáció feladata messzemenőig indokolta, hogy a korosztállyal foglalkozzanak. Először 1882-ben tettek kísérletet az iskola-egészségügy átfogó rendezésére. Ezt követően 1884-ben Fodor József részletes javaslatot tett iskolaorvosok és egészségtanárok képzésére. Ennek alapján 1885-ben Trefort Ágoston vallási és közoktatási miniszter rendeletet bocsát ki (34). Az ágazati szempontrendszer további terjedését mutatja, hogy az iskolák létesítésének, kialakításának, berendezésének közegészségügyi szempontjait és azok ellenőrzését is szabályozza az illetékes szakminisztérium. A 900/1936. B. M. sz.

rendelet az iskolaépületről, helységei és berendezései követelményeiről és azok ellenőrzési módjáról rendelkezik (35).

A XX. század elején a legnagyobb betegségterhet két krónikus fertőző betegség jelentette, a tbc és a szifilisz. Az ezekkel kapcsolatos preventív ellátások megvalósítására hozták létre a gondozói hálózatokat, elsőként a tüdőgondozókat, a század első felében tomboló tuberkulózisra reflektálva. 1906 őszén megnyílik Szombathelyen az első hazai típusos tüdőbeteg-gondozó (36). 1919-ben 25 tüdőbeteg-gondozó működött az országban, 1930-ban 71, 1932-ben 73, 1940-ben 103, 1941-ben pedig már 141 (37). A gondozói hálózat hatékonyan enyhítette a tüdőgyógyászati fekvőbeteg-kapacitások hiányából eredő problémát, amely a jelentős számú tbc-s beteg miatt szinte folyamatos volt. A ténylegesen rendelkezésre álló és a szükséges fekvőbeteg-kapacitások mindig jelentős eltérést mutattak (38, 39).

Másodikként a század első felében rendkívüli jelentőséggel bíró, szintén fertőzőes eredetű, krónikus betegségcsoport ellátására hozták létre a nemibeteg-gondozókat. Az Antivenereás Bizottság javaslata alapján végzett 1928. évi adatgyűjtést követően az egészségügyi kormányzat növelte a nemi betegek elhelyezésére szolgáló kórházi férőhelyeket, és elkezdte a nemibeteg-gondozók felállítását. 1932-ig kilenc gondozóintézet létesült a nagyobb vidéki városokban (36).

A nem fertőző betegségek ellátására az első gondozói hálózat a pszichiátriai betegek számára létesült. A pszichiátriai betegek kezelhetőségének csekély aránya miatt a gondozók kiépítése csak a XX. század második felében gyorsult fel, mivel a betegek megfelelő kezelés hiányában csak korlátozottan voltak reintegrálhatók a társadalomba. A II. világháború előtt idegbeteg-gondozó intézet csak a fővárosban működött négy helyen.

IV.2. Az egészségügyi piacra ható legfontosabb tényezők

Az egészségügyi szolgáltatások piacának szabályozása fokozatosan bővült és egyértelműen leképezte azt a szándékot, hogy az egészségügyi szolgáltatások közjósággá váljanak. Ennek részben voltak direkt eszközei, melyek a szolgáltatásvásárlást irányították, vagy éppen a szolgáltatók működését szabályozták, de

voltak olyan közvetett elemei is, amelyek az egészségipari tevékenységeket, gyógyszergyártást és kereskedelmet befolyásolták.

A folyamat során egyre szélesebbé vált az a társadalmi réteg, amely a közösségi szolgáltatásvásárlásból részesült és gyakorlatilag az 1927-es társadalombiztosítási törvényt követően, részint az egészségpénztárakon keresztül – ipari, kereskedelmi és közszolgálati munkavállalók –, részint az állami vásárlásokon keresztül a társadalom szinte teljes egésze lefedetté vált. A hatósági orvosi hálózat, valamint az alapellátást végzők államosítása mellett a gondozói és családvédelmi feladatot ellátó Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat, valamint a gondozói hálózat nagy része működött állami fenntartásban, míg a kórházaknak csak egy része. A kórházak vegyes tulajdonban voltak – állami, városi, egyházi, egészségpénztári, alapítványi és magántulajdonban működők is voltak köztük. Ezekben az időkben az egészségügyi szolgáltatások intézményi központúsága erősödött, tehát a szolgáltatásvásárlás legnagyobb része a kórházakat érintette. Ennek következménye, hogy a közösségi vásárlói erőforrásokért a piacon több, különböző tulajdonban lévő szolgáltató versenyzett, melyekkel a vásárlások döntő részét lebonyolító egészségpénztárak szerződhetek.

A fejezetben az egészségügyi piacra ható legfontosabb tényezőket, azok hatásmechanizmusát és jelentőségét vizsgálom. Vizsgálom azt a folyamatosan változó feltételrendszert, ami a piac működését befolyásolta és annak peremfeltételeit meghatározta. Következtetek a különböző hatások eredőjére, feltárom a jelenlegi meghatározó trendeket és az azokból következő beavatkozási pontokat.

IV.2.1. A szükséglet és a szolgáltatás viszonyának fejlődése – epidemiológiai korszakok

Az emberiség közösségeiben változó struktúrában jelentkeznek különböző betegségek az orvostudomány fejlődésével párhuzamosan. A fejlett ipari társadalmakat sújtó betegségek nagyjából hasonló szerkezetben és időbeni ritmusban érintették a különböző országokat. Ilyen értelemben a magyar adatok valójában kissé térnek csak el a nyugat-európai vagy más környező állam epidemiológiai képétől. Az elmúlt években sokan sokféleképpen vizsgálták az epidemiológiai trendeket és sorolták be az általuk

tapasztaltakat különböző kategóriákba. E fejezetben céloom az epidemiológiai kép és az ellátási szükségletek közötti összefüggés feltárása volt.

A fejlődés korszakait döntően két tényező határozta meg:

- A *betegségstruktúra*, amely értelemszerűen tartalmazta azokat a tényeket, amelyeket a betegségekről az adott kor orvostudománya ismert.
- Azok az *egészségügyi szolgáltatások*, amelyeket az adott kor orvostudománya nyújtani tudott. Az egészségügyi szolgáltatásokat részint azok a specifikus technológiák jellemezték, amelyekkel bizonyos betegségeket megelőztek, az általuk okozott állapotromlást lassították, vagy az adott kórképet gyógyították. Természetesen itt mind a diagnosztikai, mind a terápiás szolgáltatási spektrumot meghatározónak tartjuk.

Ezek változásai és fő jellemzői alapján három korszakot határoltam el, amelyeket az alábbiakban ismertetek.

IV.2.1.1. Első epidemiológiai korszak

Az első epidemiológiai korszakot az akut megbetegedések jellemezték, amelyek döntően fertőzőes eredetűek voltak. Az ellátórendszer pedig ezekre az állapotokra reagált, tehát döntően reflektív módon működött. Az egészségügyi szolgáltatások szűkösek és általában gyenge hatásfokúak voltak. A fertőzőes betegségek kezelése kizárólag tüneti lehetett, oki kezelést nem tudtak alkalmazni. A leghatásosabb eszköz a korban a hatósági funkció volt az orvosok kezében, amellyel Magyarországon Mária Terézia ruházta fel őket a tisztiorvosi intézmény felállításával. A kor orvosai alakították ki, gyakorlatilag folyamatosan és szilárdították meg azokat a közegészségügyi állapotokat, melyek hozzájárultak bizonyos nagy járványok megállításához. A biztonságos ivóvíz, ellenőrzött vágóhidak, településhigiéne kialakítása erre az időszakra tehető (40). Ugyanakkor voltak megfigyelésen alapuló eljárások, melyek hatékony prevenció bevezetését tették lehetővé a kórkép patomechanizmusának pontos ismerete nélkül, mint például Jenner himlővakcinája vagy a Semmelweis által bevezetett kézfertőtlenítés. A korszak vége felé pedig már egyre pontosabb ismeretanyagra alapozva fejlesztettek vakcinát és bővítették a prevenció palettát: 1890-től kezdtek

használni hazánkban a Hőgyes Endre vezette magyar Pasteur-intézet által előállított „ebdüh” ellenes vakcinát (41).

Gyakorlatilag ebben az időszakban a krónikus betegségek közül szinte kizárólagosan a pszichiátriai betegségekkel foglalkozott az ellátórendszer, azokkal is csak szociális formában, ugyanis az ebben az időben felállított tébolydák a társadalomra veszélyes elmebetegek elkülönítését tették lehetővé.

IV.2.1.2. Második epidemiológiai korszak

A második epidemiológiai korszakot egyrészt a nagy járványok lecsengését követően megjelenő és egyre inkább elterjedtté váló krónikus fertőző betegségek jellemezték, mint a tbc és a szifilisz, másrészt a születéskor várható élettartam növekedésével és az orvostudomány fejlődésével növekvő számban váltak ismertté a szív- és érrendszeri, daganatos és egyéb betegségek, például szenvedélybetegségek is, mint az alkoholizmus. Az egészségügyi ellátórendszer fejlődése – beleértve a közegészségügyi állapotok további javulását – számos hatékony diagnosztikai és terápiás eljárás bevezetését tette lehetővé, azaz egyre hatékonyabb szolgáltatásokat tudott nyújtani az ellátórendszer, így a hangsúly a hatósági funkciók fokozatos leépülése mellett az egészségügyi szolgáltatásokra helyeződött.

A diagnosztika fejlődése számos kórkép feltárását és azok patomechanizmusának megismerését tette lehetővé. Hatékonyabb terápiás eljárások kerültek bevezetésre, jelentősen javult a későbbiekben reflektív jellegűként definiált szolgáltatások minősége. Ezek mellett pedig a krónikus betegségek vonatkozásában kialakították a betegségek jellegéhez adaptált gondozói típusú vagy tercier preventív szolgáltatásokat, amelyek rendszeres orvos-beteg találkozásokra alapulva igyekeztek a betegek állapotromlását megelőzni, illetve a krónikus fertőző betegségektől megóvni a társadalmi környezetet.

A primer prevenció további vakcinák megjelenésével – diftéria (1928), tífusz – hatékonyan szorította vissza a járványokhoz vezető fertőző betegségeket (42), és megjelent a szekunder prevenció a tudógondozói hálózat működésébe építve. Tehát a kort a reflektív szolgáltatási spektrum bővülése, minőségének ugrásszerű javulása, a primer prevenció területének növekedése, a szekunder prevenció megjelenése, valamint

az induktív – gondozói típusú – szolgáltatások kialakulása jellemzi a krónikus betegségek vonatkozásában.

IV.2.1.3. Harmadik epidemiológiai korszak

A harmadik epidemiológiai korszakot a hagyományos fertőző betegségek okozta járványok felszámolása mellett a fertőzőes eredetű mortalitás minimális szintre csökkentése és a jelentősen felértékelődő, a kor legnagyobb társadalmi betegségterhét jelentő krónikus nem fertőző betegségek előtérbe kerülése jellemzi, az akut és aktív ellátási szükségletek is döntően krónikus betegségek állapotromlása, illetve szövődményei kapcsán keletkeznek (43). Várhatóan ez a tendencia a jövőben folytatódni fog (44). Ezt a korszakot az 1950-es évektől számítjuk, mert addig a kórházakban a mai állapothoz képest ténylegesen kevés technológiailag intenzív és hatékony orvosi beavatkozás történt (45).

A primer prevenció a már stabil közegészségügyi viszonyok fejlesztése mellett a vakcinák számának bővülését, a különböző betegségek patomechanizmusában szerepet játszó, káros környezeti hatások kiküszöbölését és életmódbeli tényezők kontrollját is magában foglalja. A szekunder prevenció köre bővült, azonban rendszerszintű alkalmazása a lehetőségekhez képest alacsony. Szervezett formában Magyarországon jelenleg méhnyak- és emlőrákszűrés történik, és bevezetés előtt áll a vastagbél szervezett szűrése. Noha számos területen lehetőség lenne adekvát populációszelekció és célcsoportszűrés bevezetésére, ezek rendszerszintű alkalmazása sem alapellátási, sem szakellátási szinten nem valósult meg.

A terciér preventív szolgáltatások tekintetében az előző korszakban kialakított gondozói típusú szolgáltatások – tbc, szifilisz – részben okafogyottá váltak, részben inadekvát egészségpolitikai döntések miatt szorultak háttérbe, mint a pszichiátriai és addiktológiai gondozás, ellenben a jelenleg legnagyobb betegségterhet jelentő csoportok – szív- és érrendszeri, mozgásszervi és anyagcsere-betegségek – vonatkozásában nem kerültek kialakításra. A terciér prevenció típusú szolgáltatások más országokban bevezetett rendszerszintű modelljei – integráció, esetmenedzsment-módszerek (46) – nem bizonyultak eddigi formájukban hatékonynak és/vagy fenntarthatónak (47).

A diagnosztikai és terápiás szolgáltatások tekintetében a fejlődés rendkívül gyors volt, már számos ritka és specifikus kórkép diagnosztikája és kezelése is megoldott, további specializáció ment végbe, és egyre bonyolultabb technológiák terjedtek el. A reflektív szolgáltatások minősége tovább javult, és a rohamos fejlődésnek köszönhetően az ellátórendszerben ezek a szolgáltatások dominánsak lettek.

A különböző, krónikus ellátásra irányuló szolgáltatási típusok az akut (aktív) kezelésre épülnek, és emiatt reaktív karakterűek, fragmentált és sporadikus jellegűek, a személyre szabott esetmenedzsment és a közösségi ellátás hiányzik, a szekunder prevenció pedig másodlagos jellegű (48).

A harmadik epidemiológiai korszakot tehát a krónikus betegségekhez kapcsolódó szolgáltatási igény növekedése, a reflektív szolgáltatások bővülése, minőségének javulása és dominánssá válása, a primer prevenció fejlődése, a szekunder prevencióban rejlő kiaknázatlan lehetőségek és a terciér prevenció (gondozói típusú) szolgáltatások jelentős hiánya határozza meg.

IV.2.2. Struktúra és szolgáltatás – Az akut és a krónikus állapotok eltérő szolgáltatási szükségletei

Az ellátórendszer felépítését és működését a kialakult kór állapot jellegéhez és az általa meghatározott szükségletekhez kell igazítani, ami a rendszer működési jellemzőit határozza meg döntően, ezért fontos az akut és krónikus állapot szükségleteinek elkülönítése. Akut kór állapotok kezelése általában egyszeri, meghatározott idejű, folyamatos szolgáltatást igényel az ellátórendszerből, melyet követően többnyire az akut állapot rendeződik, és az ellátást igénybe vevő gyógyul, vagy állapota visszatér a krónikus fázisba. A krónikus ellátás célja nem a gyógyítás, hanem a funkcionális állapot javítása, szinten tartása, a tünetek minimalizálása, a terciér prevenció eszközeivel az élet meghosszabbítása és az életminőség javítása (49). Ez az állapot megfelelő kontrollja mellett annak szinten tartását, a progresszió megelőzését és az akut állapotromlás, illetve szövődmények kialakulásának megelőzését célozza. Ehhez alapvetően más típusú működésre van szükség, mint amit az akut betegségek ellátásánál alkalmaz az ellátórendszer, más jellegű szolgáltatást kell nyújtania. Itt a szolgáltatás nem folyamatos

és rövid idejű, hanem periodikus, és fenn kell tartani a krónikus kórállapot megszűnéséig, ami az esetek jelentős részében egy életen át tartó szolgáltatást jelent.

Akut megbetegedések esetén az ellátórendszer reagál a kialakult állapotra, a szolgáltatási palettából a személyre szabott szolgáltatás kiválasztásával és nyújtásával kezeli a helyzetet, ez tehát – új fogalomalkotással – *reflektív* ellátórendszer. Ezzel szemben krónikus betegségek esetén az állapot kontroll alatt tartásához rendszeres orvos-beteg találkozásokra, az állapot nyomon követésére, monitorozására van szükség ahhoz, hogy a terciér prevenció eszközeit hatékonyan tudja alkalmazni az ellátórendszer. Ez a típusú szolgáltatás, azaz induktív ellátórendszer döntően még hiányzik, és a szolgáltatási szükségletet ezen a területen is a reflektív rendszer elégítheti ki. Mivel a kórállapot jellege alapvetően meghatározza az ellátórendszertől igényelt szolgáltatások jellegét, ami egyúttal determinálja az ellátórendszer optimális felépítését és működését, szükséges olyan struktúrák kialakítása, melyek a krónikus betegségek esetén optimális módon képesek szolgáltatást nyújtani.

A kétféle ellátórendszer jellemzői lejjebb kerülnek részletes tárgyalásra (ld. a IV. 3.2. fejezetet!).

IV.2.3. Technológiai nyomás

A szakirodalom sokszor foglalkozott azzal a problémával, hogy a magas szintű technológia sok esetben inadekvát szolgáltatásokat generál, ilyen értelemben torzítja az ellátórendszer működését, de az egészségügyi piac szolgáltatói oldalán keresztül, elsősorban a szűkös erőforrások miatt az egész piac működését. Ezekre gyakori példa a beruházás különböző magas technológiai szintű diagnosztikai eszközökre – például MRI –, amelyek a szükségletekhez képest gyakran túltreprezentáltak az ellátórendszerben, miközben az nem képes más, alapvető igényeket kiszolgálni (50). A szolgáltatói oldal ilyen esetekben sokszor determinálja a vásárlásokat is: ezeket az eszközöket többek közt magas finanszírozásuk és beruházásuk gyors megtérülése miatt a rendszer jelentősen túlértékeli, ami fölösleges használathoz vezet (51, 52, 53).

Ennek következtében számos országban a fejlett technológiákat az egészségügyi ellátórendszerben csak engedélyhez (certificate of need, CON) kötötten vezethetik be.

Az USA-ban, ahol sok ilyen előírás van, a daganatos betegek ellátását centralizálták és kezelésüket kevesebb intézményben végzik (54).

Az egyes technológiai eszközökre tett fenti megállapítás meglátásom szerint, az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatási palettájának felülvizsgálata kapcsán láthatóan érvényes az intézményi rendszerre is. A kórházak, mint magas technológiával rendelkező ellátóhelyek, koncentrált formában és szélesebb spektrumban mutatják be azt a jelenséget, amit egy-egy eszköznél tapasztaltunk. Magas költségű, technológiaigényes szolgáltatásokat generálnak nagy számban, amelyek fokozott bevételt jelentenek az intézményeknek. Ugyanakkor ezek jó része fölösleges, és ezzel a vásárlói oldalon lévő szűkös erőforrások miatt kiszorítják a hatékony, olcsó, magas technológiát nem igénylő, viszont tömegesen szükségessé váló egészségügyi szolgáltatásokat – például a tercier preventív szolgáltatást, a gondozást – az ellátórendszerből. Ezt nevezzük a szolgáltatások vásárlására gyakorolt technológiai nyomásnak (55).

IV.2.4. Pénzügyi kényszerek

Gyakorlatilag azt követően, hogy az egészségügyi feladatok beépültek az állami feladatrendszerbe, észlelhető volt az érzékeny egyensúlyi helyzet az ágazati szolgáltatások állami megvásárlásával kapcsolatban. A szolgáltatások bővülő spektruma, növekvő költségigénye, a növekvő társadalmi elvárások folyamatosan növelték az állami költségvetésre nehezedő nyomást. Ennek eredményeként az 1970-es évek végétől az addig GDP-arányosan folyamatosan növekvő egészségügyi kiadások bővülésének üteme előbb lelassult, majd megszűnt. A szolgáltatási portfólió fenntartása és igényekhez adaptált bővítése, valamint a relatív forráshiány indította el az azóta is folyamatosan jelen lévő, változó intenzitású reformfolyamatokat.

IV.2.4.1. Piaci típusú reformok

Az egészségügyi szolgáltatások piacának a vásárlói oldalát *fiskális reformokkal* lehet befolyásolni. Az egészségügyi szolgáltatásokat közjavakként értelmező, jóléti társadalmakban jelentkezik az a konfliktus, hogy az állami feladatok ellátására szolgáló

források relatív szűkössége fokozódott, és az állami redisztribúció mozgástere szűkült. Az egészségügyi szolgáltatások beszerzése a XX. század második felétől ezekben a társadalmakban döntően közösségi vásárlás útján valósult meg, függetlenül attól, hogy bismarcki vagy állami rendszerben. Ez az állapot, mint a történeti fejezetben láthattuk, organikus fejlődés eredménye volt, amely a társadalmat mint egységes kockázatközösséget kezelő fejlődési irányok hatására alakult ki.

Az egészségügyi piac működésében keletkező konfliktusok kezelésekor számos esetben felmerült, hogy az állami bürokratikus szabályozás eszközrendszerét lebontsák, és a szabad piac „racionális” eszközeit engedjék érvényesülni (56). Ennek megfelelően a *vásárlói oldalon megjelenített versenyhelyzettől* várták közvetett módon a piac működésének korrekcióját. Ennek technikája az volt, hogy az addig szabályozott és a piaci versenyt kizáró működést úgy változtatták meg, hogy a piacon lévő vagy oda bekerült szolgáltatásvásárlók között versenyhelyzetet teremtettek. Ez az esetek jelentős részében együtt járt a profitérdekelttség bevezetésével. Tehát a reformfolyamatnak két fontos eleme volt, a versenyhelyzet és a profitérdekelttség ismételt megjelenése vagy erősítése a szolgáltatásvásárlások tekintetében.

A *szolgáltatói oldalon indukált verseny* a legelterjedtebb piaci típusú reform az utóbbi években. A ún. „kvázi piaci” eszközök (56) implementálásától remélt változás az volt, hogy a piaci versenyhelyzettel a piaci szabályozómechanizmusok érvényesülnek, és korrigálják az egészségügyi szolgáltatások mint közjóságok piacának a működését. A piac működésének inszufficienciáját azzal magyarázták, hogy az alkalmazott bürokratikus koordináció eszközrendszere nem megfelelő. Ezt szabályozott és korlátozott módon igyekeztek részben piaci koordináció eszközeire cserélni. A szolgáltatói oldalon indukált verseny tekintetében is a piaci verseny az állami, egyházi, civil, illetve magán non-profit vagy for-profit szolgáltatók behozatalát jelenti.

IV.2.4.2. Strukturális reformok

Az egészségügyi szolgáltatások piacát alapvetően meghatározza az azok előállítását végző struktúra. Ennek megfelelően az erős bürokratikus koordináció alá tartozó piacokon prioritást kapott a struktúra megváltoztatása, ami meghatározza a rendszer hatékonyságát. Ennek szellemében számos európai országban hozzáálltak a kórházi

struktúra átalakításának, amit sokszor újratervezési folyamatnak neveznek. Az átalakítások természetesen több szinten érintették az intézmények működését. *Döntően üzemi szemléletű átalakítások* során elsősorban általában a kórházi személyzet létszámának leépítését és a felelősségi körök újradefiniálását végezték. Az ápolószemélyzet csökkentése és a kompetenciák újragondolása minden alkalommal közös célként jelent meg, ugyanakkor ezek a változtatások többnyire nem érték el a kellő hatékonyságot (57, 58).

A humánerőforrás gazdálkodás, hatékonyabb munkaszervezés, korszerű intézményi kontrolling bevezetése, támogató területek költségeinek csökkentése stb. olyan intézkedések voltak, melyek Nyugat-Európában az 1980-as évektől kezdődően, Közép-Kelet Európában pedig a rendszerváltást követő évtizedekben bevezetésre kerültek. Ilyen értelemben az intézményi szintű megtakarítási lehetőségek kimerültek, amit értelemszerűen a rendszerszintű beavatkozási pontok keresése követett.

Az ellátórendszer kialakítását célzó reformintézkedések során számos olyan új szabály született, amely általában az ellátórendszer különböző diszfunkcióiból eredő problémákra próbált reagálni. A főbb tendenciák a következők voltak: a kórházakban több egyállomásos (multidiszciplináris) szolgáltatást is kialakítottak, több szolgáltatást nyújtanak a közösségi ellátásban, csökkentett ágyszámmal rendelkeznek az új intézmények, különválasztják az aktív ellátásos, illetve a hotel jellegű tereket, valamint csökkentik a hatalmas várótereket.

Koncepcionális probléma volt sokszor, hogy a kórházakat önálló entitásként értelmezte a tervező és nem egy folyamatosan növekvő rendszer részeként.

Strukturális átalakítások tekintetében az állam eszközrendszerét alapvetően befolyásolta a piacon való jelenléte. Mint a történeti fejezetben láthattuk, három, részben egymásra épülő, részben egymás mellett fejlődő területen játszott fontos szerepet az állam az egészségügyi szolgáltatások piacán, annak közjósággá válásának folyamatában. Ennek megfelelően az állam mozgástere igen eltérő volt annak tekintetében, hogy a piaci jelenléte mire terjedt ki. A strukturális reformfolyamatok alapvetően történhettek úgy, hogy az állam kívülálló szabályozóként irányította a strukturális átalakítást az intézményi rendszerben. Erre példa Franciaország (59), ahol az intézményi koncentrációt a *bürokratikus szabályozás eszközeivel* kívánták elérni, úgy, hogy szabályozták a minimális szolgáltatási volument, amit adott intézmény, adott

szervezetének el kell érnie ahhoz, hogy finanszírozási szerződést kössenek vele. Innen viszont a szolgáltatókra, fenntartókra, illetve tulajdonosokra bízta annak gyakorlati megvalósítását.

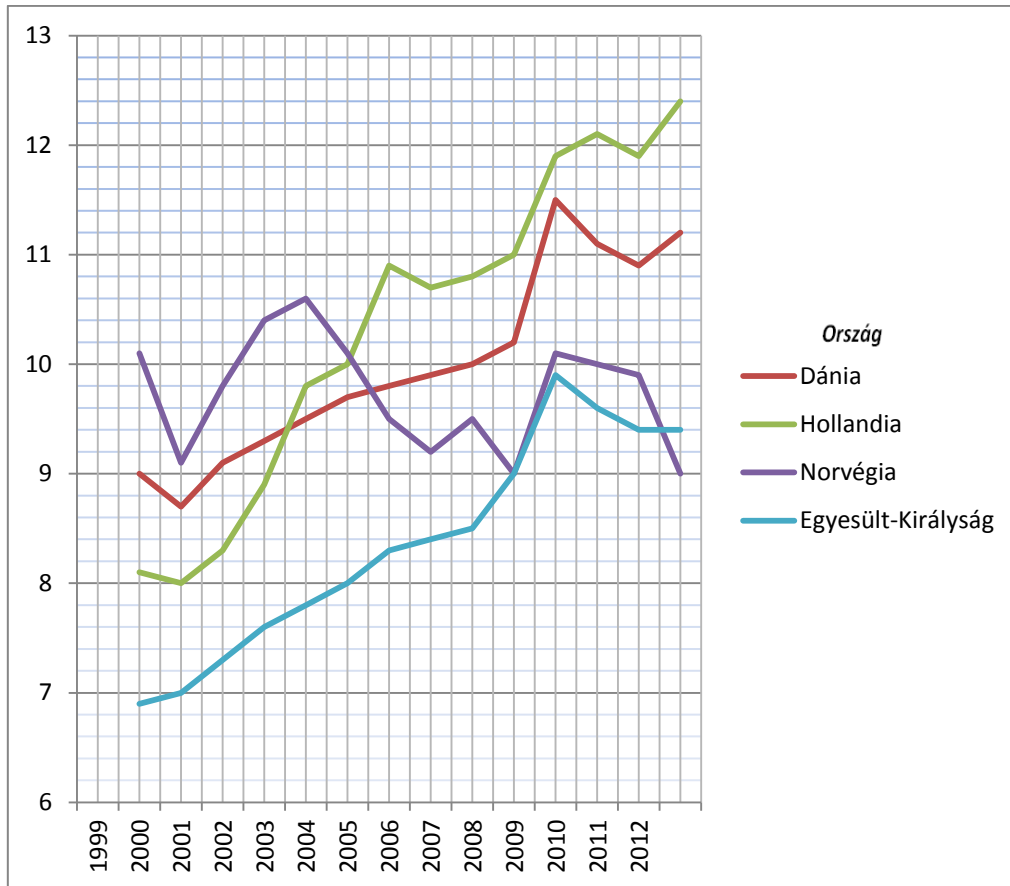
A másik példa, amikor az állam vagy már fenntartója a szolgáltatónak, vagy kézbe veszi azokat és úgy hajtja végre a strukturális átalakítást. Erre példa, az évezred elején közigazgatási reformfolyamatok részeként végrehajtott átalakítás Norvégiában és Dániában (60, 61). Mind a két országban úgy hajtották végre az *intézményi centralizációt*, hogy a szolgáltatások koncentrált előállításának feltételeit, a fekvőbeteg intézmények számának csökkentését, a *közigazgatási rendszer átalakításának részeként* valósították meg, melynek keretében nagyobb populációs számra tervezték a szolgáltatásokat. Ezekben az esetekben hatékonyabban tudták elérni azt a célt, hogy az intézményen kívüli és intézményen belüli szolgáltatások viszonyában új egyensúlyi állapotot hozzanak létre.

IV.2.4.3. Piaci versus strukturális átalakítás

A fent említettek szerint mind a piaci, mind pedig a strukturális típusú átalakítások alapvetően fiskális nyomás hatására indultak el, és céljuk az állami terhek növekedésének csökkentése, szinten tartása volt, úgy, hogy a társadalmi szükségleteket a kor követelményeinek megfelelően tudják kielégíteni.

Ennek vizsgálatát egyrészt az állami kiadások összehasonlításával, másrészt az ellátórendszert jellemző indikátorok összehasonlításával végeztem el.

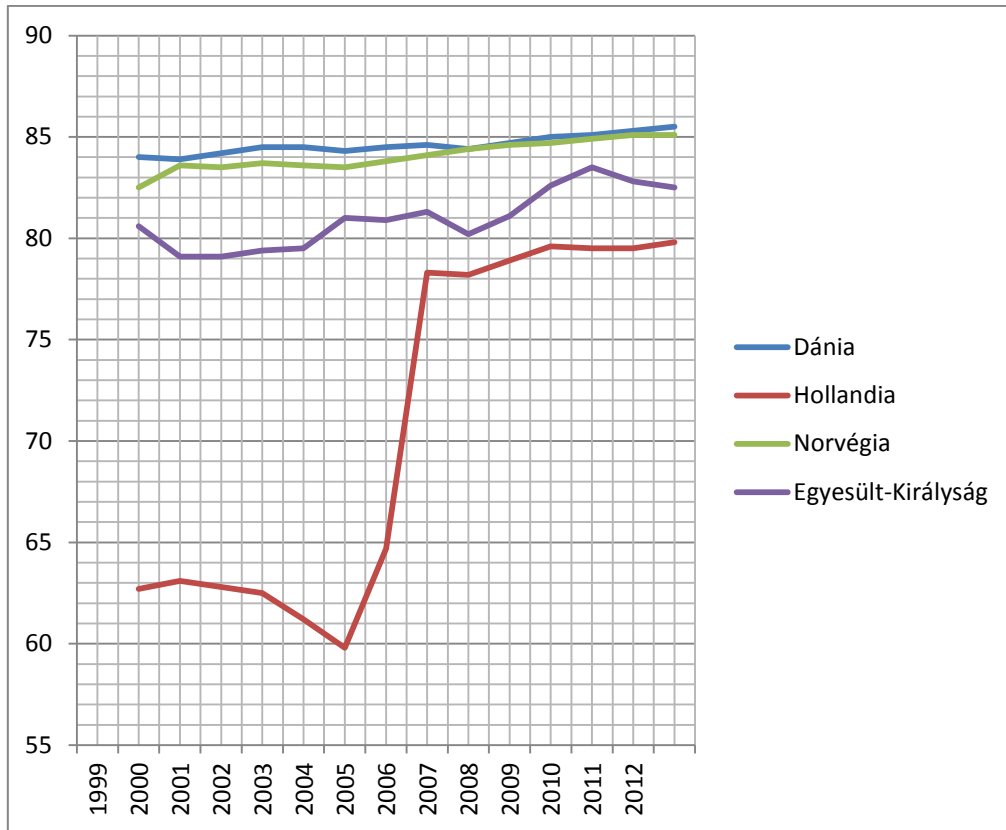
A 3. ábrán látható, hogy a kizárólag piaci típusú reformot végrehajtó Hollandiában 2004-ig a nemzeti össztermékkal (GDP) arányosan emelkedő egészségügyi ráfordítások átmeneti megtorpanást követően ismét gyorsuló ütemben növekedtek. Más országokban az állam a piaci szerepének megőrzése mellett, a bürokratikus szabályozás eszközrendszerét használva hajtotta végre a strukturális reformot. Ennek eredményeként Norvégia 2004 és 2009 között GDP-arányosan csökkenteni tudta egészségügyi kiadásait, míg Dánia esetén azok diszkréten emelkedtek, de lényegesen elmaradtak a piaci típusú átalakítást végrehajtó Hollandia kiadásainak növekedésétől.



3. ÁBRA. Teljes egészségügyi ráfordítás a GDP százalékában

Forrás: a szerző saját ábrája

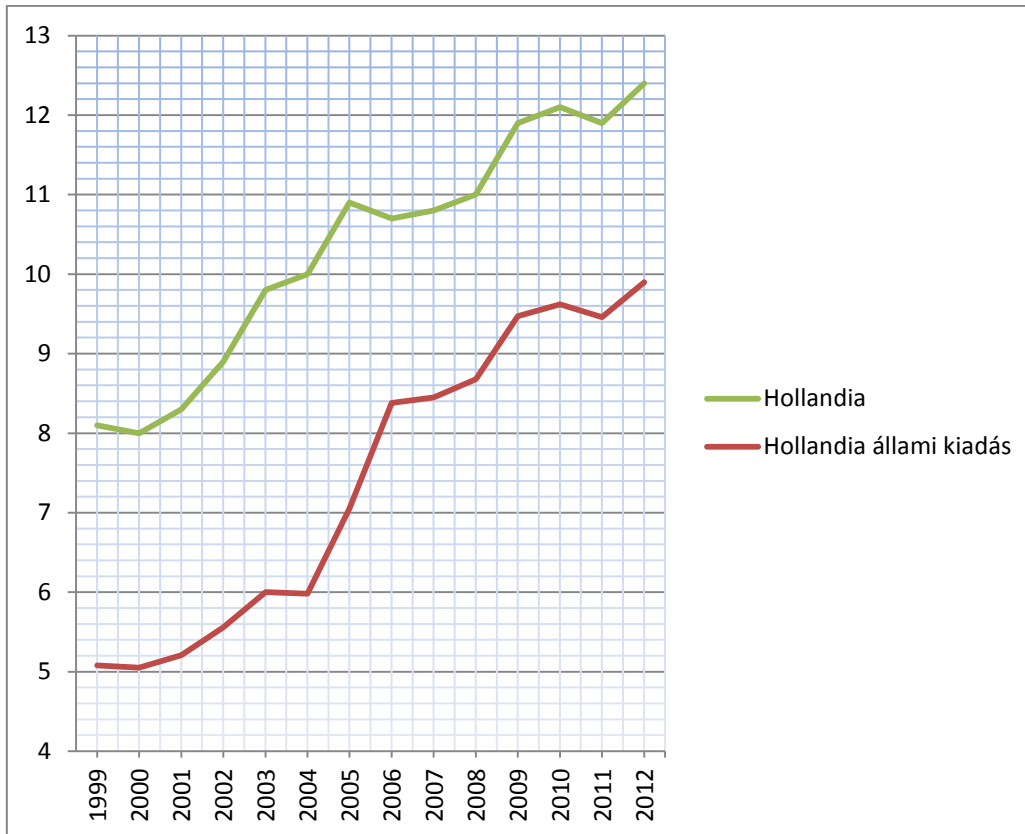
Az állami kiadások részesedését vizsgálva az összkiadások volumenéből (4. ábra) látható, hogy Hollandiában a vizsgált időszakban 20%-os növekedés volt tapasztalható, tehát valójában az egészségügyi kiadások növekedését az állam vállalta fel 2007-ig, a lakossági terhek csak azt követően kezdtek emelkedni. Norvégia, Dánia esetében az állami és magánkiadások aránya nem változott, míg a 2010-ben „kvázi piaci” eszközöket bevezető Egyesült Királyság állami kiadásai kis mértékben növekedésnek indultak.



4. ÁBRA. Az állam részesedése az egészségügyi kiadásokból százalékban

Forrás: a szerző saját ábrája

Hollandiában az egészségügyi kiadások teljes volumene a vizsgált időszakban mintegy 50%-os növekedést mutatott (5. ábra), míg azon belül az állami kiadások szintje közel 100%-kal bővült, azaz megduplázódott. Ennek megfelelően a holland reform azt a célját, hogy az állami kiadások növekedésének ütemét lassítsa vagy megszüntesse, nem tudta elérni.



5. ÁBRA. Hollandia teljes egészségügyi kiadásai a GDP százalékában és a holland állam egészségügyi kiadásai a GDP százalékában

Forrás: a szerző saját ábrája

IV.3. A szükségletek hatása a szolgáltatásokra és az intézményi struktúrára a mai ellátórendszerben

E témáról szólva lényegesnek tartom leszögezni, hogy az ellátórendszer struktúrája olyannyira jelentős mértékben meghatározza annak működését, hogy a legfontosabb, működést befolyásoló tényezőnek tekintendő.

Az egészségügyi ellátórendszer felépítése és annak működése ma már viszonylag jól tervezhető azáltal, hogy az adott populációra jellemző morbiditási, mortalitási jellemzők gyakorlatilag jól látható tendenciák mentén változnak, és nagy – az ellátórendszert extrém mértékben terhelő és a morbiditást markánsan befolyásoló – járványok nincsenek. Ez, valamint az orvostudomány és orvosi technológia fejlődése biztosítja azt a keretet, melynek alapján az ellátórendszer felépíthető. Nagyon fontos

azonban, hogy az ellátórendszert ne passzív és statikus struktúrának tekintsük, hanem aktív és dinamikus, az általa kiszolgált populációval folyamatos interakcióban lévő intézmények összességének, amelynek nemcsak pillanatnyi állapota, hanem működése is jelentős hatással van hatékonyságára, arra a képességére, amivel küldetését teljesíti, az általa nyerhető társadalmi hasznossággal. Tehát összefoglalva, az ellátórendszer struktúrája és működése egyaránt hat egymásra, de mind a kettő tervezhető, és a rendszerszintű hatékonyság javítása érdekében szükséges is a tervezésük.

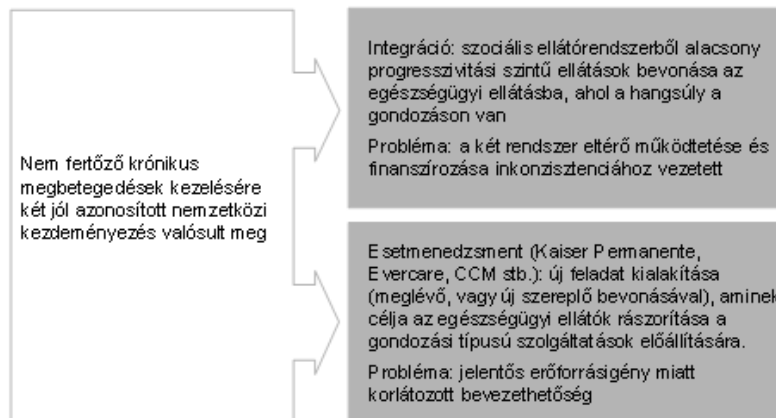
IV.3.1. Modellek a krónikus betegek ellátására a reflektív ellátórendszerekben

A szolgáltatási paletta tehát – ahogyan az előzőekben levezetésre került – a harmadik epidemiológiai korszakban torzult, ami elsősorban a magas technológiával rendelkező szolgáltatóhelyek dominanciájának köszönhető. Ezek az intézmények határozzák meg az ellátórendszerek karakterét, a legtöbb szolgáltatást innen vásárolják, és a piacot ezek az intézmények dominálják a szolgáltatások oldaláról. Ugyan a jelenleg zajló strukturális reformoknak egy fontos vonulata a deinstituálizáció, azaz az intézményi szolgáltatások leépítése a szükséges mértékig, ez csak korlátozottan tudott megvalósulni. Ezt az irányt támogatja az egészségügyi technológiai fejlesztések második korszaka, amelyben az elsővel szemben a fejlesztések jelentős része már nem az intézményen belüli szolgáltatásokat, hanem az intézményen kívülieket támogatja. Ezek a szerkezeti átalakulást támogató törekvések azonban csak részben jártak sikerrel, aminek több oka is tetten érhető. Ezek közül az egyik az intézményi ellenállás jelensége volt, melynek következménye, hogy az intézmények struktúráját még jelenleg is sok esetben az intézményi érdekek és nem a társadalmi hasznosság határozza meg. A másik fontos tényező, hogy a társadalmi szükséglet, mint vásárlási preferencia ellen hat számos tényező. Ezek közül kiemelhető a tőkeérdek, valamint az egyéni vásárlói szerep erősítése is a vásárlói döntések meghozatalában, mivel egyik tényező sem a társadalmi szükséglet kielégítését támogatja.

Természetéből adódóan az egészségügyi ellátórendszer *reflektív* jellegű szolgáltatások nyújtására alkalmas, azaz a már kialakult állapotra reagál, csakhogy jelenleg a legnagyobb betegségterhet a krónikus nem fertőző betegségek képviselik, amelyek nem reflektív szolgáltatást igényelnek. Az epizodikus jelleggel működő ellátórendszer a

krónikus betegek által igényelt szolgáltatásokat működéséből fakadóan nem tudja biztosítani. Ennek áthidalására több módszert is kidolgoztak az utóbbi időben, melyek a felmerülő szükségleteket és az ellátórendszer képességeit igyekeztek összehangolni. Megoldásként olyan mechanizmusokat vezettek be a rendszerbe, amelyek a szolgáltatásokat képesek voltak úgy transzformálni, hogy azok megfeleljenek a krónikus betegségek ellátási igényeinek. Ez a két mechanizmus az *integráció* és az *esetmenedzsment* volt (6. ábra).

Más, fejlett egészségügyi ellátórendszerrel rendelkező országok is keresik a megoldást a nem fertőző krónikus betegségek szolgáltatási szükségleteinek kielégítésére



6. ÁBRA. Módszerek a nem fertőző krónikus betegségek szolgáltatási szükségleteinek kielégítésére

Forrás: a szerző saját ábrája

Leutz (62) az *integrációt* így definiálta: „az egészségügyi ellátórendszer (akut, alapellátás, szakellátás) egyéb ellátórendszerrel (például hosszú távú gondozás, oktatás, szakellátások és otthoni szolgáltatások) történő összekapcsolása a hatékonyság növelése érdekében.” Azaz az integrációval a különböző ellátórendszerek, illetve alrendszerek szolgáltatásait kapcsolják össze, ami a szolgáltatás hatékonyságát javítja, illetve az igényeknek megfelelő szolgáltatást hoz létre. Különböző ellátórendszerek, illetve ellátórendszerek különböző területei által előállított szolgáltatásokat igyekeztek kompatibilissé tenni egymással. Hardy és munkatársai (63) olyan koherens rendszereket vizionáltak, amelyek egymással összehangoltan nyújtanak szolgáltatásokat a helyi és

regionális szereplők együttműködésével. Ezekkel az ellátási paradigmákkal kapcsolatban azonban problémák kerültek a felszínre, többek között az, hogy a különböző ellátórendszerek különböző szakmai és finanszírozási struktúrában működnek, korlátozottan rendelkeznek információval a másik rendszer által nyújtott szolgáltatásról, és a szolgáltatások nem vagy csak korlátozottan épülnek, illetve építhetők egymásra. Értelmezésben is eltér egymástól az amerikai és az európai „integráció” terminológia. Az amerikai értelmezés szerint az integráció fókuszában maga a szolgáltatás, illetve annak igénybe vevője áll, míg az európai szemléletben a szolgáltató, amelynek működését kell a rendszer szintjén integrálni. Az amerikai típusú integrált ellátási forma nehezen helyezhető be az európai kontextusba, mivel az európai értelmezés szerint az ellátórendszerek és egyes szolgáltatóik együttesen integrált formában képesek hatékonyabb szolgáltatást nyújtani és ezáltal jobban működni.

Az eset- (vagy betegség-) menedzsment-moделlek – Kaiser Permanente, Evercare Model, Chronic Care Model – az igénybevevői oldalról közelítenek a szolgáltatás felé; a szolgáltatások minőségét úgy javítják, hogy azokat az igénybevevő szempontjai szerint menedzselik. A betegségmenedzsment hagyományosan csak az egy krónikus betegségben szenvedő pácienseket célozta. Maga a betegségmenedzsment fogalom először az 1980-as években jelent meg, és elsősorban a gyógyszergyártók alakítottak ki képzési programokat a krónikus (például diabeteses, asztmás, koszorúér-) betegek ellátásának javítása érdekében (46). Az amerikai fizetőrétég – döntően a betegségbiztosítással rendelkezők, akik egészségügyi szolgáltatást a MediCare rendszerben vagy out-of-pocket módon vettek igénybe – könnyen befogadta a betegségmenedzsment-szolgáltatásokat. Az USA kormánya egy önkéntességen alapuló gondozói szolgáltatást fejlesztett ki a MediCare program keretében a 65 éven felülieknek, különösen a szívelégtelenségben szenvedő és diabeteses betegek számára (64). A módszer sikerességét támasztotta alá, hogy egyes tagállamok a saját Medicaid programukon belül is kialakították a betegségmenedzsmentet (65). 2005-ben a 200-nál több főt foglalkoztató munkáltatók kétharmada ajánlott egészségbiztosítási keretek között betegségmenedzsmentet, amelyet a munkavállalók több mint fele el is fogadott (66), tehát a betegségmenedzsment-szolgáltatások széles körben beépültek a biztosított egészségügyi szolgáltatások körébe az Egyesült Államokban.

Mind az integráció, mind a betegségmenedzsment esetén legfontosabb cél a krónikus betegek egészségnyereségének növelése folyamatos kezelés segítségével. Azonban míg az integrált ellátási formák szorosan kapcsolódnak a szociális szektorhoz, a betegségmenedzsment-programok szigorúan az egészségügyi szektor keretein belül működnek.

Az esetmenedzsment-modellekben a krónikus betegek igényeihez igyekeztek adaptálni az ellátórendszer szolgáltatásait. Ezáltal az igénybe vevő és szolgáltató közé helyezett szereplő feladata, hogy a meglévő szolgáltatásokat az igényeknek megfelelően, egyénre szabott formában konvertálja. Minden modellben új szereplő és a szolgáltató közösen felelős a létrejött új típusú szolgáltatásért. Az ellátórendszer csak kis mértékben alkalmazkodik a megváltozott szolgáltatási igényekhez, noha ez a menedzsmentmodellek legfejlettebb formáinál (CCM, Chronic Care Model) (67, 68) már igényként merül fel. Ezen túlmenően minden esetben erőteljesen szűkíteni kellett a többletszolgáltatást igénybe vevők számát, és meg kellett határozni azt a csoportot, ahol ez leginkább indokolt. Az esetmenedzsment csak korlátozott körben vált hozzáférhetővé, ugyanis az ellátórendszer erőforrásai szűkösnek bizonyultak széles körű elterjedéséhez, tehát hatékonysága nem volt elég ahhoz, hogy a kívánt szolgáltatások rendszerszintű elterjedését biztosítsa.

Az integrált ellátással kapcsolatban szintén számos probléma került a felszínre, többek között az, hogy a különböző ellátórendszerek különböző szakmai és finanszírozási struktúrában működnek, korlátozottan rendelkeznek információval a másik rendszer által nyújtott szolgáltatásról, és a szolgáltatások nem vagy csak korlátozottan épülnek, illetve építhetők egymásra.

IV.3.2. Aktív és krónikus ellátás elkülönítése az ellátórendszeren belül

Az akut és krónikus kórállapotok eltérő szolgáltatási igénye szükségessé teszi, az egészségügyi ellátórendszeren belül a két betegségcsoportot kiszolgáló intézmények elkülönítését, azok szolgáltatási jellege alapján. Ennek megfelelően az akut betegségek által meghatározott szolgáltatásokat – az előzőekben már említett fogalomalkotással – a *reflektív ellátórendszer* nyújtja, amelynek intézményeit *reflektív intézményeknek* tekinthetjük, mert a kialakult kórállapotra reagálnak. Ettől eltérően a krónikus

betegségek alapvetően megelőző célú, kezdeményező jellegű szolgáltatásokat igényelnek, amelyeket az *induktív ellátórendszer* nyújt, *induktív intézményein* keresztül. Itt a szolgáltatás a krónikus állapot egyensúlyban tartását, akut szövődményeinek a megelőzését, azaz a terciér prevenciót célozza. Az induktív intézményekhez rendelhető a primer és szekunder prevenció területéhez kapcsolódó szolgáltatások is, noha meg kell jegyezni, hogy a prevenció sokkal szélesebb értelmű, eszközszerkezete pedig túlmutat az intézményi hálózat nyújtotta szolgáltatások körén, és egy interszektoriálisan nyújtható szolgáltatási palettát feltételez.

Az egészségügyi ellátórendszer struktúrájában és működésében nem tudott alkalmazkodnia az epidemiológiai változások által meghatározott átalakult szolgáltatási igényhez az elmúlt évtizedekben. A jelen kor orvostudományának és technológiájának színvonalán ugyanakkor lehetőség nyílik a szolgáltatások optimalizálására, szükségletekhez történő adaptálására a rendszer struktúrájának és működésének átalakításával.

IV.3.2.1. Az induktív ellátórendszer feladata és felépítése

Az induktív működésű intézmények alapvetően népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségűek, mivel tömeges szolgáltatást nyújtanak a legnagyobb betegségterhet jelentő területeken. Szolgáltatásaik célja, hogy krónikus kórállapotok esetén a terciér prevenció eszközeivel megelőzzék az állapot akut romlását, szövődmények kialakulását, valamint hogy működtessék a primer és szekunder prevenciót.

Az induktív (népegészségügyi) ellátórendszer (intézményi hálózat) jellemzői:

- A primer, szekunder és főként a terciér prevenció eszközszerkezét alkalmazza.
- Krónikus kórállapotok esetén periodikusan, hosszú távon nyújt szolgáltatásokat.
- Rendszeres orvos-beteg találkozások miatt a szolgáltatásait az igénybe vevő számára periodikusan nyújtja, a kórállapot fennállásának időtartamáig, többnyire a beteg élete végéig.
- Alacsony progresszivitási szinten, alacsony technológiai igényű szolgáltatásokat nyújt (járóbeteg-szakellátás szintjéig).
- Tömeges szolgáltatást nyújt; rendszeres orvos-beteg találkozások, nagyszámú beteg, hosszú ideig, többnyire életen át tartó szolgáltatás.

- Akut kórállapotok tekintetében korlátozott kompetenciával rendelkezik.
- A tercier prevenció eszközeit alkalmazva a krónikus állapotok akut szövődményeinek kialakulását, illetve az állapot rosszabbodását hivatott megelőzni (elkerülhető akut szövődmények).
- Az elkerülhető akut szövődmények elhárításával tehermentesíti a magas progresszivitású, reflektív egészségügyi intézményeket, azok szolgáltatásai iránt a keresletet csökkenti.
- Az alapellátás és járóbeteg-szakellátás része az inductív ellátórendszernek.

Induktív intézmények elsősorban a népegészségügyi szempontból kiemelt területeken kerülhetnek elsődlegesen kialakításra. A Kaiser Permanente-féle piramis szerint ezek az alacsony ellátási szükségletű betegcsoportok adják a krónikus, nem fertőző és nem baleseti eredetű megbetegedések akár 80%-át (69). Rajtuk kívül a gyermekellátás területén is indokolt az inductív működés kialakítása korai fázisban, ugyanis a fejlődéskontroll, az életmód-educáció olyan területei a prevenciónak, amelyek egy életen át hatással lehetnek az egyén egészségi állapotára, ami indokolja az ellátórendszer inductív működését ezen a területen is, még ha nem is áll fenn krónikus betegség (70, 71)

Az inductív működésű ellátórendszerre jellemző a hierarchikus felépítés (7. ábra).



7. ÁBRA. Az induktív ellátórendszer felépítése

Forrás: a szerző saját ábrája

Legfelül az országos hatáskörű intézmények helyezkednek el, amelyek azonban ezen a területen közvetlen egészségügyi szolgáltatást nem nyújtanak, hanem módszertani feladatot végeznek, irányítási és kontrollfunkciót látnak el, az alatta lévő ellátórendszer szervezésében és koordinációjában vesznek részt. Az alatta lévő járóbeteg-szakellátási szint jelenti valójában az induktív működésű intézményeket, amelyek tulajdonképpen a gondozói rendszer adaptációjának tekinthetők a jelenlegi epidemiológiai adatok által meghatározott szakmasztruktúrában.

IV.3.2.2. Reflektív ellátórendszer feladata és felépítése

A reflektív ellátórendszer alapvetően a kialakult, akut kórállapotnak megfelelő egészségügyi szolgáltatást nyújt. Szolgáltatása egyszeri, folyamatos, nem periodikus és az akut kórállapot megszűnéséig tart. Szolgáltatásuk célja: az akut kórállapot felszámolása az arra legmegfelelőbb szolgáltatással. Ez tekinthető az egészségügyi ellátórendszer hagyományos működési modelljének.

A reflektív (egészségügyi ellátó) intézményi hálózat jellemzője:

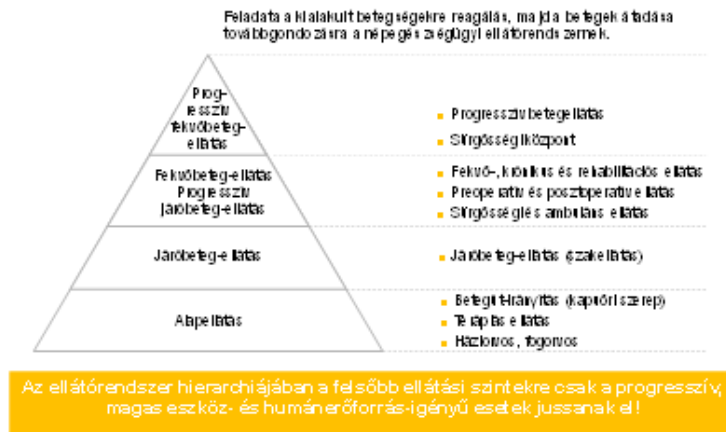
- Akut kórállapotok esetén nyújt szolgáltatásokat.
- A szolgáltatást egyszer, az akut kórállapot elmúltáig nyújtja, amely folyamatos szolgáltatás.

- Változó, de alapvetően az induktív ellátórendszerhez képest magasabb progresszivitási szinten képes szolgáltatásokat nyújtani, magas technológiai igényű és kompetenciaszintű, költséges szolgáltatások nyújtására is képes.
- Alapvetően koncentráltan, de összességében az induktív rendszerhez képest kisebb számú szolgáltatás nyújtására képes, csak az akut kórállapotok tekintetében vehető igénybe.
- Krónikus kórállapotok esetén nem vehető igénybe (optimális működést és feladatmegosztást feltételezve).
- A prevenció eszközeit nem használja, mert ez nem feladata. Az akut állapot rendezését követően az ellátottat visszairányítja az induktív rendszerbe, amennyiben ez indokolt (krónikus állapot esetén).
- Magas technológiai szinten működő, specifikus, magas kompetenciájú ellátórendszer, amely ennek megfelelően drágán működik. Kapacitásai kizárólagosan ilyen típusú szolgáltatások nyújtására használhatók.
- Az alapellátás végez reflektív ellátórendszeri feladatokat is, így ilyen értelemben a két különböző típusú ellátórendszer egészségügyi szolgáltatásai az alapellátásban találkoznak.

Az akut megbetegedések kezelése történhet sürgős vagy tervezett, ütemezett formában. Az akut kórállapot kialakulhat előzmény nélkül – például akut fertőzés –, vagy valamilyen krónikus kórállapot talaján, annak szövődményeként, akut állapotromlással. A reflektív módon működő ellátórendszer hatékonyságát az akut kórállapotok kezelésének hatékonysága mutatja, ami függ a kórállapot jellegétől és az ellátórendszer működésétől. Ez utóbbit számos tényező határozza meg, például az orvostudomány fejlettsége, az elérhető technológia, valamint az intézményi rendszer struktúrája és humánerőforrás-kompetenciája stb.

A reflektív típusú ellátórendszer alapvetően az egészségi állapot akut romlására reagál, az aktuálisan fellépő szolgáltatási szükségletet elégíti ki. A szükséglet fellépése bizonyos betegcsoportokban jelentősen függ az induktív ellátórendszer működésétől, amely hatékonyan csökkentheti az ellátási szükségletet az elkerülhető akut kórállapotok körében.

A reflektív intézményi hálózatra is jellemző a hierarchikus felépítés, azonban a differenciáltabb technológia- és humán erőforrás-szükséglet miatt sokkal tagoltabb, mint az ehhez képest egységes jellegű induktív rendszer. Értelemszerűen a legmagasabb progresszivitási szinthez szükséges technológia és képzett humán erőforrás a legszűkebb volumen, míg az alatta lévő szintek kapacitásai bővülnek (8. ábra).



8. ÁBRA. A reflektív intézményi hálózat felépítése

Forrás: a szerző saját ábrája

A különböző ellátási szintek kapacitásait azonban nem kizárólag az adott progresszivitási szinten adekvát szolgáltatások iránt támasztott kereslet határozza meg. Ellátásbiztonsági szempontok miatt a sürgősségi ellátást a progresszív ellátókhöz kell rendelni, tekintettel arra, hogy akut kórállapot esetén a diagnózis felállítása és az ahhoz rendelt szolgáltatás nem biztosítható minden esetben intézményen kívül és alacsonyabb progresszivitású intézményben, tehát az akut esetekre külön területi ellátási kötelezettség meghatározása indokolt.

Tervezett ellátások vonatkozásában viszont biztosítani kell, hogy az ellátási szükségletnek megfelelő szolgáltatást azon a lehető legalacsonyabb progresszivitási szinten kapja meg a jogosult, ahol azt adekvát módon biztosítani tudják számára. Emiatt a sürgős ellátások tekintetében a progresszív ellátók többletkapacitásokkal kell, hogy

rendelkezzenek, ugyanis azokat az eseteket is nekik kell ellátniuk, amelyeket alacsonyabb progresszivitási szinten működő ellátók is képesek volnának kezelni.

IV.3.3.A reflektív ellátórendszer (alrendszer) intézményi típusai és egymáshoz való viszonyuk

Az orvostudomány fejlődése az intézményekben minden korábbinál erősebb technológiai koncentrációhoz vezetett. Az ágyszám csökkenése és a hatékony ellátások számának bővülése együtt járt az ellátási idő rövidülésével. Tehát csak azok kerülnek kórházba, akik intenzívebb kezelést igényelnek. Ezek a trendek fontos hatással vannak a kórházi újratervezésre. Kevesebb ágyra van szükség, de több magas technológiát igénylő szolgáltatási portfólióra: radiológiai, endoszkópos és sebészeti szolgáltatás szükséges (72). Ugyanakkor a rehabilitáció a kórházból a közösségi ellátások irányába tolódik (72, 73).

Az ellátások differenciálódását segítette a technológia fejlődése. Részben a progresszív, specifikus és ritka kórképek és kórállapotok kezelése is megvalósíthatóvá vált, részben a tömegesen előforduló betegségek kezelésére kialakultak rutinmódszerek, amelyek kevesebb kockázatot jelentettek és a betegek gyorsabb felépülését tették lehetővé. Ez utóbbiak részben alacsonyabb progresszivitású intézményekben is elvégezhetők, részben fekvőbeteg-intézményen kívül is. Elterjedtek az olcsóbb ellátási formák: kórházon kívül is nyújthatók olyan, rutinszerű és betegbiztonsági szempontokból is alacsony kockázatú szolgáltatások, amelyeket korábban kizárólag fekvőbeteg-intézményben lehetett nyújtani. Ilyenek a kúraszerű ellátások és az egynapos sebészeti beavatkozások.

Ha az egyes ellátó intézményekre nem önálló entitásként, hanem egy rendszer elemeiként tekintünk, az ellátórendszer leírható a *rendszer egyes elemeinek definiálásával*, azok egymáshoz való viszonyának és ezáltal a rendszer működésének meghatározásával.

A reflektív alrendszer működése akkor lehet hatékony, ha intézményei megfelelő minőségben és hatékonyan képesek az alrendszer szolgáltatásainak előállítására. Ennek pedig értelemszerűen feltétele, hogy intézményeit megfelelő módon definiáljuk,

intézménytípusokat határozzunk meg, melyek működése és rendszeren belüli szerepe szabályozott.

Az intézménytípusok definiálásánál kiemelten kell kezelni azt a kérdést, hogy a különböző intézmények szolgáltatási portfólióját megfelelően el tudjuk határolni egymástól, olyan értelemben, hogy az intézményi szolgáltatások körét, illetve azok igénybe vevőit pontosan meg tudjuk határozni, ami egymáshoz való viszonyukat is egyértelműsíti (világos szervezési elvek, átlátható betegutak).

A szóban forgó definiáláshoz döntést kell hozni olyan kérdésekről, mint hogy az adott területen a centralizált vagy decentralizált ellátásszervezés jelenti a preferenciát, hogy hogyan kell megosztani a feladatokat az egészségügy különböző szintjei és résztvevői között, továbbá hogy az intézményen kívüli szolgáltatások milyen mértékben bővüljenek stb.

IV.3.3.1. Szempontok az optimális kórházstruktúra kialakításához

Egyrészt hatékonysági, másrészt a szakmai fejlődés által meghatározott igények szempontjai alapján magam egyetértek azokkal a szakértőkkel, akik az ellátásszervezés centralizált módszerét javasolják. E mellett a módszer mellett szól, hogy a különböző elvek szerint lezajlott és ennek megfelelően eltérő módon szerveződött egészségügyi ellátórendszerek hatékonysága értelemszerűen eltér egymástól. A kanadai egészségügyi ellátórendszere az 50-es évektől kezdve centralizáltan fejlődött, melynek következtében az egyes szakmák, így példaképpen a neurológia hatékonysága javult, mivel szerkezete jobb forrásallokációt biztosított (74).

A kórházak az egészségügyi ellátórendszer magas szintű technológiát igénylő, speciális szolgáltatások nyújtására képes, hatékony ugyanakkor legköltségesebb és nehezen fenntartható intézményei. Számuk ezért minden ellátórendszeren belül csökkent. A szükséges mértékhez képest jelenleg is szűkösen áll rendelkezésre erőforrás, amely alatt érthetjük a működés finanszírozását, a humán erőforrást (75), a drága technológiát, és ez a szűkösség a jövőben várhatóan fokozódik. Jelentős részben ennek köszönhető, hogy a technológiaintenzív szolgáltatások egyre kevesebb intézménybe koncentrálnak (76), mert ott van lehetőség azokat megfelelő minőségben és biztonságosan előállítani. Ennek az intézménybe irányuló, valamint intézményen belüli technológiai koncentrációnak

egyik példája a „Core Hospital”, amely a jövő kórházai számára kiírt holland pályázaton nyert díjat, és amely azóta egyre népszerűbb a világon (77). Ezzel párhuzamosan pedig számos szolgáltatás hozzáférhetővé vált a kórházakon kívül is, helyben végezhető vizsgálatokkal, mobil radiológiával, a telemedicina terjedésével ezek a szolgáltatások teret nyertek ambuláns centrumokban és alapellátási központokban is (78). Ez a két párhuzamosan zajló folyamat határozza meg a feladatok újraelosztását a kórházi és a kórházon kívüli szolgáltatások viszonyában, és ennek kell megfeleltetni a kórházon belüli szervezeti egységek feladatait és struktúráját. A kórházak ily módon növekvő kapacitásokkal, magasabb szintű technológiát igénylő, specifikus szolgáltatások nyújtására képes intézmények lesznek, és egyrészt egyre több szakmát foglalnak magukba, másrészt számuk a jövőben is csökkenni fog.

A kórházaknak és azok szervezeti egységeinek felépítését éppen ezért bizonyos alapelvek lefektetése mellett lehet meghatározni. Ezek a következők:

- A szükséges szolgáltatások jellegét és mennyiségét a populációs szükségletek határozzák meg, a tervezés kereteinél pedig figyelembe kell venni a várható trendeket, a szolgáltatások iránti növekvő szükségletet (79).
- Az ellátórendszer megtervezésénél figyelembe kell venni a finanszírozási kereteket, az ágazatra jelenleg fordított források volumenét és a várható jövőbeni ráfordításokat.
- Szintén figyelembe kell venni az orvostudomány jelenlegi fejlettségét, a rendelkezésre álló technológiát és a jövőbeni trendeket, amelyeket még nehéz prognosztizálni (genetika, molekuláris biológia, telemedicina, nanotechnológia, személyre szabott terápia, autodiagnosztika stb.) (80).
- A drága, specifikus technológia kihasználtságát optimalizálni kell.
- Sürgős ellátások biztosítása megbízottsági szempontok miatt csak magas progresszivitású ellátás nyújtására képes intézményben lehetséges.
- Törekedni kell a társszakmák összhangjára, ami azt jelenti, hogy azonos vagy egymás működésével összhangba hozható progresszivitási szintű, illetve adott technológiai szükséglettel rendelkező ellátási egységek kerüljenek intézményen belül kapcsolatba egymással. Ez egyrészt az adott szakma működéséhez szükséges társszakmai környezet biztosítása miatt, másrészt az adott technológia optimális kihasználhatósága miatt fontos.

- Adott szervezeti egység progresszivitási szintjén a működésének legmagasabb progresszivitási szintjét értjük. Ez alatt pedig minden progresszivitási szinten biztosít ellátást.
- Az adott szervezeti egység ellátási területe a legmagasabb progresszivitási szinten a legnagyobb, alacsonyabb progresszivitási szinteken alacsonyabb.
- Adott populáció ellátását minden progresszivitási szinten teljesen le kell fedni ellátókkal.

IV.3.3.2. Az utóbbi évek kórházstruktúrára irányuló reformjai hazánkban

Az intézménytípusok definiálásának kérdése rendkívül időszerű, és korlátozott körben már kísérlet is történt rá. Az elmúlt években hazánk reformkísérletei során megpróbáltak egyes fekvőbeteg-intézményeket kiemelni, azokat például „súlyponti” jelzővel ellátni, de ezen túl az ágazatvezetés nem határozta meg azt, hogy ezek a fekvőbeteg-intézmények milyen struktúrával rendelkezzenek, milyen szolgáltatásokat nyújtsanak, és ennek megfelelően milyen legyen az elvárt működésük.

Az utóbbi évek legátfogóbb, a szakma széles köreivel egyeztetett reformkoncepció a Semmelweis-terv volt, ami azonban az intézményi struktúra definiálásával nem foglalkozott. Az egészségügyi szolgáltatások előállításában az optimális szervezési szintet definiálta 1-1,5 milliós populációs nagyságban, melynek megfelelő térségeket határozott meg az országban. A konkrét szolgáltatások kibocsátását végző intézmények tekintetében nem definiált peremfeltételeket, de meghatározta szakmánként és progresszivitási szintenként az a szervezeti egységet, amelyik a területi ellátásért felel. Tehát valójában „résmentesen” fedte le az országot egészségügyi szolgáltatásokkal, és a térségre bízta azok optimális megszervezését. Intézményi struktúrát érintő javaslat vagy megfogalmazott cél a Semmelweis-tervben nem volt.

IV.3.3.3. Javaslatok az optimális intézményi struktúra létrehozásához Magyarországon egy saját vizsgálat eredményeinek tükrében

Egy közelmúltbeli tanulmányban (81) a hazai neurológiai és stroke-ellátást vizsgáltuk. A neurológiai ellátás jelenlegi magyarországi alapadataiból kiindulva kívántuk

meghatározni azt a fentiekben vázolt feltételrendszerben definiálható, III. progresszivitású neurológiai osztályt, amely a magyarországi viszonyok között optimális működési feltételekkel rendelkezik, megfelelő minőségű és mennyiségű szolgáltatás nyújtására képes, továbbá az ilyen osztályok szükséges kapacitását és számát az országban. A munka során az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) adatállományára, valamint egy korábbi, az ezredforduló táján készült, nagy, hazai, országos stroke-epidemiológiai vizsgálat adataira egyaránt támaszkodtunk (82). Ezeket az adatokat összevetettük a nemzetközi irodalomban fellelhető neuroepidemiológiai alapadatokkal (83) azzal a szándékkal, hogy a valós betegséggyakorisági adatok minél pontosabban becsülhetők legyenek. Külön figyelmet fordítottunk a neurológiai ellátásnak az egészségügyi ellátás egészén belül történő elhelyezésére, valamint a neurológiai ellátás keretein belül a stroke- és a neurológiai ellátás különválasztására. Utóbbi szempontot az indokolta, hogy a stroke-ellátás tudottan és hazánkban is igazolt módon dedikált stroke-osztályokon és stroke-részlegeken a legeredményesebb (84). Mint az alapadatokból látható lesz, a stroke-ellátás hangsúlya az ellátás egészén belül esetszám, finanszírozás tekintetében különösen kiemelkedő. A nemzetközi irodalmi adatok alapján ennek a népbetegségnek a gyakorisága és halálozásban betöltött szerepe egyaránt jelentősen meghaladja a fejlett országokban mérhető (85). Tekintettel arra, hogy az említett, korábbi átfogó hazai epidemiológiai vizsgálat több mint 10 évvel korábban készült, az OEP finanszírozási adataira támaszkodva megkíséreltünk minél pontosabb valós, jelen idejű esetszámokat kalkulálni, legalább az ellátás minimum 50%-át jelentő stroke-események tekintetében.

IV.3.3.3.1. A neurológiai fekvőbeteg-ellátás tervezése

Az OEP fekvőbeteg-adatbázisa alapján az *1. táblázatban* szereplő esetszámokat azonosítottuk akut stroke-eseményként az elmúlt években.

1. TÁBLÁZAT. Az akut stroke-események számának alakulása 2004–2012 között Magyarországon

Év	Esetszám	Betegszám
2004	26702	25248
2005	29928	28130
2006	24403	22665
2007	30533	28263
2008	30845	28539
2009	32746	30288
2010	29021	26925
2011	31882	29401
2012	34575	31718

Forrás: OEP adatbázis

A stroke- és neurológiai osztályokon hazánkban az elmúlt 12 hónap során a finanszírozó 818 870 ápolási napot regisztrált, amely a teljes országos fekvőbeteg-ellátás 6,75%-a országosan, a fővárosban azonban egy százalékponttal kevesebb, csak 5,5%. (2. táblázat). A stroke- és neurológiai osztálykódon ellátott esetek aránya 1:2-höz az ápolási napok tekintetében.

2. TÁBLÁZAT. Ápolási napok száma 2012. szeptember és 2013. augusztus között

	Neurológiai osztály*	Stroke-osztály	Minden szakma
Országos összes (napok)	602 878	215 952	12 123 614

Forrás: OEP adatbázis

*Külön a stroke- és a neurológiai osztályokon

Az optimális ellátórendszer kialakításához szükséges megfelelően meghatározni azokat a kapacitásokat, amelyekkel az ellátórendszer, illetve annak intézménye vagy szervezeti egysége képes adekvát módon kielégíteni a populáció részéről felmerülő szükségleteket. A fent részletezett premisszák figyelembevételével a III. progresszivitási szinten működő neurológiai osztálynak el kell látnia a III. progresszivitási szintű ellátási szükséglettel rendelkezőket, valamint egy szűkebb populáció II-es és I-es progresszivitási szintű ellátási szükségleteiből fakadó eseteket. Itt még egy nagyon fontos megállapítást kell tennünk, ugyanis az elektív és a sürgős ellátási szükségletek vonatkozásában a területi ellátási kötelezettséget el kell különítenünk. Ennek oka az, hogy sürgősségi ellátási feladatot csak progresszív ellátó struktúrához rendelhetünk betegbiztonsági szempontok miatt. Ez értelemszerűen a területi ellátási kötelezettséget a sürgősségi esetek mértékével eltolja a progresszív ellátóhelyek irányába.

A kapott adatok alapján, empirikus módon igyekeztünk meghatározni Magyarország adottságait – településszerkezet, epidemiológiai adottságok – figyelembe véve egy optimális struktúrával és kapacitásokkal rendelkező, III. progresszivitási szinten működő neurológiai osztály struktúráját. Természetesen tekintettel voltunk arra, hogy az osztály hatékony és átlátható kapacitásokkal rendelkezzen, valamint, hogy más társszakmák milyen progresszivitási szinten működő neurológiai kapacitások jelenlétét igénylik az adott intézményekben.

A kapacitásokat az adott progresszivitási szintű – tehát III-as, II-es, I-es – esetszámok, valamint az azokhoz rendelhető ápolási napok alapján számoltuk. Figyelembe kell venni azonban azokat a tendenciákat – az esetszámok adott időintervallumon belüli ingadozása (különösen a sürgős esetek), valamint azok prognosztizálható alakulása, technológiai változás, ellátórendszeren belüli feladatok megosztásának újrendezése –, amelyek szükségessé teszik az adatok alapján meghatározott kapacitások korrekcióját.

Ugyanakkor, esetszámok tekintetében, a hazai neurológiai és stroke-osztály-kódon ellátott 72 699 esetből 62 153 esetet stroke diagnózissal jelentettek az ellátók (85,5%). Ha figyelembe vesszük, hogy korábbi hazai epidemiológiai vizsgálatunk alapján az akut stroke-események hazai reális száma az ezredfordulón 36 000/év lehetett (82), akkor a stroke- és általános neurológiai arányszámok tekintetében helyreáll a nemzetközi irodalomban általánosan elfogadott 50-50%-os arány. Mindebből az következik, hogy a hazai ellátás tervezésénél továbbra is 36-36 ezer akut stroke-esemény, valamint

neurológiai kórkép, krónikus post-stroke állapot kórházi felvételt indokló neurológiai ellátására kell felkészülni (3. táblázat).

3. TÁBLÁZAT. Betegforgalmi adatok BNO-csoportok szerint, 2012. szeptember és 2013. augusztus között

Betegcsoport	Betegszám	Esetszám	Elszámolt napok	Osztályos napok	Súlyszám	Ezer Ft
Stroke és neurológia összesen	60 413	72 699	498 517	505 156	65 754	9 591 844
Stroke	52 417	62 153	422 674	428 446	58 460	8 493 610
Epilepszia	3 588	3 891	22 904	23 092	2 741	399 285
Dementia	1 654	1 765	18 813	18 901	1 695	245 439
Idegrendszer gyulladáso s betegségei	271	324	3 218	3 225	369	54 346
Központi idegrendszer betegségei	159	221	1 561	1 846	19	37 932
Extrapiramidális rendszer betegségei	822	939	7 696	7 707	548	79 814
Neurodegeneratív betegségek	394	472	3 751	3 831	238	34 882
Sclerosis multiplex	1 588	1 879	10 656	10 685	1 009	147 494

Forrás: OEP adatbázis

A BNO-csoportok szerinti összesítésnek különösen fontos tanulsága a finanszírozott súlyszámok szerinti költségmegoszlás; a főbb neurológiai diagnóziskódokon belül stroke-kódon jelentik a finanszírozott ellátás 88,6%-át, a második leggyakoribb felnőttkori neurológiai kórkép, az epilepszia aránya a finanszírozás arányában 4,16%, ezt követi a sorban a demencia, majd a sclerosis multiplex, az extrapiramidális betegségek, a gyulladáso s idegrendszeri kórképek stb.

A hazai ellátás sajátosságaként, ha az ellátott betegségeket BNO-csoportok szerint, de az ellátó osztályok szakmakódjától függetlenül vizsgáljuk, a finanszírozási adatokban meglepő eredményre jutunk. A neurológiai ellátott esetek finanszírozott 9,5 milliárdos éves kiadásával és 72 ezres esetszámával szemben a neurológiai betegségkódokra ténylegesen kifizetett finanszírozás a neurológiai és stroke-osztályokon elszámolt összeg csaknem kétszerese, megközelíti a 18 milliárd forintot, míg az esetszám 1,77-szorosa, csaknem 130 ezer (4. táblázat). A finanszírozott ellátás 79,2%-a, több mint 14 milliárd forint, a stroke-ellátásban jelenik meg.

4. TÁBLÁZAT. Betegforgalom és finanszírozás BNO-csoportok alapján

	Betegszám	Esetszám	Súlyszám	Ezer Ft
Összes neurológiai betegség	96 889	128 549	123 136	17 917 528
Stroke	75 803	99 177	97 656	14 191 749
Epilepszia	7 467	9 567	6 280	924 353

Forrás: OEP adatbázis

A 3. és 4. táblázatból látható, hogy a jelenlegi neurológiai fekvőbeteg-ellátáson kívül, nem neurológiai vagy stroke-osztályokon kezelik a neurológiai kórképek 43,4%-át, amely tény az ellátásszervezés során figyelembe kell vennünk.

Az is nyilvánvaló, hogy a finanszírozás tekintetében ez az arány még nagyobb, a kedvezőbben finanszírozott neurológiai esetek kerülnek nagyobb valószínűséggel más szakmakódokon ellátásra (3., 4. táblázat).

IV.3.3.3.2. A magas szintű neurológiai ellátás átalakításának technológiai és humán erőforrás-kritériumai

Figyelembe véve azt a korábban ismertetett premisszát, amely szerint a neurológiai kórképek és stroke-betegek ellátása a betegségnek megfelelő speciális osztályokon

történjen, a kódolás részben tetten érhető anomáliáival visszakorrigált reális éves ápolási napok számát, minden progresszivitási szintet egybevéve 800 000/év ápolási napot tartunk reálisnak. Ezen belül a III. progresszivitási szintet igénylő esetek 1%-os becsült részaránya 8000 nap legmagasabb szintű, III. progresszivitási szinten indokolt ellátást valószínűsít, amelyet saját kisebb I., II. progresszivitási szintű ellátási kötelezettsége mellett kb. hat, III. progresszivitási szintű központ nyújthat, az 5. táblázatban részletezett feltételek teljesülése mellett (összehasonlításképpen a II. progresszivitású ellátó javasolt feltételrendszerét is tartalmazza a táblázat). A 6. táblázat ehhez kapcsolódóan a III. progresszivitási szint orvosi kompetenciáit, a 7. táblázat a járóbeteg-ellátás óraszámait részletezi.

5. TÁBLÁZAT. A tervezett II. és III. progresszivitású neurológiai ellátás kórházaszervezési, építészeti, orvostechnológiai és humán erőforrásra vonatkozó feltételrendszere

		Neurológia II.	Neurológia III.
Fekvő- és krónikusellátás	Szükséges ellátási terület (ellátottak száma, ezer fő)	150-300	1800
	Szakmai környezet (ellátáshoz szükséges társszakmák)	ITO, radiológia, központi laboratórium	ITO, (neuro)radiológia, intervenciós, fül-orr-gégészet, szemészet, kp. labor
	A szakma jelenléte az adott intézményben (önálló terület / konziliárius háttér)	Önálló terület	Önálló terület
	Szükséges minimális ágyszám	20-30	60-70
	Minimális orvosi létszámigény (10 ágynként - szakorvos, rezidens bontásban)	3 szakorvos 2 általános orvos	6 szakorvos 2 általános orvos, a 6. táblázatban szereplő kompetenciákkal.

Orvosi kompetenciaszint (jártasság - részletezett szakmák szerint)	neurológia	neurológia, stroke licencia neuroradiológia
Minimális ápolói létszámigény (10 ágyanként, szakápoló, segédápoló bontásban)	4 szakápoló 2 segédápoló	4 szakápoló 2 segédápoló
Egyéb szakdolgozó(10 ágyanként, megnevezve a munkakört)	Gyógytornász / 20 ágy	Gyógytornász / 10 ágy neuroradiológiai szakasszisztens
Szakdolgozói kompetenciaszint (jártasság szakma szerint)	-	
Technikai szükséglet (műtő, tornaterem stb.)	tornaterem	tornaterem
Diagnosztikai szükséglet (intézményi szint)	CT	MR, CT, DSA, röntgen, neurointervenció
Diagnosztikai szükséglet (szakmai szint)	ultrahang, mikroszkóp	neuroszonológia (Doppler-UH, TCD, látgrész-UH) neurofiziológia, neuropszichológia
Speciális épületigény (pl. helikopterleszálló, optimális kubaturaszükséglet)		Heliport
Ügyelet (folyamatos, rotációban váltott)	folyamatos	folyamatos

	Megjegyzés	Alapszakmák konziliáriusi jelenlétét kell biztosítani, ahol nincs az intézményben: kardiológia, sebészet, urológia, nőgyógyászat, pszichiátria, gyermekgyógyászat	Alapszakmák konziliáriusi jelenlétét kell biztosítani, ahol nincs az intézményben: kardiológia, sebészet, urológia, nőgyógyászat, pszichiátria, gyermekgyógyászat
Szakambulancia	Minimális orvosi rendelési óraszám (rendelési óraszám napi bontásban)	heti 24óra rendelés	heti 266 óra rendelés a 7. táblázatban szereplő bontásban
	Orvosi kompetenciaszint (jártasság szakma szerint)		
	Minimális ápolói létszámigény (szakápoló, segédápoló bontásban)	1 szakápoló	2 szakápoló
	Egyéb szakdolgozó	1 adminisztrátor	3 adminisztrátor
	Technikai szükséglet (műtő, tornaterem stb.)	tornaterem	tornaterem
	Diagnosztikai szükséglet (szakmai szint)	fekvődiagnosztikai szinthez hozzáférés	fekvődiagnosztikai szinthez hozzáférés
	Kötelező/ vagylagos a szakma jelenléte az adott intézményben	kötelező	kötelező
	Szükséges minimális óraszám	8 óra/nap	8 óra/nap
	Rendelkezésre állás (napszakok, napok bontásban)	5 teljes munkanap munkaidőben	5 teljes munkanap munkaidőben

6. TÁBLÁZAT. A III. progresszivitás szerinti ellátás orvosi kompetenciaszintjeinek részletezése

Szakmai kompetenciák	Minimális létszám
Általános orvos	2
Neurológus szakorvos	6
Pszichiáter szakorvos*	1
Rehabilitációs szakorvos*	1
Klinikai neurofiziológus*	1
Klinikai farmakológus*	1
Neuroszonológus**	2

*egyidejűleg más szakvizsgával is

**egy lehet neuroszonológus szakaszsztens

7. TÁBLÁZAT. A III. kompetenciaszint szerinti járóbeteg-ellátás óraszámainak részletezése tevékenység és szakorvosi/nem szakorvosi óraszámok szerint

	Szakorvosi óraszámok	Nem szakorvosi óraszámok	
Stroke és általános neurológia	80	10	
Epilepszia	30	30	
Fejfájás	16	20	
Neurofiziológia	30	0	
Otoneurológia	10	0	
Neuroszonológia	20	20	
TIA-ambulancia	20	20	
Összesen	186	80	266

TIA: tranziens ischaemiás attack

IV.3.3.3.3. A szervezeti egység helye az intézményen belül

Adott szervezeti egység helyét erősen determinálja a szakmán belüli specializáció. Ez mindig felveti az adott speciális terület önálló és független szervezeti egységként való kialakításának szükségességét, ugyanakkor mi a szakmán belüli és a szakmák közötti viszonyrendszerben a más szakmákkal való integrált kapcsolatot tartjuk a jövő szükséges fejlődési irányának tekintettel arra, hogy növekszik a specializált területek más szakmákra utaltsága (86).

A másik nagyon fontos determináció, amelyik a szervezeti egység struktúráját meghatározza a szakmán belüli szervezeti egységek között megvalósuló feladatmegosztás. Ez azt jelenti, hogy az adott szervezeti egység erőforrásainak – technológia, humánerőforrás – és kapacitásainak meghatározásakor tekintettel kell lennünk arra, hogy mi az amit elvárunk tőle, és miként illeszkedjen szakmán belül a többi ellátóhoz. Ennek a szabályozása jól definiálható feladatok esetén már megszületett például a stroke-ellátásban. A lengyel példa jól írja le az ellátó egységek ilyen jellegű differenciálásának szabályait – komprehenzív stroke-egységek, elsődleges stroke-egységek és stroke-ellátásra nem képes ideggyógyászati osztályok léteznek. Ezek a szervezeti egységek jól meghatározott ellátási kompetenciával rendelkeznek (87). Természetesen komplexebb szolgáltatási struktúrával rendelkező szervezeti egység esetén ez lényegesen bonyolultabb feladat.

A szervezeti egység felépítésére és a szükséges erőforrásaira is hatással van az a korábban is említett tendencia, miszerint a kórházi ellátások centralizálódnak, tehát a speciális képességgel rendelkező intézmények szervezeti egységei nagyobb kapacitásokkal kell, hogy rendelkezzenek és több, valamint súlyosabb esetet fognak ellátni (76, 88). Azaz több erőforrást kell számukra biztosítani, hogy kellő mennyiségű és hatékonyságú szolgáltatást tudjanak előállítani.

Részben ezt a tendenciát erősíti az egészségügyi ellátások intézmény-központúságának gyengülése (89, 90), ami az intézményen kívüli ellátások erősítésével, a kevésbé specifikus szolgáltatásokat telepíti ki a kórházakból.

Az adott intézmény és szervezeti egység kialakítása kapcsán számos olyan tényezővel is számolnunk kell, amelyek hatása csak középtávon érvényesülhet. Ezek a teljes ellátórendszer működését befolyásoló tényezők, melyek az ellátórendszer

tehermentesítését érhetik el. Ide tartozik az elkerülhető megbetegedések számának csökkentése, a jelenlegi ellátórendszer tehermentesítését végző olcsóbb ellátási formák és azok nyújtását biztosító struktúrák létrehozása és rendszerszintű bevezetése. Az ehhez szükséges humánerőforrás-képzés, a lakossági edukáció beindítása csak a jövőben képzelhető el, így a struktúra jelen időben történő leírásánál ezekkel nem számolhatunk, ugyanakkor struktúra jövőbeni optimalizálásához elengedhetetlenek.

IV.3.3.3.4. Tapasztalatok a magas szintű neurológiai ellátás tanulmányozása kapcsán

A fentiekben bemutatott munkánk során meghatároztuk, hogy Magyarországon a szükséges erőforrások rendelkezésre bocsátása mellett hat, III. progresszivitási szinten működő neurológiai osztály képes megfelelő mennyiségű és minőségű egészségügyi szolgáltatás előállítására. Ez biztosítja a kívánatos erőforrás-allokációt, ami szükséges a megfelelő minőségű szolgáltatás előállításához, és eleget tesz a betegbiztonsági szempontok teljesülésének. A meghatározott hathoz képest jelenleg Magyarországon 11, III. progresszivitási szinten működő neurológiai osztály van, 393 ágy kapacitással. Ennek a helyzetnek a fenntartása álláspontunk szerint már most is azt eredményezi, hogy a szervezeti egységek a megfelelő erőforrások hiányával működnek, és ennek következtében nem képesek a szükséges szolgáltatásokat optimális minőségben előállítani. Ez az állapot pedig indukálja az inadekvát, főleg alacsony progresszivitású betegellátást, és így betegelszívó hatással rendelkezik például a járóbeteg-ellátás tekintetében. A jövőben a relatív erőforráshiány fokozódni fog, és a status quo fenntartása a betegbiztonsági szempontok romlásával jár.

A fentiekben vázolt ágazati trendeket figyelembe véve látható, hogy a magas technológiai igényű szolgáltatások centralizációja szükségszerűen végbe fog menni. Az ágazat és azon belül az intézményi rendszer fejlődését meghatározó feltéltelrendszer kikényszeríti a szükségszerű változásokat, ami részben szakmai – specializáció, társszakmai szükséglet stb. – részben az egészségügyi szolgáltatások közszolgáltatás jellegéből fakadó szűkösség. Ez utóbbi alatt az állami vásárlóképességet jellemző szűkösségen túl a rendelkezésre álló humán erőforrás relatív hiányát és a speciális beavatkozások alacsony számából adódó gyakorlat- és kompetenciahiányt értjük. Szükségesnek tartjuk, hogy éppen ezért a szakma ne csupán a belső szakmai fejlődés

trendjeit, hanem a saját működési környezetét meghatározó ellátórendszer szükségszerű átalakulásából fakadó determinációkat is figyelembe véve pozicionálja magát a jövőben.

IV.3.3.4. Javaslat az intézménytípusok definiálására

A fenti tapasztalatokat is figyelembe véve az intézmények definiálásához a következő szempontok vizsgálatát tartom szükségesnek:

- Milyen szakmastruktúrával/szervezeti egységekkel rendelkezik az intézmény?
- Az intézményben lévő szakmák/szervezeti egységek milyen progresszivitási szinten dolgoznak és mekkora kapacitásokkal (elvárt szolgáltatási szint és mennyiség)?
- Az intézmény működése folyamatos vagy periodikus jellegű?
- Sürgősségi ellátást nyújt-e?
- Fekvő- és járóbeteg-ellátást is végez, vagy csak járóbeteg-ellátást?

Az intézmények definiálása során tekintettel kell lenni az intézmény belső struktúrájára – társszakmai környezet, technológia, kapacitások –, egyúttal az intézményi struktúra meghatározásakor szükségszerűen az intézmények közti együttműködést, feladatmegosztást is meg kell határoznunk. Ez biztosíthatja csak a rendszerszintű működés optimalizálását, ami a betegutak átláthatóságához és célszerű kialakításához is vezet.

Elvárás az izolált járóbeteg-szakellátást végző intézményekkel szemben, hogy homogén szakmastruktúrával rendelkezzenek, és értelemszerűen azonos progresszivitási szinten dolgozzanak. Jelenleg optimálisnak tekinthető szervezési szintjük 100-150 ezres populáció.

A fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátást egyaránt végző intézmények pedig az aktív fekvőbeteg-ellátáshoz integrált szakambulanciai szolgáltatást biztosítanak minimálisan abban a körben, ahol a fekvőbeteg-ellátást végzik, valamint integrált területi járóbeteg-szakellátó szolgáltatást is ettől független szakmai spektrumban.

Az intézményi, valamint az egyes szervezeti egységeire jellemző kapacitásokat az ellátandó populáció nagysága és a terület morbiditási jellemzői által meghatározott lakossági szükségletek determinálják.

A fekvőbeteg-intézmények típusait a 9. ábra mutatja.



9. ÁBRA. A fekvőbeteg-intézmények típusai

Forrás: a szerző saját ábrája

Az *omnipotens intézmények* a lehető legszélesebb szakmai spektrumban, minden szakmában magas progresszivitási szinten működnek, ennek megfelelő humán erőforrással és technológiával felszerelve. Az intézmény működése folyamatos, ami azt jelenti, hogy minden olyan szakmában, ahol felmerül a sürgősségi ellátás igénye, folyamatos szolgáltatást biztosít. (A folyamatos ellátás azt jelenti, hogy a törzsmunkaidőben végzett szolgáltatások mellett folyamatos sürgősségi ellátást végez az intézmény. Periodikus működés esetén az adott szervezeti egység vagy intézmény csak a törzsmunkaidőben nyújt tervezett ellátásokat. A kevert működési szolgáltatásokat – azaz a törzsmunkaidőben végzett tervezett szolgáltatások mellett bizonyos napokon sürgősségi szolgáltatások biztosítását intézményközi feladatmegosztásban – nem kívánatos működésnek tekintjük.)

A *pluripotens (átmeneti jellegű) intézmények* küldetése, hogy a tervezetten végezhető ellátások mellett a településszerkezet, illetve a mentés lehetőségei által meghatározott módon a sürgősségi ellátás hozzáférhetőségét biztosítsák a lakosság számára, valamint olyan szakmákban nyújtsanak sürgősségi ellátást, ahol arra a szolgáltatásra tömeges igény van. Tehát a pluripotens intézmények alapvetően tervezett ellátást végeznek, de meghatározott szakmai körben sürgősségi ellátást is nyújtanak, amivel biztosítják a

meghatározott időablakon belüli hozzáférést bizonyos szolgáltatásokhoz, másrészt pedig sürgősségi ellátások tekintetében tehermentesítik az omnipotens intézményeket. Az intézmény széles szakmai spektrumban működik, viszonylag magas progresszivitási szinten. Ahol sürgősségi ellátást végez, ott a magas progresszivitási szint elvárás. Azokban a szakmákban, amelyekben sürgősségi ellátást nyújt, a működése folyamatos, míg másokban, ahol csak tervezett ellátást nyújt, periodikus. Humán erőforrás-szükséglete a sürgősségi feladatot ellátó szakmákban magasabb, a tervezett ellátásokat végző területeken kisebb, és ez vonatkozik a specializált szaktudással rendelkező foglalkoztatottakra is.

Az alapszintű szakellátási szolgáltatást nyújtó intézmények szűkebb szakmai spektrumban és alacsonyabb progresszivitási szinten nyújtanak szolgáltatásokat. Sürgősségi ellátást nem végeznek, ezért működésük periodikus. Alacsony szintű technológiai és kisebb létszámú, speciális kompetenciával szükségszerűen nem rendelkező humán erőforrás szükséges a működésükhöz. A tömeges tervezett szolgáltatások tekintetében képes tehermentesíteni progresszív intézményeket.

A szakkórházak egy szakmában nyújtanak csak közvetlen egészségügyi szolgáltatást, amely specializált szaktudást igényel. Ezt teljes vertikumban – magas progresszivitási szinten – tudják biztosítani, tehát folyamatos működésű, progresszív intézmények is lehetnek, de a sürgős ellátást akár az omnipotens vagy átmeneti jellegű intézményekhez is telepíthetik, ez esetben működésük periodikus lesz. Olyan szakmák vonatkozásában működhet azonban csak szakkórház, amelyek képesek izolált működésre, azaz nem igénylik rendszerszinten társszakmák jelenlétét az intézményben, azokra csak korlátozott mértékben támaszkodnak, például konzulensként. A fentiekben túlmenően fontos megjegyezni, hogy szakkórházat olyan ellátásra lehet csak létrehozni, ahol a várható esetszám biztosítja a méretgazdaságos működés feltételeit.

A fenti intézmények struktúráját *szervezeti egységeinek* rendszere határozza meg. Ezek működésének összehangolása kapcsán érdemes megkülönböztetni az elsődleges és a másodlagos szolgáltatásokat:

- *Az elsődleges szolgáltatók* olyan szervezeti egységek, amelyek közvetlen egészségügyi szolgáltatást nyújtanak a szolgáltatást igénybe vevők számára.
- *A másodlagos szolgáltatók* közvetett egészségügyi szolgáltatást nyújtanak az elsődleges szolgáltató által meghatározott módon és körben az igénybe vevők

számára. A közvetett szolgáltatók ilyen módon a közvetlen szolgáltatást nyújtó szervezeti egység szolgáltatását támogatják.

Közvetlen szolgáltatónak tekintünk például egy kardiológiai vagy sebészeti osztályt, közvetett szolgáltatónak pedig a képalkotó diagnosztikát vagy a gyógytornaszolgálatot. A struktúra meghatározásánál a közvetlen és közvetett szolgáltató szervezeti egységek összhangjára kell törekednünk.

A reflektív egészségügyi ellátó alrendszer működését, az intézmények egymáshoz való viszonyát leíró *rendszer szabályozóknak* a következőket tekintem:

- Sürgősségi ellátást csak – szakmánként meghatározott szinten – magas progresszivitású szolgáltatás nyújtására képes intézmény, illetve szervezeti egység nyújthat, betegbiztonsági szempontok miatt.
- A betegutak részletezése nélkül le kell szögezni, hogy elsődleges betegszelekció a sürgősségi esetek vonatkozásában az intézményen kívül, vagy legkésőbb az intézmény sürgősségi osztályán történhet, felvételre pedig a beteg a megfelelő szolgáltatást nyújtó szervezeti egységgel kapcsolatban álló sürgősségi osztályon át, vagy direkt módon kerülhet. Amennyiben az adott intézmény nem tudja a szükséges szolgáltatást biztosítani, annak sürgősségi osztálya intézményen kívüli szolgáltatónak tekintendő az adott szolgáltatási szükséglet tekintetében.
- Adott szervezeti egység progresszivitási szintjén a számára engedélyezett legmagasabb progresszivitási szint értendő (de mindegyik alatta lévő szinten is nyújt szolgáltatást).
- Egy adott szervezeti egység működésének legmagasabb progresszivitási szintjén nyújt a legszélesebb populáció számára szolgáltatást, és minél alacsonyabb szintű ellátásról van szó, azt annál szűkebb populáció számára nyújtja.
- Adott szakmán belül a területen működő legmagasabb progresszivitási szinten dolgozó szervezeti egység felel a szakmai, módszertani feladatok ellátásáért (amennyiben meghatározásra kerül ilyen területi feladat.). Szakmán belül irányítási és kontrollfunkciót is betölthet ez a szervezeti egység.
- A struktúra optimális működésének feltétele, hogy a progresszív ellátások koncentrálhatóságának érdekében sürgősségi ellátást az omnipotens intézmények végezzenek teljes szakmai vertikumban. Rajtuk kívül az átmeneti intézmények látnak el ilyen feladatot, meghatározott – tömeges sürgősségi esetszámmal

rendelkező szakmák, illetve rövid időn belüli hozzáférést igénylő szakmák esetén – szakmai spektrumban és általában alacsonyabb progresszivitási szinten. A szakkórházak saját területükön biztosíthatnak sürgősségi ellátást.

- Tervezett ellátásokat minden intézmény biztosít a szakmastruktúrájának megfelelő vertikumban és progresszivitási szinten.
- Tervezett ellátások vonatkozásában a fekvőbeteg-ellátási szolgáltatást az intézmény szakambulanciáján keresztül lehet igénybe venni.
- A fent leírtak miatt a területi ellátási elv – döntően megbiztonsági szempontok alapján – eltérő szolgáltatókat jelenthet a sürgős és a tervezhető ellátások vonatkozásában, azonos progresszivitású szolgáltatás tekintetében.
- A reflektív intézményi hálózat a legmagasabb technológiai szükséglettel, valamint a legspecializáltabb szaktudással és jelenleg a legnagyobb létszámú humán erőforrás-szükséglettel rendelkező alrendszer. Ennek az alrendszernek a szolgáltatásai fajlagosan a legdrágábbak, ezért kapacitásait csak a szükséges mértékben szabad kiépíteni és fenntartani, nem célszerű más alrendszer feladatai körébe tartozó szolgáltatást nyújtania. Működését, ahol lehet, olcsóbb szolgáltatásokkal kell kiváltani.
- Az egyes intézmények struktúráját meghatározzák azok a szervezeti egységek, amelyek együtteseként az intézmény létrejött. Ezek az építőkövek, amelyek kialakítását viszont szakmai determinációk és lakossági szükségletek határozzák meg. Tehát a szervezeti egységek és az intézményi struktúra közötti kapcsolat tisztázása elengedhetetlen az optimális betegutak kialakítása és a hatékony működés elérése céljából.

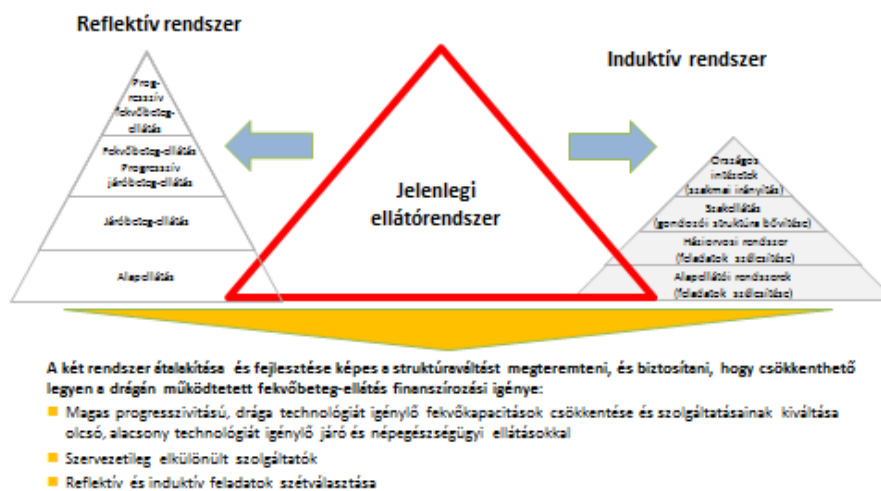
IV.3.4. Az alrendszerek működésének összehangolása

A jelenlegi ellátórendszerben a krónikus és az akut kórállapotok kezeléséhez szükséges szolgáltatások nem különülnek el, valamint preventív egészségügyi szolgáltatást csak korlátozottan végeznek. Ugyanaz az intézményrendszer nyújtja a két különböző típusú szolgáltatást, ami az alapellátásban – ahol a legalacsonyabb szintű (alap)szolgáltatásokra van szükség – célszerű. A krónikus kórállapotoknak megfelelő periodikus szolgáltatások csak szűk határok között valósulnak meg, ezért a tercier

prevenció rossz hatásfokú, sok az olyan akut kórállapot, amely elkerülhető lenne, és mindez terheli az intézményi rendszert. A két funkció összemosódása miatt gyakori, hogy az alacsonyabb progresszivitási szintű ellátást igénylő állapotok esetén is magasabb progresszivitási szintű szolgáltatást vesznek igénybe. Ennek eredménye, hogy fölöslegesen kell költséges kapacitásokat fenntartani, amelyek kiválthatók lennének olcsóbb ellátási formákkal.

A szükségleteknek megfelelő szolgáltatások a struktúra és működés átrendezésével biztosíthatók. A reflektív ellátórendszer tehermentesítése az induktív ellátórendszer oldaláról a fentieknek megfelelően két ponton valósulhat meg. Egyrészt elvonja az alacsony progresszivitású szolgáltatási igényt, másrészt pedig csökkenti az elkerülhető akut kórállapotok számát. A két különböző típusú ellátás szétválasztása, feladataik elhatárolása, valamint működésük összehangolása jelentős hatékonyságjavulást eredményezhet az ellátórendszerben.

A 10. ábra jól mutatja a két ellátórendszer viszonyát.



10. ÁBRA. A reflektív és az induktív ellátórendszer feladatainak szétválasztása

Forrás: a szerző saját ábrája

Az ellátórendszer tagolása, működésének adekvát meghatározása lehetővé teszi a szükségleteknek megfeleltethető szolgáltatási portfólió kialakítását, valamint a különböző intézmények, ellátási szintek és területek működésének összehangolását. Ennek eredménye, hogy az integrációval, illetve az esetmenedzsmenttel szemben az ellátórendszer a szükségleteknek megfelelő szolgáltatásokat állítja elő.

IV.4. Kockázatkezelés népegészségügyi összefüggésben

A népegészségügy feladata, hogy különbözőképpen definiált populációk, azon belül pedig az egyének egészségét védje és fejlessze, a betegségeket és fogyatékoságot megelőzze, illetve azok manifesztációt késleltesse. A népegészségügy interszektoriális, a társadalom valamennyi szférájára és rétegére építő tevékenység. A *globális betegségteher* vizsgálata során mára azonosíthatóvá váltak kockázati tényezők, amelyek felelőssé tehetőek annak alakulásáért. Ezek a kockázati tényezők egyre pontosabban meghatározhatók, kezelésüknek így egyre fontosabb szerepe van az egészségi állapot fenntartására irányuló népegészségügyi szolgáltatások meghatározásában (91).

A népegészségügyi szolgáltatásokat tehát folyamatos *kockázatmenedzsmentnek* tekinthetjük, részben a populáció, részben pedig az egyén szintjén. Klasszikus módozatait a *primer, szekunder, terciér prevenció* kategóriájába sorolhatjuk. A korábban leírt, a betegség kialakulásához vezető folyamat, a különböző rizikótényezők szerepe, egymáshoz való viszonya és a betegségtípusok értelmezése szükségessé teszi a prevenciók lehetőségei újraértékelését különböző kórképek és kockázati tényezők tekintetében is. Gyakorlatilag minden prevenciók kategória palettája jelentősen bővül, a betegségek etiológiájának és lefolyásának pontos feltárása során jól azonosítható beavatkozási pontok meghatározásával.

A különböző kockázati tényezők menedzsmentje igen eltérő módon történhet. A *közvetett kockázati tényezők*, a szocioökonómiai faktorok összetett módon és áttételesen az elsődleges kockázati tényezőkön keresztül fejtik ki a hatásukat. Maguk a hatások a társadalomban zajló, sokszor összetett folyamatok eredőjeként jelennek meg. Ennek megfelelően kezelésük az egyéntől távol, populációs szinten, integráltan valósulhat meg és lehet hatékony. Például az oktatás vagy a szociális ellátórendszer szolgáltatásainak

biztosítása társadalmi kérdés, és állami szintű szabályozást, erőforrásokat és szervezést igényel.

Az *elsődleges kockázati tényezők* szerepe is összetett, részint a közvetett kockázati tényezőktől való meghatározottságuk, részint egymással interferáló hatásmechanizmusuk miatt. Ennek következtében kezelésük döntően társadalmi – pl. szabályozással (dohányzásellenes törvény) – és populációs szinten – oktatással – történhet, illetve végül az egészségügyi ellátórendszer igénybevételével (dohányzásról való leszoktatás) egyéni szinten. A populáció szintű kockázatmenedzsment esetén az adott társadalmi csoportra jellemző kockázatok és azok gyakoriságának vizsgálata teremti meg a stratégia alapját (92).

Az egészségügyi ellátórendszeren belül az alapellátás szerepe ezen a területen hagyományosan kiemelt, és a feladatrendszerében a népegészségügyi szolgáltatások szerepe nő, itt jelenik meg az egyéni kockázatmenedzsment (93.) Vizsgálatok a közvetett és elsődleges kockázati tényezők kezelését *populációs szinten* tartják egyértelműen hatékonynak (94).

A *másodlagos kockázati tényezőket* elsősorban az egészségügyi ellátórendszer menedzseli *egyéni szinten*. A közvetett kockázati tényezőktől a primer kockázati tényezőkön át a szekunder kockázati tényezőkig csökken a populáció szintű, ezzel szemben pedig nő az egyéni szintű kockázatmenedzsment hatékonysága. Az egészségügyi ellátórendszer szerepe pedig az egyéni szintű kockázatmenedzsment irányába nő és a szekunder kockázati tényezők tekintetében már meghatározó.

IV.4.1. A kockázatok azonosítása, kockázati tényezők

A szervezet biológiai vagy az egyén mentális állapotát potenciálisan károsító hatásokat kockázati tényezőknek nevezzük. Csoportosításunk alapját hatásuk közvetlensége vagy közvetettsége, a szervezet biológiai állapotához való viszonya, hatásmechanizmusuk valamint kezelhetőségük módja határozta meg. Folyamatos vizsgálatuk, monitorozásuk lehetőséget teremt arra, hogy beavatkozási pontok azonosításával és egészségügyi szolgáltatások tervezésével populációs szintű egészségnyereséget érjünk el (95). A kockázati tényezők egymáshoz való viszonyának tisztázása, hatásmechanizmusuk vizsgálata és szerepük azonosítása (97) bizonyos megbetegedések kialakulásában

hosszú idő óta vizsgálatok tárgyát képezi. A kockázati tényezők pontos definiálása teszi lehetővé transzparens kezelésüket.

IV.4.1.1. Közvetett kockázati tényezők – az elsődleges kockázati tényezők okai

Közvetett kockázati tényezőknek (szocioökonómiai faktorok) tekintjük azokat a hatásokat, melyek önmagukban nem stresszorok, a szervezet biológiai állapotára közvetlenül nem hatnak, de az elsődleges kockázati tényezők, a stresszorok kialakulását eredményezik, ezen keresztül azok mértékére, erősségére hatnak (98). Hatásuk a stresszorokon, a primer kockázati tényezőkön keresztül érvényesül. Általánosságban elmondható, hogy a rosszabb szocioökonómiai státus, azaz több közvetett kockázati tényező e gyüttes előfordulása, általában több és erősebb elsődleges kockázati tényezővel társul, és nagyobb valószínűséggel vezet a biológiai állapot károsodásához. A szocioökonómiai státus és az egészségkárosodás között a kapcsolat közvetett, de világos és empirikusan alátámasztott (99). A szocioökonómiai státus nem egyértelműen társul bizonyos elsődleges kockázati tényezőkkel (100), viszont hatását tekintve az egész élettörténetnek jelentősége van, ugyanis a gyermekkori szocioökonómiai státusnak bizonyos hatásai csak későbbi életszakaszban érvényesülnek (101).

Szocioökonómiai faktorok például az alábbiak:

- kor,
- nem,
- etnikum,
- városi/vidéki lakhely,
- kultúra,
- vallás,
- képzettség,
- foglalkozás, foglalkoztatottság,
- jövedelem,
- társadalom berendezkedése/társadalmi szolgáltatások – jóléti szolgáltatásokhoz való hozzáférés: szociális szolgáltatások, oktatás, közművek, közlekedés stb.,
- országot sújtó háború.

Például a képzettség hiánya hatását közvetetten, de több módon is kifejti. Az alacsonyabb képzettségűek jövedelmi viszonyai rosszabbak, nehezen férnek hozzá bizonyos társadalmi javakhoz, szolgáltatásokhoz, táplálkozásuk rosszabb minőségű, bizonyos társadalmakban gyakoribb körökben a dohányzás, az alkoholfogyasztás, rosszabb körülmények között laknak, környezetük általában szennyezettebb stb. Látható, hogy egy közvetett kockázati tényező részben közvetlenül vezet elsődleges kockázati tényezők kialakulásához – nem megfelelő táplálkozás, higiéné vagy dohányzás –, részben pedig más közvetett kockázati tényezőkön keresztül hat az elsődleges kockázati tényezőkre, stresszorokra.

A közvetett kockázati tényezők hatása bonyolult, hatásuk más és más viszonyrendszerben eltérő lehet. Ennek megfelelően eredőjüket kell tekinteni. Hatásuk komplex módon, gyakran bonyolult áttételeken keresztül érvényesül.

IV.4.1.2. Elsődleges kockázati tényezők – a lehetséges utak a betegség kialakulásáig

A betegség az egészség elvesztése, az egészségi – biológiai, mentális – állapot károsodása. Ennek több útja lehetséges, amelyek során a szervezet biológiai állapotában, fenotípusában következik be változás stresszorhatásra; azaz kialakul a betegség.

A stresszorokat nevezzük elsődleges kockázati tényezőknek, mivel közvetlen kapcsolatban állnak a biológiai állapot károsodásával, a betegség kialakulásával. Három csoportba sorolhatjuk őket.

A *genetikai tényezők* a szervezet biológiai tulajdonságait befolyásolják veleszületett vagy szerzett módon (102). A genetikai tényezők (103) megváltoztathatják a szervezet biológiai tulajdonságait (daganatos transzformáció, policisztás vesebetegség stb.), vagy a szervezet stresszorokra adott válaszára hatnak, és adott esetben gyengítik a homeosztatiszikus egyensúlyát. Ezek az úgynevezett hajlamosító tényezők – pl. diabetes mellitus, hipertonia esetén –, azaz hatással vannak a szervezet egyéb stresszorokkal szembeni érzékenységére és akut állapotok ismétlődésére vagy akár a kezelés hatékonyságára is (104, 105). A genetikai tényezők szerepe és hatása különböző betegségekre jelenleg csak korlátozottan ismert, de az ismeretek bővülése a jövőben

várhatóan nagyon gyors lesz. A kutatások fő csapásirányát a népegészségügyi szempontból kiemelt betegségcsoportok jelentik (106, 107, 108).

A stresszorok következő csoportjába azokat a hatásokat soroljuk, amelyeket *az egyén a viselkedésével* (109) befolyásol. Ilyen, életmódbeli tényezők a táplálkozási szokások, testmozgás, dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószer-használat, higiéné stb. Ezek a tényezők – természetesen kölcsönhatásban a genetikai, illetve a külső, viselkedéstől független környezeti stresszorokkal – szintén a szervezet biológiai működésére hatnak és idézik elő a homeosztatisz egyensúly felborulását. A közvetett kockázati tényezők (szocioökonomiai faktorok) leginkább a viselkedéssel összefüggő stresszorokon keresztül hatnak az egészségi állapotra (110).

A harmadik csoportba az egyén viselkedésétől független, a *külső környezetből fakadó* tényezőket (111) soroljuk. A kutatások fókuszában a táplálkozással, illetve a környezetszennyezéssel összefüggő stresszorhatások állnak. Az egészségtelen táplálkozást több mint 40%-ban teszik felelőssé a nem fertőző betegségek jelentette betegségteherért (112). Idesorolható még a tiszta vízhez való hozzáférés, éhezés, baleset, fertőző betegség stb., melyek egy része epigenetikus tényezőkön keresztül hat, a „soft örökség” része, így a felmenő generációt érintve jelent veszélyt kockázatot (113).

A különböző elsődleges kockázati tényezők kategorizálása, besorolása nem egyértelmű, a környezetszennyezés hatása sok esetben az egyén magatartásától függ, pl. dohányzás, gépkocsihasználat stb., ugyanakkor ezeknek passzív szereplője is lehet, pl. passzív dohányos. A táplálkozás példáját véve pedig szegénység, illetve magatartási tényezők is vezethetnek a nem megfelelő mennyiségű és összetételű táplálék fogyasztásához.

A három különböző stresszor kifejtési hatását külön-külön, pl. baleseti sérülés vagy bakteriális fertőzés, esetleg kábítószer-használat során, de általában, különösen krónikus betegségek esetén, együttesen hatnak. Lehetnek domináns stresszorok, pl. elhízás tekintetében a viselkedésből fakadó kockázati tényezők, azonban itt is fontos szerepük lehet a genetikai kockázatoknak és a környezeti hatásoknak is (114, 115).

Az elsődleges kockázati tényezők egészségesekre és betegekre is hatnak. A fenotípust (a szervezet biológiai működését), és bizonyos esetekben a genotípust is megváltoztatják (pl. daganatos transzformáció). Amikor izoláltan csak a fenotípus változik – ilyen az akut kórállapotok egy része –, a homeosztatisz állapot az eredeti szintre kerülhet

vissza, pl. felső légúti hurutot követően. Kérdés azonban, hogy olyan krónikus betegség esetén, amelyben a gyengébb homeosztatikus állapot folyamatossá válik – arteriosclerosis, hypertonia, diabetes mellitus stb. –, csak tartós fenotípusváltozásról vagy a genotípust is érintő átalakulásról van-e szó. Ugyanakkor látjuk, hogy a genotípus változása minden esetben krónikus betegséget idéz elő.

Elsődleges kockázati tényezők:

- Genetikai faktorok (veleszületett/szerzett);
- Viselkedés által befolyásolható kockázati tényezők:
 - dohányzás,
 - alkoholfogyasztás,
 - kábítószer-használat,
 - egészségtelen táplálkozási szokások (pl. elégtelen zöldség-gyümölcs fogyasztás),
 - fizikai inaktivitás,
 - nem biztonságos szexuális szokások,
 - fogamzásgátlás hiánya.
- Környezeti hatások (viselkedés által nem befolyásolható):
 - rossz közegészségügyi viszonyok, nem megfelelő ivóvíz,
 - környezetszennyezés – lég-, talaj- és vízszennyezés (por, ólom stb.),
 - klímaváltozás,
 - foglalkozásból eredő kockázati tényezők – zaj-, légszennyezés, ergonómiai stresszorok, karcinogének, sérülési kockázat.

IV.4.1.3. Másodlagos kockázati tényezők – a szervezet kóros biológiai állapota

Másodlagos kockázati tényezőknek tekintjük azokat a stresszorhatásra kialakult fenotípusváltozásokat, amelyek gyengült homeosztatikus állapotok. Ilyen az elhízás, a hypertonia, a cukorbetegség stb. Ezek az állapotok lehetnek reverzibilisek; pl. az elhízás megszűnésekor a stabil homeosztatikus egyensúly helyreállhat, más esetekben viszont irreverzibilisek: gyengült homeosztatikus egyensúly állandósul, krónikus állapotok, pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, daganatos betegségek alakulhatnak ki.

Ezek az állapotok stresszorhatásra fokozottan érzékenyek, ezért megnövekedett kockázatot jelentenek az egyén számára. Újabb stresszorhatásra a már instabil homeosztatis állapot könnyebben kibillen egyensúlyából, ez részint az állapot romlásához, részint akut és újabb krónikus kórállapot kialakulásához vezethet. Ilyen állapot például a hipertóniában szenvedők esetén stroke kialakulása, a cukorbetegség látásromlása vagy érrendszeri szövődményei.

A másodlagos kockázati tényezők olyan fenotípusváltozásokat jelentenek, amelyek fennállása lehet hosszú távú vagy folyamatos. Különösen jelentősnek tarthatjuk az irreverzibilisen megváltozott biológiai működést, azokat a krónikus állapotokat, amelyekkel élethosszig együtt kell élni. Minden krónikus állapot, ami a szervezet biológiai működésének károsodásával jár, másodlagos kockázati tényezőnek tekinthető, mivel instabil homeosztatis állapotot tart fenn, ami fokozottan érzékeny a stresszorhatásra.

A kor előrehaladtával egyre nagyobb valószínűséggel érvényesítik hatásukat a különböző kockázati tényezők és alakul ki krónikus betegség. Ennek megfelelően egy krónikus betegség hajlamosító tényező újabb krónikus betegségek kialakulására, ami komorbiditáshoz, illetve multimorbiditáshoz vezet (116, 117).

Másodlagos (fenotípusból eredő) kockázati tényezők például:

- magas vérnyomás,
- magas vércukorszint,
- magas vérkoleszterinszint,
- csontritkulás,
- AIDS,
- vírushepatitis,
- hyperthyreosis,
- elhízás, túlsúly, magas BMI,
- alultápláltság stb.

A másodlagos kockázati tényezők jól mérhetők és azonosíthatók, éppen ezért a kezelésük könnyebb, mint a közvetett és elsődleges kockázati tényezőké. A krónikus állapot diagnózisa indítja el a másodlagos kockázati tényezők menedzsmentjét. Ennek köszönhető, hogy pl. a hipertónia kezelését tartják most a legfontosabb és hatékonyabb kezelendő kockázatnak (118).

IV.4.2.A kockázatok kezelésének szintjei, beavatkozási pontok – a primer, szekunder és terciér prevenció

A kockázatok azonosítása és kezelésük módszertana folyamatosan változik. A lehetséges beavatkozási pontok meghatározása és kategorizálása változatos képet mutat, és sok esetben az akció jellegű, eseti megoldások kerülnek előtérbe a rendszerszintűekkel szemben (119). Cél azonban, hogy rendszerszintű megoldások szülessenek populációs problémák kezelésére jól definiálható eredményelvárásokkal.

IV.4.2.1. Primer prevenció

Az elsődleges megelőzés azon tevékenységek összessége, amelyek a betegség kialakulását, azaz a szervezet homeosztázisának gyengülését akadályozzák meg. Célja a stresszorok hatásának kiküszöbölése, melyet a közvetett és elsődleges kockázati tényezők eliminálásával érhet el (120).

A primer prevenció sokrétű, interszektoriális működés, ugyanis a közvetett kockázati tényezők, és az elsődleges kockázati tényezők jelentős része döntően ágazaton kívüli eszközökkel befolyásolható, az egészségügyi ellátórendszer vagy a klinikai orvostudomány eszközeivel nem. A klinikai orvostudomány az elsődleges kockázati tényezők kezelését tudja részben megoldani, pl. a vakcinák használata, életmód-educáció stb. A jövőben a genetika és ahhoz kapcsolódóan a génterápia (121) területén várhatók olyan tudományos eredmények, amelyek a primer prevenció lehetőségeit tovább szélesítik. A primer prevenció egészségügyi ellátórendszeren belüli fejlődésének jövőbeni útját jelentheti a genomika prevencióba történő integrálása (103, 122).

IV.4.2.2. Szekunder prevenció

A másodlagos megelőzés a már kialakult betegség preklinikai stádiumban történő felfedezésére törekszik. A betegség korai felfedezésével (120, 123) a biológiai értelemben már károsodott szervezet állapota helyreállítható, vagy irreverzibilis változás, krónikus betegség esetén terciér prevencióval a szövődmények, illetve

fogyatékoság kialakulása megelőzhető, késleltethető. Ez *szűrővizsgálattal* történik. A szűrés ezenfelül lehetővé teszi a beteg izolációjával és kezelésével a fertőző betegség terjedésének megakadályozását, ami járulékos primer preventív hatásnak tekinthető. Ezt a szolgáltatást az egészségügyi ellátórendszer nyújtja a klinikai orvostudomány képességeire támaszkodva. A szűrés periodikus vagy random módon végezhető szolgáltatás, amit az egyén, illetőleg a populáció szempontjából releváns kockázati tényezők determinálnak.

IV.4.2.3. Tercier prevenció

A harmadlagos megelőzés a már kialakult krónikus kórállapot lefolyását érinti. Ilyenkor a szervezet biológiai működése károsodott és homeosztatikus egyensúlya instabil, a kórállapot gyorsabban vagy lassabban progrediál. A tercier prevenció az életfunkciók megőrzésére, a progresszió lassítására vagy megakadályozására, valamint a progresszió során kialakuló akut állapotok, szövődmények elkerülésére szolgál (120). Ez vonatkozik az átmeneti jellegű akut/krónikus és folyamatos krónikus betegségekre egyaránt. (Az átmeneti jellegűeknél a kuratív szolgáltatások mellett a gondozási támogatás is elengedhetetlen.)

A tercier prevenció a krónikus beteg biológiai állapotának folyamatos monitorozása, ami az egyensúly fenntartására és a stresszorhatások kiküszöbölésére irányul, azaz tevékenységébe integrálja folyamatosan a primer, meghatározott időben a szekunder prevenciót.

A krónikus megbetegedések egyre növekvő életszakaszt érintenek, ugyanis nő a gyermek-, vagy fiatal felnőttkorban kezdődő megbetegedések száma és aránya, amihez természetesen a felnőtt korosztály növekvő érintettsége társul (124). Nem kis részben emiatt folyamatosan nő a globális betegségteher (125), ami növekvő számú tercier preventív szolgáltatási szükséglettel jár.

A tercier prevenció területén végzett tevékenység várható (elvi) maximális hatékonysága kifejezhető jelen időben a krónikus állapotok akut szövődményeiként fellépő, elkerülhető akut kórállapotok számával. A krónikus betegségek akutan kialakuló szövődményeinek száma ugyanis függ a kialakult, manifesztálódott krónikus kórállapotok számától (emelkedő átlagéletkor növeli, hatékony primer, illetve szekunder

prevenció csökkenti), illetve a terciér prevenció hatékonyságától. Tehát a primer és szekunder prevenció megelőzi a krónikus betegség kialakulását, a terciér prevenció pedig a krónikus kórállapot talaján kialakuló, akut szövődmény megelőzésére alkalmas. Ez a mérőszám jellemzi az induktív intézményi hálózat várható hatékonyságát, és alkalmas valós idejű gyakorlati hatásának mérésére.

IV.4.3. Kockázatkezelés a populáció és az egyén szintjén

A kockázatmenedzsment során szükségessé váló szolgáltatások előállítását is a források szűkössége jellemzi, ezért priorizálni kell azokat, mégpedig azoknak a fókuszterületeknek a meghatározásával, amelyek megfelelő kezelésével a leghatékonyabban mérsékelhető a társadalom betegségterhe. Az Egyesült Államokban a megelőzhető halálozásnak már 85%-a a hatékony kockázatmenedzsmentnek köszönhető (92).

A rizikófaktorok jellemzőek lehetnek mind egy adott populációra, mind az egyénre. A rizikófaktorokat lehet kezelni társadalmi és kisebb közösségek szintjén, melyekre a kockázati tényezők hasonló összetétele és hatása jellemző (126). A világ különböző területein, de adott társadalmon belüli csoportokat is eltérő kockázatoknak megfelelő, eltérő populációs betegségteher jellemez (91). Az utóbbi években mind globálisan, mind regionálisan a változó epidemiológiai kép a kiegyenlítődés jeleit mutatja, ami a kockázatok hasonló változásának köszönhető (127). A globalizáció miatt terjedő fizikai és kémiai ágensek hasonló kockázatot jelentenek a magas, illetve közepes és alacsony jövedelmű országokban egyaránt, ami a daganatos betegségek előfordulásának kiegyenlítődése felé vezet (128). Ez azonban azt is jelenti, hogy azonos kockázatkezelést is igényelnek. A kockázati tényezők azonosítása, rangsorolása, az általuk okozott betegségteher mérése – halálozás, korai halálozás stb. – és a hozzájuk kapcsolódó beavatkozási lehetőségek és azok költséghatékonysága folyamatos vizsgálatok tárgyát képezi (129).

A populáció szintű kockázatkezelés alapja a közösségek megfelelő definiálása, a megfelelő kockázati tényezők kiválasztása és összehasonlítása. Különböző országok, társadalmak, különböző társadalmi csoportok kockázatai igen eltérő képet mutatnak (130), ugyanakkor például magas jövedelmű országok szegény populációi hasonló kockázatokkal és epidemiológiai mutatókkal rendelkeznek, mint a szegény országok

lakosai (131). Magasabb jövedelmű országok speciális populációira is sokszor hasonló epidemiológiai mutatók jellemzők, mint az alacsony vagy közepes jövedelemmel rendelkező országok társadalmaiban. Ilyen például a fejlett országok hajléktalanpopulációjára jellemző epidemiológiai kép, amely sok tekintetben hasonlít a szegény országok társadalmait jellemző képre, de speciális kockázatok – alkoholfogyasztás, kábítószer-élvezet vagy genetikailag örökletes pszichiátriai betegségek – miatt mégis attól jellegzetes eltéréseket mutat (132). A költséghatékonyság szempontjai miatt kiemelten fontosak a jelentős betegségterhet képviselő kórképek (133).

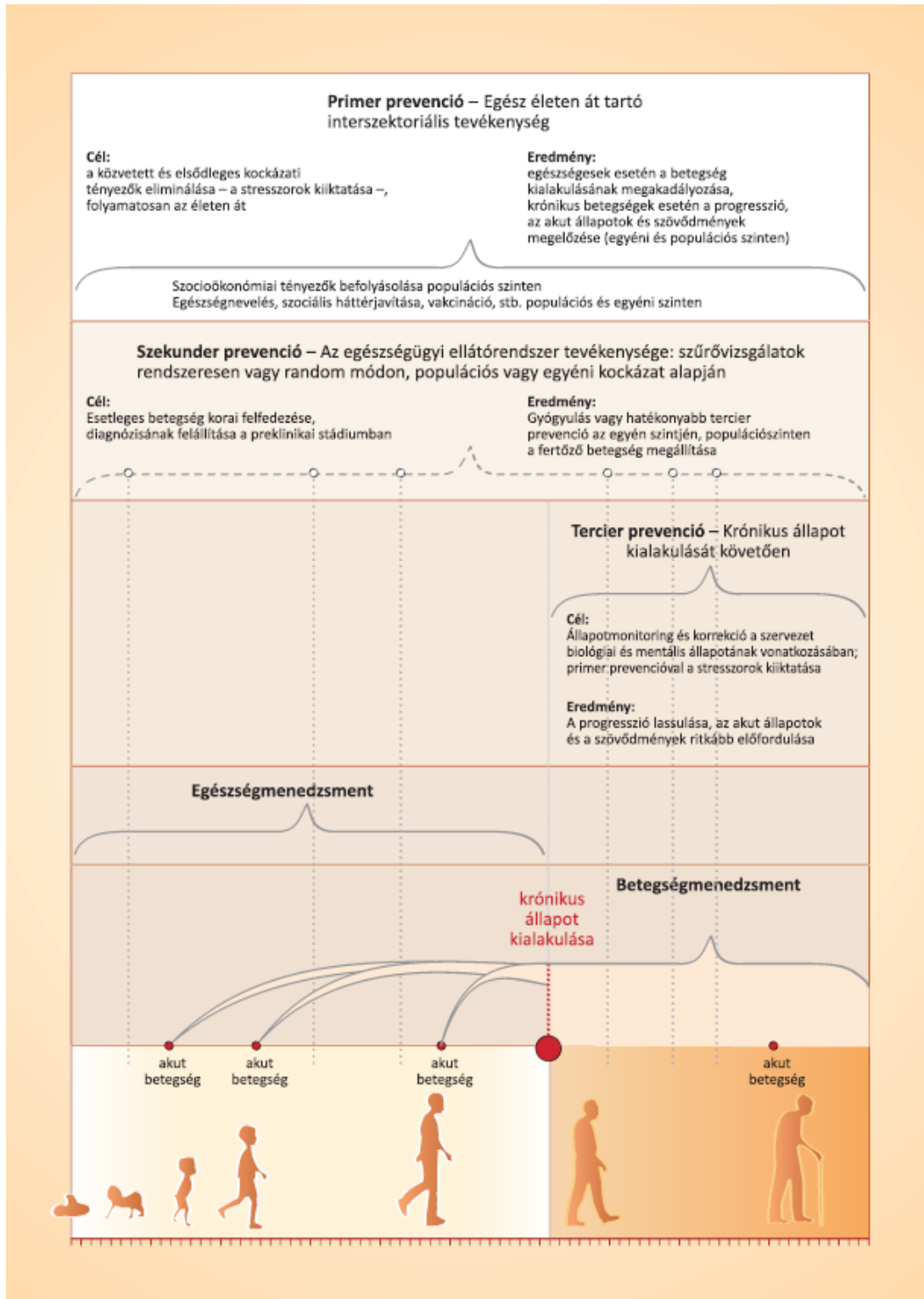
A kockázatkezelés következő fontos eleme a populációból, mint statisztikai entitásból az érintett egyének kiemelése és azonosítása (92). A hatékony kockázatkezelés elsődlegesen populációs szintre fókuszál, és azt követően jelenik meg egyéni szinten, mert a csak egyéni szintű kockázatkezelés hatékonysága rosszabb (134). Optimálisnak tehát a kockázatkezelésben a populációs-egyéni szekvencia tekinthető (135). A populáció egészségi állapotának javítására irányuló célkitűzések eléréséhez *evidenciákon alapuló stratégiák* szélesebb körű alkalmazása javasolt (136).

A közvetett, primer és szekunder kockázati tényezők *azonos csoporton belüli összehasonlítását*, a populációs betegségteher kialakulásában betöltött szerepének vizsgálatát tartjuk indokoltnak (137), ugyanis a betegség kialakulásában betöltött szerepük csoportonként jelentősen eltér, így másként is kezelendők.

A jövőben várhatóan felértékelődnek azok a gyakorlatok, amelyek képesek a klinikai szolgáltatási igények növekedését megállítani vagy lassítani, ezzel pedig az ellátórendszer fenntarthatóságát javítani azáltal, hogy a költségeinek növekedését visszafogják (138). Ennek része, hogy a fejlett ipari társadalmakat jellemző elöregedés problémájának kezelésére egyre inkább előtérbe került az egészségfejlesztés és az öngondoskodás, ami csak úgy éri el célját, ha a megfelelő kockázatok kezelésére és kiiktatására törekszik (139).

IV.4.4. Egészség- és betegségmenedzsment

A népegészségügyi szempontú kockázatmenedzsment tehát folyamatos kockázatkezelést jelent (*11. ábra*) (140).



11. ÁBRA. Folyamatos kockázatmenedzsment

Forrás: a szerző saját ábrája (140)

Ez a közvetett kockázati tényezők kezelésével kezdődik, ami részint kiiktatásukat, részint hatásaik kompenzációját jelenti. A közvetett kockázati tényezőket csak több, a szocioökonómiai státust meghatározó paraméter együttes megváltoztatásával lehet hatékonyan kezelni (100). A betegség kialakulását eredményező, elsődleges kockázati tényezők kezelésével a betegség kialakulásának közvetlen megakadályozása a cél. Eddig a kockázatmenedzsment a szervezet biológiai károsodásának, a betegség kialakulásának megakadályozását célozta, tehát primer prevenció eszközeit használta.

Az utóbbi időben felértékelődött a kockázatmenedzsment azon szakasza, amikor az egészségi állapot megőrizhető vagy helyreállítható – egészségmenedzsment –, mivel ezen a területen a kockázatmenedzsment hatékonyabb, jobb költség-haszon mutatóval rendelkezik populációs szinten (141). A kockázati tényezők összetétele folyamatosan változhat különböző közösségekben, és így az egyének szintjén is, ezért azok populációs szintű monitorozása és egyéni szintű nyomon követése szükséges. A különböző társadalmakban és közösségekben a hagyományos kockázati tényezőket folyamatosan újak váltják fel (142).

A következő fázisban a kockázatmenedzsment a már kialakult betegség esetén a szekunder és terciér prevenció eszközeit és gyakorlatát, azaz a klinikai orvostudomány alkalmazását jelenti, ekkor már betegségmenedzsmentről beszélünk.

A primer prevenció eszközeinek használata azonban a betegség kialakulásával nem szűnik meg, hanem részint önállóan, részint a terciér prevencióba épülve a gondozás részeként folytatható, hiszen a komorbiditás – amikor a kialakuló betegségek egymás következményeiként jelennek meg (116) –, vagy a multimorbiditás – amikor különböző betegségek egymás mellett állnak fenn (117) – szintén stresszorhatásra alakul ki, megsokszorozva az egyéni és ezen keresztül a társadalmi betegségterhet. Krónikus betegségek okozta legnagyobb betegségterhet pedig azok akut fázisai, illetve szövődményei jelentik (143, 144, 145).

A szekunder prevenció, eltérően a primer és terciér prevenciótól, nem folyamatos jellegű, hanem periodikus vagy random módon nyújtott szolgáltatás. Indokoltságát az egyént és a populációt érintő kockázati tényezők határozzák meg, tehát krónikus betegség (másodlagos kockázati tényező) vagy annak már lezajlott szövődménye (146, 147) jelenti a kockázatot, ami az egyén esetén indokoltá teszi a szekunder prevenció

alkalmazását, pl. arteriosclerosis a stroke, illetve akut myocardialis infarktus tekintetében (146).

A tercier prevenció folyamatos tevékenység, a biológiai működés monitorozásából és annak korrekciójából, valamint a stresszorok hatásának kiküszöböléséből áll, azaz a klinikai tevékenységhez csatlakozó, primer preventív szolgáltatásokból felépülő integrált szolgáltatás.

Az általunk népegészségügyi feladatként definiált folyamatos kockázatmenedzsment a születéstől, a halálig tartó folyamatos tevékenység, ami az egészségmenedzsmenttel kezdődik, a primer prevenció eszközeit használja a közvetett és elsődleges kockázati tényezők kiküszöbölésére, amivel a szervezet biológiai állapotának károsodását, a betegség kialakulását akarjuk megelőzni. A betegségek kialakulásával belép mellé a betegségmenedzsment, ami kockázattól függő időben és számban a szekunder, illetve krónikus állapotok esetén tercier prevenció eszközeivel egészül ki. Ezen tevékenységek során integrálja a különböző területek szolgáltatásait, beleértve a klinikai orvostudományét is, a populáció, illetve az egyén igényeinek megfelelően. A kockázatmenedzsment tehát komplex folyamat, amely a primer, szekunder és tercier prevenció eszközeit alkalmazza, gyakorlata országonként jelentős különbségeket mutat. A kockázatkezelés gyakorlatában jelenleg nagyobb különbségek vannak, mint a kockázatokban (148).

V. MEGBESZÉLÉS

A fent ismertetett eredményeimet a hipotézisek pontjainak megfelelően foglalom össze.

Ad 1.

Az egészségügyi ellátások beépülése az állam által ellátott közfeladatok közé fokozatosan ment végbe a XVIII. századtól. Az állam a jóléti cél által vezérelten avatkozott be a gazdasági folyamatokba, azokat úgy szabályozva, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat hozzáférhetővé tegyék a társadalom tagjai számára. Az egészségügyi szolgáltatások olyan közjóságok, amelyek a széles tömegek számára megfizethetetlenek, ezért előállításuk és megvásárlásuk az állam részéről döntéseket igényel.

Az állam a három funkció fokozatos egymásra építésével érte el, hogy az egészségügyi szolgáltatások közfeladatként beépüljenek az állami feladatrendszerbe. Ebben a folyamatban az államnak egyre erősebb bürokratikus koordinációt kellett alkalmaznia az egészségügyi szolgáltatások piacán, és egyre aktívabb szereplőként kellett megjelenni. Az állandó eszköz az állam kezében a szabályozás volt, ez volt értelemszerűen a folyamat eredője és erre épült rá a piacon a vásárlói és a szolgáltató szerep, mely a folyamatok későbbi szakaszában meghatározóvá vált.

Ad 2.

Az egészségügyi szolgáltatások tekintetében a hozzáférést a fizetőképes kereslet bővítésével tudta az állam elérni. Az állami beavatkozás célja a gazdasági hatékonyság és társadalmi jólét együttes megvalósulásának elősegítése, igazságosság és méltányosság elvének támogatása, gazdasági stabilitás fenntartása. Ennek megfelelően a fizetőképes kereslet bővítésével egy kényes egyensúly fenntartását is meg kellett valósítani, ezért a szolgáltatásvásárlásra fordítható eszközök csak fokozatosan bővíthettek illetve válhattak az államháztartás részévé. Az államháztartáson belüli eszközökkel sikerült elsősorban stratégiai célú vásárlásokat megvalósítani és ezek eredményezték ágazat hatékonyság javulását. Gondolunk itt kezdetben a hatósági-orvosi és közegészségügyi, illetve népegészségügyi szempontból kiemelt feladatokra. Az államháztartáson kívüli eszközök alkalmazásával, az egyéni vásárlóképesség helyettesítése valós vásárlóképességgel képes volt az elsődleges cél teljesítésére, azaz az egészségügyi piacon a szolgáltatásvásárlás bővítésére és a szolgáltatásokhoz való

hozzáférés javítására, de hasznosulása gyengébb volt. Utóbbi esetben az egyéni igények erőteljesebb érvényesülése miatt kevésbé fedték le a társadalmi szükségleteket, amelyet az állam megfelelő szabályzókon keresztül csak korrigálni tudott. (Nem hatékony egészségügyi például ápolási szolgáltatást vásároltak szegényellátás során.) Ebben az értelemben tehát a közvetlen államháztartási források felhasználása egészségügyi szolgáltatásvásárlásra hatékonyabban szolgálta az össztársadalmi jólét megvalósításának célját.

Kockázatközösség definiálása csak akkor éri el a célját, ha ténylegesen javítja a vásárlóképeséget. Ez a család esetében nagyon rossz hatásokkal valósult meg, és a közigazgatási egységek esetén is csak megfelelő forrásteremtéssel és korlátozott körben vált működőképesé. Leghatékonyabb az a kockázatközösség ahol jövedelem keletkezik – cég, vállalat, ipari- és kereskedelmi ágazat. Az állam az össztársadalmi hatékonyság növelése érdekében igyekezett a vásárlói magatartásukat szabályozni, megfelelő korlátok és ösztönzők beépítésével - 1927 XXI. Tc. pontosan definiálja a feladatukat – azonban piaci jelentőségüket így sem működésük jó hatásfoka jelentette, hanem az egészségügyi piacon általuk elért kumulált vásárlóképeségben növekedés.

Szolgáltatóként való állami szerepvállalás hasonló tendenciát mutat. Itt is az állam piacra történő belépése a stratégiai szempontból kiemelt célok megvalósítását szolgáló, legnagyobb társadalmi hasznot jelentő szolgáltatások spektruma volt. Mária Terézia által alapított tisztiorsvosi szolgálattól, a népegészségügyi ellátókon – Zöldkeresztes Egészségügyi Mozgalom, gondozók – át a jelentős háttérintézményekig – Pasteur Intézet, OKI – az állam a legjelentősebb társadalmi hasznot eredményező szolgáltatásokat biztosította. Az állam által létrehozott szolgáltatók részint az általuk létrehozott szolgáltatások, részint az ellátórendszeren belül betöltött szerepük miatt is a leghatékonyabb strukturális elemet jelentették az ellátórendszerben, kezdetben a primer prevenció, majd a terciér prevenció eszközeivel és kevésbé a kuratív medicina eszközrendszerét használva.

Megfigyelhetünk bizonyos tendenciákat az állami szerepvállalás átalakulása és az egészségügyi piac szabályozása kapcsán. Mind finanszírozás, mind az ellátás szervezés vonatkozásában egyre nagyobb populációhoz rendeli a feladatot – például szolgáltatásvásárlás tekintetében: község, megye, országos alapok, Országos Betegápolási Alap. Az egészségügyi feladatok fokozatosan válnak ki és különülnek el.

Az egészségügyi ellátórendszer – egészségügyi intézmények és a gyógyításban részt vevő személyek és szervezetek rendszere – egy folyamatosan változó rendszer, ami optimális esetben az orvostudomány és a technológia adott fejlettségi szintjének leképezése, ami másrésztől megfeleltethető a populáció morbiditási jellemzői által meghatározott igényeknek. Az egészségügyi ellátórendszerek kialakulása folyamatosan ment végbe, elsősorban az orvostudomány fejlődése által meghatározott úton. Az egészségügyi ellátórendszereknek ennek megfelelően struktúrájában és működésében változó rendszereknek kell lennie. Ezek a rendszerek azonban mindig eltérnek az optimumtól, melyek oka azonban, hogy tapasztalataink szerint jelentős ellenállást fejtenek ki a változásokkal szemben, valamint kialakításuk szempontrendszere nem szabályozott, a kialakításukhoz szükséges szempontrendszer nem lefektetett. Ennek következtében az egészségügyi ellátórendszerek kialakításának kritériumrendszere sok esetben nem, vagy csak részben került lefektetésre, ami részben szabályozatlan, spontán fejlődéshez vezetett. Ezért mindig különbség van az aktuális állapot és az adott helyzetben optimális struktúrával és kapacitásokkal rendelkező ellátórendszer között. Ez különösen azért jelent problémát, mert az egészségügyi szolgáltatások piaca nem szabad piac, és rá a közjóságok piacának jellemzői érvényesek. Azaz az állam erős regulációval, a verseny korlátozásával, illetve a gazdasági szereplők piaci feltételeinek hatósági, kormányzati befolyásolásával, a bürokratikus koordináció eszközeit alkalmazva irányítja az egészségügyi szolgáltatások piacát. Éppen ezért a piac, vagy adott piac működését meghatározóan érintő terület nem vagy alulszabályozása rossz vagy rossz hatásfokú működéshez vezet. Az állami reguláció célja egyértelmű, hogy társadalmi jólétet növelje, vagy a jólét romlását mérsékelje, azaz a társadalom részéről felmerülő szükségleteket a lehető leghatékonyabb módon támogassa. Az állami szabályozás hiánya itt értelemszerűen a piac működésében egyéb ösztönzők megjelenésének adhat teret, ami az állami célrendszer megvalósulását rontja.

Ad 3.

Az orvostudomány fejlődése lehetővé tette a betegségek pontos megismerését, mely megalapozta diagnosztikájukat, patomechanizmusuk feltárása pedig lehetővé tette megelőzésüket, gyógyításukat, progressziójuk lassítását. Ennek következményeként az epidemiológiai viszonyok jelentősen átalakultak ez elmúlt két évszázadban. Sikerült felszámolni a nagy járványokat, megelőzni illetve gyógyítani a fertőző betegségek

jelentős részét, melyek felelősek voltak a megelőző korok fiatalkori halálozásáért. Előtérbe kerültek a krónikus betegségek illetve azok szövődményei. A kórképek patomechanizmusának pontosabb megismerése lehetővé tette a beavatkozási pontok megismerését és azonosítását – nem csupán empirikus megfigyelésekre támaszkodva – melyek segítséget nyújtottak a preventív szolgáltatások elterjedésében, a kuratív eljárások mellett. Mint láttuk a vizsgált időszak alatt az epidemiológiai kép teljesen átrajzolódott, bizonyos betegségek megszűntek, mások előfordulása csökkent, ismét mások gyógyíthatóvá váltak és ennek következtében a születéskor várható élettartam jelentősen emelkedett. Azonban az orvostudomány ismereteire alapozottan működő kuratív és preventív medicina arányai folyamatosan változnak és a különböző egészségügyi ellátórendszerek szolgáltatásai között ezek nem mindig optimális arányban reprezentáltak. Az első időszakban a kuratív medicina még nem volt hatékony, emiatt a primer prevenció került előtérbe, ami a rendszer működésének határfokát jelentősen javította. A második időszakban a primer prevenció tudományos alátámasztottsága erősödött, megjelent a szekunder prevenció, a krónikus betegségek ellátására pedig kialakították a terciér preventív szolgáltatásokat. Ebben az időszakban a kuratív medicina és a diagnosztika alapvető átalakuláson ment keresztül, számos kórkép diagnosztikája vált lehetővé és hatékony kuratív eljárásokat fejlesztettek ki. Ennek megfelelően a kuratív medicina szerepe felértékelődött, amellet, hogy az ellátórendszer hatékony preventív szolgáltatásokat is kialakított, mint nálunk a Zöldkeresztes Egészségvédelem, a gondozók. A harmadik korszakot jellemezte és jellemzi az orvostudomány minden eddiginél gyorsabb fejlődése. Ennek fő területe a diagnosztika és a gyógyítás területe volt, magas szintű technológiájú eljárások kerültek bevezetésre minden területen és a specializáció is erősödött. A technológiai robbanás azáltal, hogy jelentős hatékonyságjavulást tudott elérni a kuratív medicina területén a kuratív/preventív medicinai szolgáltatások egyensúlyának felborulását eredményezte. A preventív medicinai szolgáltatások közül a primer prevenció sínylette meg ezt a legkevésbé, ugyanis az életmódbeli tényezők és környezeti hatások szerepének vizsgálata és befolyásolása fő irányát képezi a vezető népegészségügyi tendenciáknak. A magyar egészségügyi kormányzat is ezen a téren ért el jelentős eredményeket a dohányzás elleni törvénnyel (149) és az egészséges táplálkozást ösztönző népegészségügyi termékadj (150) bevezetésével.

A második korszakban megjelent szekunder prevenciós szolgáltatások nem fejlődtek tovább, és nem épültek be az ellátórendszer konvencionális szolgáltatásai közé, sem az alapellátás, sem a járóbeteg-szakellátás területén. Nem alakult ki adekvát populációszelekció, kockázatelemzés, így csak a teljes populációra értelmezhető és költséghatékonyan végezhető méhnyakrák- és emlőrákszűrések kerültek be a magyar lakosság számára hozzáférhető szekunder prevenciós szolgáltatások közé.

A legjelentősebb elmaradás a tercier prevenciós szolgáltatások körében tapasztalható, ugyanis a jelenleg legnagyobb társadalmi betegségterhet képviselő, krónikus nem fertőző betegségek tekintetében ez az a szolgáltatás, amelyre a legnagyobb igény jelentkezik. A második epidemiológiai korszakban kialakított szolgáltatások mind alapellátás, mind szakellátás területén elsovadtak, és jelenleg ehhez a típusú szolgáltatáshoz csak sporadikusan, és nem a rendszer működéséből fakadóan lehet hozzáférni. Itt szükségszerűnek tartjuk az ellátórendszer működésének adaptációját, amit az egészségpolitika jelenleg sajnálatos módon nem érzékel.

Ad 4.

Az egészségügyi ellátórendszer klinikai szolgáltatásainak vizsgálatokor láthattuk, hogy a kórházban nyújtható, a kor technológiai fejlettségéhez mérten korszerű szolgáltatások egyértelmű prioritást jelentettek az ellátórendszerre jellemző szolgáltatási portfólió kialakításakor. Ezzel párhuzamosan érzékelhető volt az a folyamatos hiány, amely a társadalmi szükséglet és az ellátórendszer által kibocsátott szolgáltatások közötti különbségből adódott. Ennek legegyszerűbb példája a XX. század első felében, hazánkban jelzett tüdőgyógyászati kapacitás – ágyszám – hiány a tuberkulózis okozta jelentős társadalmi betegségteher miatt. Az ekkor jelentkező hiány indukálta az alacsony progresszivitású, olcsóbb, preventív típusú szolgáltatások bevezetését – tüdőgondozók megjelenése 1907-től –, melyek hatékonyan tehermentesítették a fekvőbeteg-ellátást végző kórházakat. A gondozói szolgáltatások ekkor már hatékonyan ötvözték a primer, szekunder és tercier preventív típusú szolgáltatásokat, és ezzel érdemben tudták csökkenteni a kórházi ellátással szembeni társadalmi szükségletet. Ehhez hasonló folyamat ment végbe a XX. század elején két másik, nagy társadalmi betegségterhet jelentő betegcsoport, a nemi betegségek és a pszichiátriai betegségek esetén. Ez a tendencia azonban nem tudott folytatódni, mivel az ágazatban végbement technológiai robbanás ismét a kórházakban nyújtott, magas progresszivitású

szolgáltatások fejlesztését helyezte előtérbe és a preventív típusú szolgáltatások nem, vagy csak minimális mértékben fejlődtek ebben az időszakban. Erre az időszakra jellemző, hogy az egészségügyi kiadások a fejlett ipari országok többségében a GDP-t meghaladó mértékben nőttek.

Az 1980-as évektől zajló egészségügyi reformok háttérében az a szándék állt, hogy az addig folyamatosan növekvő egészségügyi kiadások növekedési ütemét lassítsák, illetve szinten tartsák, és az állami költségvetésen belül az egészségügyi feladatok reprezentációja ne növekedjen. Ennek a problémának a kezelését úgy kellett megoldani, hogy a társadalom egészségügyi szolgáltatási igényei mind objektív, mind szubjektív értelemben kielégítést nyerjenek. Tehát a szolgáltatásokat ne csak társadalmi hasznosságuk okán, hanem a társadalom által támasztott, sokszor szubjektív szempontok alapján is igénybe vehessék. Ennek a kritériumrendszernek igyekeztek megfelelni, az ekkortájt kezdődő reformfolyamatok.

A periodikusan jelentkező gazdasági válságok azonban rávilágítottak arra, hogy az egészségügyi kiadások, más állami vásárlásokhoz hasonlóan nem nőhetnek korlátlanul, sőt, szűkösség jellemzi a vásárlói képességet. Ez vezetett az egészségügyi piac és az ellátórendszerek vizsgálatához, és elindult az a folyamat, amelyet sokszor reformnak vagy átalakításnak neveznek. Ez a folyamat gyakorlatilag az egészségügyi piac minden részét vizsgálat alá vette, és ennek köszönhetően a szolgáltatási portfólió is felülvizsgálatra került.

Ad 5.

A technológiai fejlődés ennek megfelelően új fókuszot kapott, és már nem csupán az intézményeken – kórházakon – belül előállítható, magas progresszivitású szolgáltatások előállítását támogatták, hanem az intézményeken kívül előállítható, alacsony progresszivitásúakét is. A preventív típusú szolgáltatásokat támogató technológiák terjedése széles körben lehetővé tette, hogy az egészségügyi szolgáltatások jelentős részét az intézményeken kívül állítsák elő. Ez a folyamat eredményezte azt a változást, hogy a kórházakban a magas technológiai igényű, progresszív szolgáltatások jelentős koncentrációja ment végbe. Alacsonyabb esetszám és magasabb szintű technológiai igény, illetve humánerőforrás-kompetencia értelemszerűen kevesebb intézményt tesz szükségessé, ahol ezeket a szolgáltatásokat előállítják. Ez egy szükségszerű igény, mivel a kompetencia a szervezeti egység és az egyéni szintjén is csak megfelelő

gyakorlat, ellátott esetszám birtokában biztosítható. Ezzel párhuzamosan természetesen a betegség-összetétel is jelentősen átalakult a kórházi szolgáltatások között.

Ad 6.

A klinikai típusú egészségügyi szolgáltatások koncentrálódása az egészségügyi intézmények, kórházak strukturális revízióját és átalakítását tette szükségessé. Tehát a döntően reflektív típusú szolgáltatások számának növekedése, esetszámának viszonylagos alacsony szinten való beállása szükségessé tette az intézményi koncentráció mellett, az intézmények strukturális és működési szabályozását. Megfelelő szabályozás nélkül a betegutak rendezetlenek lesznek, valamint a megfelelő koncentráció sem biztosítható az intézményi rendszerben. Kevesebb, viszont specifikusabb és költségesebb szolgáltatás előállítása az egészségügyi intézményekben rendszerszinten megkívánja az erőforrások optimális allokációját. Ez az erőforrás-allokáció pedig csak megfelelő szabályozók mentén megvalósított szolgáltatáskibocsátással állítható elő. A szabályozás természetesen csak külső szabályozás lehet, tekintettel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat közjóságnak, a piacot pedig bürokratikusán koordinálnak kell tekintenünk.

Ad 7.

Az egészségügyi szolgáltatások iránt megnyilvánuló társadalmi szükséglet az elmúlt évtizedekben gyorsuló ütemben növekedett. Ennek oka részben a fejlett ipari országokat jellemző tendenciák – születéskor várható élettartam növekedése, a populáció átlagéletkorának emelkedése, környezeti és életmódbeli tényezők hatása stb. –, valamint az orvostudomány és a technológia fejlődése miatt ismertté vált betegségek és kifejlesztett diagnosztikus és terápiás szolgáltatások száma is jelentősen növekedett. Tehát mind a szükséglettel együtt megjelenő piaci kereslet, mind az ezekre reflektáló kínálat, azaz a szolgáltatási portfólió jelentősen bővült. Ennek következménye, hogy a piac szükségszerű módon bővülne. Az egészségügyi szolgáltatások, azonban állami szolgáltatások, amelyekre a rendelkezésre álló források szűkössége jellemző, azaz a szükségletek hatékonyabb kielégítésére. A megoldás azonban valószínűsíthetően nem lehet egy módszer, hanem több hatékony beavatkozási mód együttes alkalmazásával kell elérni célunkat. Az egyik elérendő cél, hogy a populáció epidemiológiai viszonyaiba hatékonyan tudjon beavatkozni az egészségügyi ellátórendszer, azaz a populációs szükséglet csökkenését sikerüljön elérni, ami az egészségügyi szolgáltatások

irányában megnyilvánul. A populációban kialakuló megbetegedések száma hatékony primer preventív szolgáltatások bevezetésével csökkenthető. A primer preventív szolgáltatások a betegségek kialakulásában közrejátszó kockázati tényezők eliminálását, hatástalanítását kívánják elérni. Ezek a szolgáltatások részben személyre szabottan, de sokkal hatékonyabban a populáció kisebb vagy nagyobb csoportjaira jellemző kockázati tényezőknek megfelelően ezekre a csoportokra definiált módon valósíthatók meg. Ennek megfelelően a primer preventív szolgáltatások kiterjesztése és populációs szinten hatékony megvalósítása meghatározó módon befolyásolja a különböző egészségügyi rendszerek hatékonyságát és fenntarthatóságát.

Ad 8.

Nagyon fontos kiemelni az egészségügyi piac befolyásolhatóságának másik eszközét is, ami a várható élettartam növekedése mellett a drága, progresszív, magas technológiájú szolgáltatások kiváltását célozza olcsó, alacsony progresszivitási szinten nyújtható szolgáltatásokkal. Ennek egy triviális példája a szekunder prevenció. A szűrési típusú szolgáltatások a XX. század elejei megjelenésüket követően az egészségügyi ágazatban a technológiai robbanással egy időben kikerültek az ágazat meghatározó fejlődési irányából. A szekunder prevencióban rejlő lehetőségek nem kerültek kiaknázásra és nem fejlődtek olyan ütemben, ahogy az lehetséges lett volna. A szekunder preventív szolgáltatási portfólió elmarad attól a szinttől, amit jelenleg az orvostudomány fejlettségi szintje indokoltta tenne. A jövőbeni fejlődés szükséges feltétele azonban, hogy a populáción belül sikerüljön azonosítani azt a kockázati csoportot, ahol a specifikus szekunder preventív szolgáltatást/szűrést hatékonyan lehet nyújtani. A teljes populációt érintő szűrővizsgálatokról át kell térni a kockázati csoportok szelektív szűrésére, mert a hatékonyság csak így biztosítható. A szekunder preventív vizsgálatok széles portfólióban történő bevezetése viszont meghatározó lesz, a daganatos halálozás csökkentésében és az ágazati kiadások szinten tarthatóságában.

VI. KÖVETKEZTETÉS

Összehasonlítottam az egészségügyi szolgáltatások piacának szabályozására – a bürokratikus szabályozás kiváltása szabadpiaci eszközökkel – fókuszáló reformintézkedéseket azokkal a kísérletekkel, amelyek során a bürokratikus eszközrendszer fenntartása mellett, a szolgáltatások új struktúrában történő előállításával próbálták az ellátórendszer működését javítani. Annak ellenére, hogy a „kvázi piaci” eszközök bevezetése soha nem érte el a kitűzött célját, valójában még most is lehetséges útnak tartják az egészségügyi ellátórendszer hibáinak kijavítására. A piaci verseny és ezzel együtt a piaci szabályozás beengedése az egészségügyi szolgáltatások mint közjavak piacára valójában minden esetben erős profithatás útján az ágazati kiadások növekedéséhez vezetett, melyen belül az állami terhek növekedése volt erősebb. A bürokratikus állami szabályozás fenntartása, valamint az állam meghatározó jelenléte mind a közösségi szolgáltatások vásárlói, mind a szolgáltató oldalán stabilizálni tudta az egészségügyi szolgáltatások piacát, döntően az ágazati kiadások oldaláról.

A másik oldalról viszont az 1980-as évektől napirenden van az egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakításának igénye, ami döntően a megváltozott szükségletekből és az ágazati források fokozatos szűküléséből fakad. Itt a bürokratikus eszközrendszer alkalmazásával hajtotta végre az állam a reformokat, melynek során értelemszerűen tágabb mozgástere volt ott, ahol piaci jelenléte erősebb volt. Ezekben a folyamatokban kiemelt szerepe volt a szolgáltatási oldal strukturális átalakításának. Az eddigi strukturális reformok fókusza az intézmények struktúrája, működése, betegutak valamint a hatékonyság javítása voltak. A 2000-es évektől került a középpontba a szolgáltatási portfólió szempontjából az epidemiológiai változásokat figyelembe vevő szemlélet, amely külső szereplő bevonásával adaptálta az ellátórendszer által nyújtott szolgáltatásokat a lakosság szükségleteihez. Ugyanakkor hátránya volt ezeknek az integrációra, illetve esetmenedzsmentre épülő rendszereknek, hogy új szereplőt vont be a rendszerbe, hogy alapvetően nem változtatta meg a rendszer működését és ezáltal a szolgáltatási portfóliót, és ennek eredménye az lett, hogy csak korlátozott körben tudta kielégíteni a populáció szükségleteit. Az ellátórendszert érintő strukturális és működési reformnak egy szolgáltatási szükséglet által meghatározott átalakításnak kell lennie, ami

az ellátórendszeren belül teremti meg azokat az intézményeket, amelyek küldetése a megfelelő szolgáltatások biztosítása.

Ennek megfelelően az ellátórendszert érintő strukturális reformoknak az elsődleges fókuszterülete lesz a jövőben, hogy a társadalom szükségleteinek megfelelő szolgáltatási portfóliót tudjon létrehozni, amelynek feltétele az erre alkalmas intézményi hálózat. Elsősorban a terciér preventív, gondozói típusú szolgáltatások előállítását kell megoldani az ellátórendszeren belül, amelyek előállítását ma a kuratív, illetve diagnosztikai szolgáltatások előállítására létrejött reflektív rendszer végzi sporadikus jelleggel. Hiányoznak a szekunder preventív szolgáltatások is az ellátórendszerből, amelyeknek előállításához az adekvát populációszelekció megvalósítása szükséges. Ezt a kétféle típusú szolgáltatást az induktív szolgáltatói alrendszerben lehet létrehozni.

A reflektív ellátórendszer működésének legfontosabb problémája az, hogy az intézmények működése nem összehangolt, nem kerültek lefektetésre azok az elvek, amelyek egyrészt az adott intézmény felépítését determinálnák, másrészt az intézmények közötti kapcsolatot meghatároznák. Az intézmény kapacitásait, szakmastruktúráját, elsődleges és másodlagos szolgáltatásait meghatározó szabályok lefektetése szükséges az intézmény koherens szolgáltatási portfóliójának létrejöttéhez. A szakmai diverzifikáció és specializáció elengedhetlenné teszi ennek jövőbeni szabályozását mind megbiztonsági, mind minőségbiztosítási kritériumoknak megfelelően. Az intézmények közötti kapcsolat és feladatmegosztás alapvetően a struktúrájukat meghatározó kritériumok alapján kell, hogy megszülessen. Ezeknek a feltételeknek a meghatározása és pontos definiálása segít abban, hogy az ellátórendszer megfelelő kapacitásokkal és struktúrában működjön, ami a szolgáltatások előállítását alapvetően támogatja.

VII. ÖSSZEFOGLALÁS

Az ellátórendszer bürokratikus szabályozásának fenntartása szükséges az egészségügyi szolgáltatások mint közjavak vonatkozásában. Ennek megfelelően az állam jelenléte az egészségügyi közszolgáltatások piacán mind vásárlói, mind szolgáltatói oldalon kívánatos, mivel a szabadpiaci szabályozás torzíthatja a piac működését. A piaci típusú reformok, elsősorban a „kvázi piaci” eszközök használata nem célravezető, ha az ágazati források bővítésére nincs lehetőség. A strukturális átalakítások eszköztárában elsősorban ott adott, ahol az állam erős szereplő a piacon, mind finanszírozói, mind szolgáltatói oldalon. Kiemelt szerepe van a szolgáltatások társadalmi szükségletekhez történő adaptációjában, amelynek során a társadalom epidemiológiai jellemzőit kell megfeleltetni az ellátórendszer szolgáltatási portfóliójának. Ezen túlmenően az intézményi szolgáltatók egymáshoz való viszonyát kell úgy szabályozni, hogy azok működési hatásfoka rendszerszinten javuljon.

VIII. SUMMARY

The maintenance of the bureaucratic regulation of the care system is necessary for health services as public goods. Accordingly, the presence of the state on the public health services market is desirable both on purchasing and service providers, as free market regulation can distort the functioning of the market. Market-type reforms, especially the use of "quasi-market" tools, are not useful if there is no opportunity to expand sectoral resources. Structural transformation tools have been given primarily where the state is a strong player on the market, both on its financiers and service providers. It has a major role to play in adapting services to social needs, in which the epidemiological characteristics of society should be matched to the service portfolio of the service system. In addition, the relationship between institutional providers should be regulated so that their operational efficiency is improved at system level.

IX. IRODALOMJEGYZÉK

1. Linzbauer FX. A Magyar Korona országainak nemzetközi egészségügye. Magyar Királyi Egyetemi Nyomda, Pest, 1868:49.
https://library.hungaricana.hu/hu/view/KlasszikusOrvosiKonyvek_149/?pg=93&layout=s Letöltve: 2017. 06. 20.
2. Healy J, McKee M. The evolution of hospital systems. In: McKee M, Healy J (eds.). Hospitals in a changing Europe. Open University Press, Buckingham, 2002:14-35.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98401/E74486.pdf
4. Black Nick, Gruen Reinhold. Understanding health services. Open University Press, Maidenhead, New York, 2005.
5. Hillman K (1999). The changing role of acute-care hospitals. Med J Australia, 170:325-8.
6. Rosen R. Introducing new technologies. In: McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. Open University Press, Buckingham, 2002:240-251.
7. Kamarás F. (2004) Demográfiai kihívások a harmadik évezred küszöbén. Magyar Epidemiológia, 1:13-30.
8. Józsa L. A kórházi ápolás kialakulása a 11–14. századi Magyarországon.
<http://debszem.unideb.hu/pdf/dsz2008-1/dsz2008-1-02Jozsa.pdf> Letöltve: 2017. 06. 20.
9. Linzbauer FX. Codex Sanitario-Medicinalis Hungariae. Buda, 1852.
https://library.hungaricana.hu/hu/view/KlasszikusOrvosiKonyvek_149/?pg=15&layout=s Letöltve: 2017. 06. 20.
10. Linzbauer FX. A Magyar Korona országainak nemzetközi egészségügye. Pest, Magyar Királyi Egyetemi Nyomda, 1868:10-11.
https://library.hungaricana.hu/hu/view/KlasszikusOrvosiKonyvek_149/?pg=15&layout=s
11. Linzbauer FX. A Magyar Korona országainak nemzetközi egészségügye. Pest, Magyar Királyi Egyetemi Nyomda, 1868:47.
https://library.hungaricana.hu/hu/view/KlasszikusOrvosiKonyvek_149/?pg=89&layout=s Letöltve:2017. 06. 20.
12. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti

- Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:15.
13. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:25.
 14. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:118.
 15. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:39.
 16. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:64.
 17. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:95.
 18. 1876. évi XIV. tc a közegészségügy rendezéséről. In: 1000 év törvényei. Wolters Kluwer Kft., 2015. <https://1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5727> Letöltve: 2017. 06. 20.
 19. Linzbauer FX. A Magyar Korona országainak nemzetközi egészségügye. Magyar Királyi Egyetemi Nyomda, Pest, 1868:12. https://library.hungaricana.hu/hu/view/KlasszikusOrvosiKonyvek_149/?pg=19&layout=s Letöltve: 2017. 06. 20.
 20. Linzbauer FX. A Magyar Korona országainak nemzetközi egészségügye. Magyar Királyi Egyetemi Nyomda, Pest, 1868:48.

https://library.hungaricana.hu/hu/view/KlasszikusOrvosiKonyvek_149/?pg=91&layout=s Letöltve: 2017. 06. 20.

21. Dávid M. A kórházügy igazgatása. In: Mártonffy Károly (szerk.), A korszerű közszolgálat útja 13. A mai magyar egészségügyi közszolgálat. Állami Kiadó, Budapest, 1942:62-78.
22. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:211.
23. Bezerédyné Hertelendy M, Hencz A, Zalányi S. Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1967:96.
24. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:43.
25. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:328.
26. Linzbauer FX. A Magyar Korona országainak nemzetközi egészségügye. Magyar Királyi Egyetemi Nyomda, Pest, 1868:50.
https://library.hungaricana.hu/hu/view/KlasszikusOrvosiKonyvek_149/?pg=95&layout=s Letöltve: 2017. 06. 20.
27. Lengyel E. Az Országos Társadalombiztosító Intézet szervezet és működése. In: Mártonffy Károly (szerk.), A korszerű közszolgálat útja 13. A mai magyar egészségügyi közszolgálat. Állami Kiadó, Budapest, 1942: 383-397.
28. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:72.
29. Bakács T. Budapest közegészségügyének száz éve 1848–1948. Budapest Székesfőváros Irodalmi Intézet, 1948:13.

30. 1891. évi XIV. törvénycikk az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről. Wolters Kluwer Kft., 2015.
<https://1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6421> Letöltve: 2017. 06. 20
31. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:86.
32. Bakács T. Budapest közegészségügyének száz éve 1848–1948. Budapest Székesfőváros Irodalmi Intézet, 1948:14.
33. Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története 1770–1944. Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2008:276.
34. Bezerédyné Hertelendy M, Hencz A, Zalányi S. Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1967:77.
35. Hess P. Az iskolaegészségügy és Újpest város iskolaegészségügyi intézményei. In: Mártonffy Károly (szerk.), A korszerű közszolgalat útja 13. A mai magyar egészségügyi közszolgalat. Állami Kiadó, Budapest, 1942:474-486.
36. Bezerédyné Hertelendy M, Hencz A, Zalányi S. Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1967:102.
37. Schütz O. A tuberkulózis megelőzése és a közigazgatás. In: Mártonffy Károly (szerk.), A korszerű közszolgalat útja 13. A mai magyar egészségügyi közszolgalat. Állami Kiadó, Budapest, 1942:623-639.
38. Mészáros G. Kórházügy. In: Mártonffy Károly (szerk.), A korszerű közszolgalat útja 13. A mai magyar egészségügyi közszolgalat. Állami Kiadó, Budapest, 1942:212-222.
39. Johan B. Mi várható a szervezett közegészségügyi munkától? In: Mártonffy Károly (szerk.), A korszerű közszolgalat útja 13. A mai magyar egészségügyi közszolgalat. Állami Kiadó, Budapest, 1942:40-46.
40. Gyárfás B. Egészségügyi kérdések a városok igazgatásában. In: Mártonffy Károly (szerk.), A korszerű közszolgalat útja 13. A mai magyar egészségügyi közszolgalat. Állami Kiadó, Budapest, 1942:160-169.

41. Bezerédyné Hertelendy M, Hencz A, Zalányi S. Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1967.
42. Székely M. A belügyminiszter közegészségügyi hatásköre. In: Mártonffy Károly (szerk.), A korszerű közzolgálat útja 13. A mai magyar egészségügyi közzolgálat. Állami Kiadó, Budapest, 1942:170-188.
43. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Sixta CS. (2001) Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Joint Commission. J Quality Improvement, 27(2):63-80.
44. Janssen F, Kunst A. (2005) Cohort patterns in mortality trends among the elderly in seven European countries, 1950-99. Int J Epidemiol, 34:1149-1159.
45. Hillman K. (1999) The changing role of acute-care hospitals. Med J Australia, 170:325-328.
46. Boston Consulting Group. Realizing the Promise of Disease Management. Boston Consulting Group, Boston MA, 2006. <https://www.bcg.com/documents/file14744.pdf> Letöltve: 2017. 05. 15.
47. Epping-Jordan J, Pruitt S, Bengoa R, Wagner E. (2004) Improving the quality of care for chronic conditions. Qual Saf Health Care, 13:299-305.
48. Wilson T, Buck D, Ham C. (2005) Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? British Medical Journal, 330(7492):657-661.
49. Grumbach K. (2003) Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. Ann Fam Med, 1:4-7.
50. Hutubessy RCW, Hanvoravongchai P, Edejer TT. (2002) Diffusion and utilization of magnetic resonance imaging in Asia. Int J Technology Assessment in Health Care, 18(3):690-704. Published online: 19 December 2002
51. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP, Bosma J, Casarella WJ, Erickson BA, Maynard CD, Thrall JH, Wallner PE. (2010) Addressing overutilization in medical imaging. Radiology, 257(1):240-5. doi: 10.1148/radiol.10100063.
52. FDA <https://www.fda.gov/Radiation-EmittingProducts/RadiationSafety/RadiationDoseReduction/ucm299354.htm>
Letöltve: 2017. 06. 17.
53. Timbie JW, Hussey PS, Burgette LF, Wenger NS, Rastegar A, Brantley I, Khodyakov D, Leuschner KJ, Weidmer BA, Kahn KL. (2015) Medicare Imaging

Demonstration Final Evaluation. Report to Congress. Rand Health Quarterly, 5(1):4.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5158237/#__abstractidm140009916684992title Letöltve: 2017. 06. 17.

54. Short MN, Aloia TA, Ho V. (2008) Certificate of need regulations and the availability and use of cancer resections. *Ann Surg Oncol*, 15:1837-45. doi:10.1245/s10434-008-9914-1. Letöltve: 2017. 06. 17.
55. Olsen C. (2017) Medical services and technology push rising costs of healthcare. *Employee Benefit News (EBN)*, May 23 2017 <https://www.benefitnews.com/news/medical-services-and-technology-push-rising-costs-of-healthcare>. Letöltve: 2017. 06. 17.
56. Orosz É. Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. *Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest*, 2001:42-44.
57. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM; International Hospital Outcomes Research Consortium. (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care*, 14(1):5-13.
58. Elkhuisen SG, Limburg M, Bakker PJ, Klazinga NS. (2006) Evidence-based re-engineering: re-engineering the evidence – a systematic review of the literature on business process redesign (BPR) in hospital care. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 19(6-7):477-499.
59. https://irf.gyemszi.hu/HolOrszag/csatolt/20150129_franciaorszag_2015.pdf
60. Magnussen J, Hagen TP, Kaarboe OM. (2007) Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. *Soc Sci Med*, 64(10):2129-37. Epub 2007 Mar 26.
https://www.researchgate.net/publication/6438125_Centralized_or_Decentralized_A_Case_Study_of_Norwegian_Hospital_Reform Letöltve: 2017. 07. 10.
61. Christiansen T. (2012) Ten years of structural reforms in Danish healthcare. *Health Policy*, 106(2):114-119. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.019> Letöltve: 2017. 07. 10.
62. Leutz W. (1999) Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*, 77:77-110.

63. Hardy B, Mur-Veemanu I, Steenbergen M, Wistow G. (1999) Inter-agency services in England and the Netherlands. *Health Policy*, 48:87-105.
64. McCall N, Cromwell J, Bernhard S. (2007) Evaluation of Phase 1 of Medicare Health Support (formerly Voluntary Chronic Care Improvement) Pilot Program under Traditional Fee-for-service Medicare. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services. First Annual Report. RTI International; Jun, 2007. Report to Congress. *Health Care Financ Rev*, 2008;30(1):47-60.
65. Smith V, Gifford K, Ellis E, Wiles A. Low Medicaid Spending Growth amid Rebounding State Revenues. Results From a 50-state Medicaid Budget Survey, State Fiscal Years 2006 and 2007. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, Washington, Oct 2006.
66. Geyman J. (2007) Disease management: panacea, another false hope, or something in between? *Ann Fam Med*, 5:257-60.
67. Wagner E, Davis C, Schaefer J, Von Korff, M, Austin B. (1999) A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manage Care Q*, 7:56-66.
68. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. (2001) Improving chronic illness care: translating evidence into action, *Health Aff*, 20:64–78.
69. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M. *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. World Health Organization 2008 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: p. 74.
70. Programming for adolescent health and development. Geneva, World Health Organization, 1999.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42149/1/WHO_TRS_886_%28p1-p144%29.pdf Letöltve: 2017. 08. 07.
71. Michaud PA, Suris JC, Viner R. The Adolescent with a Chronic Condition – Epidemiology, developmental issues and health care provision. World Health Organization, 2007
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43775/1/9789241595704_eng.pdf
Letöltve: 2017. 08. 07.

72. McKee M, Healy J. Future hospitals. In: McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. Open University Press, Buckingham, 2002:281-284.
73. Hensher, M. and Edwards, N. The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom, in M. McKee and J. Healy (eds.), Hospitals in a Changing Europe. Buckingham, UK: Open University Press, 2002
74. Feasby TE. (2006) Is the Canadian health care system better for neurologic care? *Neurology*, 67(10):1744-1747. DOI:10.1212/01.wnl.0000249340.45774.ec
75. Rechel B, McKee M, Dubois CA (eds.), The health care workforce in Europe. Learning from experience. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006
76. Wagenaar C (ed.). The architecture of hospitals. NAI Publishers, Rotterdam, 2006.
77. Netherlands Board for Health Care Institutions (2005). Future hospitals: competitive and healing. Competition report. Utrecht, Netherlands Board for Health Care Institutions (<http://www.bouwcollege.nl/smartsite.shtml?id=2065>)
78. Black N, Gruen R. Understanding health services. Open University Press, Maidenhead, 2005.
- 79 Mathers C, Loncar D. (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, *PLoS Med*, 3: e442.) Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 2006;3:e442.
80. McKee M, Healy J. Pressures for change. In: McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. Open University Press, Buckingham, 2002:36-58.
81. Szentes T, Kovacs L, Ovary C. (2016) New hospital structure in the twenty-first century: the position of level III (tertiary) neurological and stroke care in a changing healthcare system. *Springerplus*, 5(1):2039. doi: 10.1186/s40064-016-3710-3
82. Óváry C, Suzuki K, Nagy Z. (2004) Regional Differences in Incidence Rates, Outcome Predictors and Survival of Stroke. *Neuroepidemiology*, 23(5):240-6.
83. Aminoff M, Boller F, Swaab D. Handbook of Clinical Neurology. Elsevier, Edinburgh, 2010.
84. Óváry C, Szegedi N, May Z, Gubucz I, Nagy Z. (2007) Comparison of stroke ward care versus mobile stroke teams in the Hungarian stroke database project. *Eur J Neurol*, 14(6):595-596.

85. Bonita R. (1992) Epidemiology of stroke. *The Lancet*, 339:342-344.
86. Tinsley N, McCartney LA, Hdeib A, Selman WR. (2011) Development of the Neurological Institute: a strategic, improvement, and systems approach. *J Neurointerv Surg*, 3(2):194-201. doi: 10.1136/jnis.2010.004226
87. Sarzyńska-Długosz I, Skowrońska M, Członkowska A. (2013) Organization of acute stroke services in Poland – Polish Stroke Unit Network development. *Neurol Neurochir Pol*, 47(1):3-7.
88. University Medical Centre Groningen. (2006) The architecture of hospitals. Conference proceedings, April 2005. Groningen, University Medical Centre Groningen).
89. Clemens T, Michelsen K, Commers M, Garel P, Dowdeswell B, Brand H. (2014) European hospital reforms in times of crisis: aligning cost containment needs with plans for structural redesign? *Health Policy*, 117(1):6-14. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.03.008. Epub 2014 Mar 18
90. Christiansen T. (2012) Ten years of structural reforms in Danish healthcare. *Health Policy*, 106(2):114-9. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.03.019. Epub 2012 Apr 21
91. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, Amann M, Anderson HR, Andrews KG, Aryee M, Atkinson C, Bacchus LJ, Bahalim AN, Balakrishnan K, Balmes J, Barker-Collo S, Baxter A, Bell ML, Blore JD, Blyth F, Bonner C, Borges G, Bourne R, Boussinesq M, Brauer M, Brooks P, Bruce NG, Brunekreef B, Bryan-Hancock C, Bucello C, Buchbinder R, Bull F, Burnett RT, Byers TE, Calabria B, Carapetis J, Carnahan E, Chafe Z, Charlson F, Chen H, Chen JS, Cheng AT, Child JC, Cohen A, Colson KE, Cowie BC, Darby S, Darling S, Davis A, Degenhardt L, Dentener F, Des Jarlais DC, Devries K, Dherani M, Ding EL, Dorsey ER, Driscoll T, Edmond K, Ali SE, Engell RE, Erwin PJ, Fahimi S, Falder G, Farzadfar F, Ferrari A, Finucane MM, Flaxman S, Fowkes FG, Freedman G, Freeman MK, Gakidou E, Ghosh S, Giovannucci E, Gmel G, Graham K, Grainger R, Grant B, Gunnell D, Gutierrez HR, Hall W, Hoek HW, Hogan A, Hosgood HD 3rd, Hoy D, Hu H, Hubbell BJ, Hutchings SJ, Ibeanusi SE, Jacklyn GL, Jasrasaria R, Jonas JB, Kan H, Kanis JA, Kassebaum N, Kawakami N, Khang YH, Khatibzadeh S, Khoo JP, Kok C, Laden F, Lalloo R, Lan Q, Lathlean T, Leasher JL, Leigh J, Li Y, Lin JK, Lipshultz SE, London S,

Lozano R, Lu Y, Mak J, Malekzadeh R, Mallinger L, Marcenes W, March L, Marks R, Martin R, McGale P, McGrath J, Mehta S, Mensah GA, Merriman TR, Micha R, Michaud C, Mishra V, Mohd Hanafiah K, Mokdad AA, Morawska L, Mozaffarian D, Murphy T, Naghavi M, Neal B, Nelson PK, Nolla JM, Norman R, Olives C, Omer SB, Orchard J, Osborne R, Ostro B, Page A, Pandey KD, Parry CD, Passmore E, Patra J, Pearce N, Pelizzari PM, Petzold M, Phillips MR, Pope D, Pope CA 3rd, Powles J, Rao M, Razavi H, Rehfuss EA, Rehm JT, Ritz B, Rivara FP, Roberts T, Robinson C, Rodriguez-Portales JA, Romieu I, Room R, Rosenfeld LC, Roy A, Rushton L, Salomon JA, Sampson U, Sanchez-Riera L, Sanman E, Sapkota A, Seedat S, Shi P, Shield K, Shivakoti R, Singh GM, Sleet DA, Smith E, Smith KR, Stapelberg NJ, Steenland K, Stöckl H, Stovner LJ, Straif K, Straney L, Thurston GD, Tran JH, Van Dingenen R, van Donkelaar A, Veerman JL, Vijayakumar L, Weintraub R, Weissman MM, White RA, Whiteford H, Wiersma ST, Wilkinson JD, Williams HC, Williams W, Wilson N, Woolf AD, Yip P, Zielinski JM, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M, AlMazroa MA, Memish ZA. (2010) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 380(9859):2224-2260.

92. Pearson TA. (2011) Recent Advances in Preventive Cardiology and Lifestyle Medicine Public Policy Approaches to the Prevention of Heart Disease and Stroke. *Circulation*, 124:2560-2571. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.968743.
93. Harris M (ed.). (2004) SNAP. A population health guide to behavioural risk factors in general practice. Prepared by The Royal Australian College of General Practitioners National Standing Committee – Quality Care, in conjunction with the Publications Unit of the RACGP. University of New South Wales, Published October 2004.
94. Hosseinpoor AR, Bergen N, Kunst A, Harper S, Guthold R, Rekve D, d'Espaignet ET, Naidoo N, Chatterji S. (2012) Socioeconomic inequalities in risk factors for non communicable diseases in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health*, 12:912.

95. <http://www.cdc.gov/brfss/>
96. <http://www.chp.gov.hk/en/behavioural/10/280.html>
97. Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. (2001) How Do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. *Am J Psychiatry*, 158(6):848-856.
98. Blakely T, Hales S, Woodward A. Case study: absolute poverty and child malnutrition in Pakistan. In: Blakely T, Hales S, Woodward A. *Poverty: Assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels*. Geneva, World Health Organization, 2004:14-21. (WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 10.) http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/ebd10.pdf?ua=1 Letöltve: 2017. 06. 17.
99. Kaplan GA, Keil JE. (1993) Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 88:1973-98. doi: 10.1161/01.CIR.88.4.1973.
100. Evans GW, Kim P. (2010) Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status–health gradient. *Ann NY Acad Sci*, (1186):174-189.
101. Griskevicius V, Tybur JT, Delton AW, Robertson TE. (2011) The Influence of Mortality and Socioeconomic Status on Risk and Delayed Rewards: A Life History Theory Approach. *J Personality and Social Psychology*, 100(6):1015-1026.
102. El Hazmi MA. (1999) Spectrum of genetic disorders and the impact on health care delivery: an introduction. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*, 5(6):1104-1113.
103. O'Daniel JM. (2010) The prospect of genome-guided preventive medicine: a need and opportunity for genetic counselors. *J Genet Couns*, 19(4):315-327. doi: 10.1007/s10897-010-9302-4. Epub 2010 May 4
104. Mega JL, Stitzel NO, Smith JG, Chasman DI, Caulfield M, Devlin JJ, Nordio F, Craig L Hyde CL, Cannon CP, Sacks FM, Poulter NR, Sever PS, Ridker PM, Braunwald E, Melander O, Kathiresan S, Sabatine MS. (2015) Genetic risk, coronary heart disease events, and the clinical benefit of statin therapy: an analysis

of primary and secondary prevention trials. *The Lancet*, 385(9984):2264-2271.
doi: 10.1016/S0140-6736(14)61730-X. Epub 2015 Mar 4

105. Kathiresan S, Srivastava D. (2012) Genetics of human cardiovascular disease. *Cell*, 148:1242-1257.
106. Schunkert H, König IR, Kathiresan S, Reilly MP, Assimes TL, Holm H, Preuss M, Stewart AFR, Barbalic M, Gieger C, Absher D, Aherrahrou Z, Allayee H, Altshuler D, Anand SS, Andersen K, Anderson JL, Ardissino D, Ball SG, Balmforth AJ, Barnes TA, Becker DM, Becker LC, Berger K, Bis JC, Boekholdt SM, Boerwinkle E, Braund PS, Brown MJ, Burnett MS, Buyschaert I; Cardiogenics, Carlquist JF, Chen L, Cichon S, Codd V, Davies RW, Dedoussis G, Dehghan A, Demissie S, Devaney JM, Diemert P, Do R, Doering A, Eifert S, Mokhtari NE, Ellis SG, Elosua R, Engert JC, Epstein SE, de Faire U, Fischer M, Folsom AR, Freyer J, Gigante B, Girelli D, Gretarsdottir S, Gudnason V, Gulcher JR, Halperin E, Hammond N, Hazen SL, Hofman A, Horne BD, Illig T, Iribarren C, Jones GT, Jukema JW, Kaiser MA, Kaplan LM, Kastelein JJ, Khaw KT, Knowles JW, Kolovou G, Kong A, Laaksonen R, Lambrechts D, Leander K, Lettre G, Li M, Lieb W, Loley C, Lotery AJ, Mannucci PM, Maouche S, Martinelli N, McKeown PP, Meisinger C, Meitinger T, Melander O, Merlini PA, Mooser V, Morgan T, Mühleisen TW, Muhlestein JB, Münzel T, Musunuru K, Nahrstaedt J, Nelson CP, Nöthen MM, Olivieri O, Patel RS, Patterson CC, Peters A, Peyvandi F, Qu L, Quyyumi AA, Rader DJ, Rallidis LS, Rice C, Rosendaal FR, Rubin D, Salomaa V, Sampietro ML, Sandhu MS, Schadt E, Schäfer A, Schillert A, Schreiber S, Schrezenmeir J, Schwartz SM, Siscovick DS, Sivananthan M, Sivapalaratnam S, Smith A, Smith TB, Snoop JD, Soranzo N, Spertus JA, Stark K, Stirrups K, Stoll M, Tang WH, Tennstedt S, Thorgeirsson G, Thorleifsson G, Tomaszewski M, Uitterlinden AG, van Rij AM, Voight BF, Wareham NJ, Wells GA, Wichmann HE, Wild PS, Willenborg C, Wittteman JC, Wright BJ, Ye S, Zeller T, Ziegler A, Cambien F, Goodall AH, Cupples LA, Quertermous T, März W, Hengstenberg C, Blankenberg S, Ouwehand WH, Hall AS, Deloukas P, Thompson JR, Stefansson K, Roberts R, Thorsteinsdottir U, O'Donnell CJ, McPherson R, Erdmann J; CARDIoGRAM Consortium, Samani

- NJ. (2011) Large-scale association analysis identifies 13 new susceptibility loci for coronary artery disease. *Nat Genet*,43(4):333-338. doi: 10.1038/ng.784.
107. Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJA, Erdmann E, Massi-Benedetti M, Moules IK, Skene AM, Tan MH, Lefèbvre PJ, Murray GD, Standl E, Wilcox RG, Wilhelmsen L, Betteridge J, Birkeland K, Golay A, Heine RJ, Korányi L, Laakso M, Mokán M, Norkus A, Pirags V, Podar T, Scheen A, Scherbaum W, Schernthaner G, Schmitz O, Skrha J, Smith U, Taton J; PROactive Investigators. (2005) Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 366(9493):1279-1289.
108. Agboola SO, Ball M, Kvedar JC, Jethwani K. (2013) The future of Connected Health in preventive medicine. *QJM*, 106(9):791-794. doi: 10.1093/qjmed/hct088. Epub 2013 Apr 18.
109. Summary Report from the first Mega Countr Behavioral Risk Factor Surveillance Meeting. Atlanta, Georgia USA, 13-14 September, 2000. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67771/1/a78628.pdf?ua=1> Letöltve: 2017. 08. 15.
110. Glover JD, Hetzel DMS, Tennant SK. (2004) The socioeconomic gradient and chronic illness and associated risk factors in Australia. *Australia and New Zealand Health Policy*, 1:8.
111. Children's environmental health. WHO programme. <http://www.who.int/ceh/risks/en/> Letöltve: 2017. 08. 15.
112. Ruland EC, Dinca I, Curtis V, Barry MM, Ekdahl K, Timen A. (2015) Learning from each other: where health promotion meets infectious diseases. *Eurohealth incorporating Euro Observer*, 21(1):13-16.
113. Hanson MA, Low FM, Gluckman PD. (2011) Epigenetic epidemiology: the rebirth of soft inheritance. *Ann Nutr Metab*, 58(Suppl 2):8-15. doi: 10.1159/000328033. Epub 2011 Aug 12.
114. Van Hulst A, Roy-Gagnon MH, Gauvin L, Kestens Y, Henderson M, Barnett TA. (2015) Identifying risk profiles for childhood obesity using recursive partitioning

- based on individual, familial, and neighborhood environment factors. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 12(1):175. doi: 10.1186/s12966-015-0175-7. Epub 2015 Feb 15
115. Huang T, Hu FB. (2015) Gene-environment interactions and obesity: recent developments and future directions. *BMC Medical Genomics*, 8(Suppl 1):S2.
 116. Feinstein A. (1970) The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*, 23:455-69.
 117. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. (2005) Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*, 3:223-228.
 118. Kahan T. (2014) Hypertension: an urgent need for global control and prevention. *The Lancet*, 383(9932):1861. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60898-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60898-9)
 119. Brownson RC, Haire-Joshu D, Luke DA. (2006) Shaping the Context of Health: A Review of Environmental and Policy Approaches in the Prevention of Chronic Diseases. *Annual Review of Public Health*, 27:341-370.
 120. Mosby's Medical Dictionary, 9th ed. Elsevier Health, 2013.
 121. Sheridan C. (2011) Gene therapy finds its niche. *Nat Biotechnol*, 29(2):121-128. doi: 10.1038/nbt.1769.
 122. Khoury MJ, Gwinn M, Burke W, Bowen S, Zimmern R. (2007) Will genomics widen or help heal the schism between medicine and public health? *Am J Prev Med*, 33(4):310-317.
 123. Leavel HR, Clark EG. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community* (3rd ed.). McGraw Hill, New York, 1965.
 124. van der Lee J, Mokkink L, Grootenhuys M, Heymans H, Offringa M. (2007) Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood, *JAMA*, 297:2741-2751.
 125. Mathers C, Loncar D. (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLOS Med* 2006;3:e442.
 126. Rose G. (1985) Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*, 14:32-38.
 127. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2015) Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 385(9963):117-171.

128. Vineis P, Wild CP. (2014) Global cancer patterns: causes and prevention. *The Lancet*, 383:549-557. Published Online December 16, 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62224-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62224-2)
129. WHO. The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Organization, Geneva, 2002. http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf Letöltve: 2017. 06. 23.
130. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. (2006) Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367(9524):1747-1757.
131. Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP, and EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (1998) Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *BMJ*, 316(7145):1636-1642.
132. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. (2014) The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953):1529-1540.
133. Hankey GJ, Warlow CP. (1999) Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations. *The Lancet*, 354(9188):1457-1463.
134. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Journal of Preventive Cardiology*, 19(4):585-667. <http://cpr.sagepub.com/content/early/2012/06/18/2047487312450228.full.pdf>.
135. Geoffrey R. (2001) Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*, 30(3):427-432. doi: 10.1093/ije/30.3.427
136. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. (2009) Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice *Annual Review of Public Health*, 30:175-201.

137. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. (2002) Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 360:1347-1360.
138. Lyons RA, Ford DV, Moore L, Rodgers SE. (2014) Use of data linkage to measure the population health effect of non-health-care interventions. *The Lancet*, 383(9927):1517-1519.
139. Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, McKee M. (2013) Ageing in the European Union. *The Lancet*, 381(9874):1312-1322.
140. Szentes T. (2016) Risk Factors, Processes and Risk Management within a Public Health Context. *Medycyna Srodowiskowa / Environmental Medicine*, 19(2):7-18.
141. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. (2008) The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*, 62:580-583. doi: 10.1136/jech.2007.071027.
142. WHO, Department of Health Statistics and Informatics in the Information, Evidence and Research Cluster. (2009) Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
143. Wilson T, Buck D, Ham C. (2005) Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? *BMJ*, 330(7492):657-661.
144. Olsson M, Lexell J, Soderberg S. (2005) The meaning of fatigue for women with multiple sclerosis. *J Advanced Nursing*, 49(1):7-15.
145. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. (2006) What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in developing country contexts? *Soc Sci Med*, 62:858-865.
146. Jones K, Saxon L, Cunningham W, Adams P. (2013) Secondary prevention for patients after a myocardial infarction: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, 347:f6544 doi: 10.1136/bmj.f6544
147. Smajlović D. (2015) Strokes in young adults: epidemiology and prevention. *Vasc Health Risk Manag*, 24(11):157-164.
148. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. (2010) Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges. *World Health*

Organization, European Observatory on Health Systems and Policies 2010.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf Letöltve:
2017. 06. 23.

149. Dohányzás elleni törvény: 2012. évi CXXXIV. törvény, 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet; http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200134.TV
150. Népegészségügyi termékadj: 2011. évi CIII. törvény, http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100103.TV

X. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE**A disszertáció alapját képező közlemények:**

1. Szentes T, Kovacs L, Ovary C (2016). New hospital structure in the twenty-first century: the position of level III (tertiary) neurological and stroke care in a changing healthcare system. *Springerplus*, 5:(1) Paper 2039. 9 p.
2. Szentes T (2016). Risk Factors, Processes and Risk Management within a Public Health Context. *Medycyna Srodowiskowa / Environmental Medicine*, 19(2):7-18.
3. Szentes T (2016). Epidemiológia és az egészségügyi ellátórendszer által előállított szolgáltatások összefüggései, főbb szakaszai Magyarországon = Major periods of and relationships between epidemiology and the services of the health care system in Hungary. *Magyar Epidemiológia*, 12(1-2):45-57.
4. Szentes T, Vályi-Nagy I (2015). Az egészségügyi ellátórendszer átalakítása: újratervezés szükségletalapon. *Orvosi Hetilap*, 156(3):83-91.
5. Szentes T, Kapócs G, Kurimay T (2013). Krónikus pszichiátriai betegek ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszerben. *Lege Artis Medicinae*, 23(1):47-51.
6. Szentes T (2007). Eltérő egészségügyi rendszerek és azok finanszírozási aspektusai. *Gazdaság és Társadalom*, 18(2):71-121.
7. Szentes T (2006). Egészségügyi reform, a dél-amerikai hibák kiküszöbölésével. *Gazdaság és Társadalom*, 17(1-2):177-193.
8. Szentes T (2004). A hazai egészségügy finanszírozásának aktuális kérdései. *Gazdaság és Társadalom*, (2):78-91.

Egyéb közlemények:

9. Csiszar A, Szentes T, Haraszti B, Balazs A, Petranyi GG, Pocsik E (2004). The pattern of cytokine gene expression in human colorectal carcinoma. *Pathology and Oncology Research*, 10(2):109-116.
10. Csiszar A, Szentes T, Haraszti B, Zou WP, Emilie D, Petranyi G, Pocsik E (2001). Characterization of cytokine mRNA expression in tumour-infiltrating mononuclear cells and tumour cells freshly isolated from human colorectal carcinomas. *European Cytokine Network*, 12(1):87-96.

X. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetemet szeretném nyilvánítani néhai professzor Gidai Erzsébetnek, aki rávett a Phd-programban való részvételre, valamint Dr. Sótonyi Péter professzornak, aki Gidai professzor asszony halála után segített a munka folytatásában és lehetővé tette, hogy azt befejezzem. Hálával tartozom Kapronczay Károly professzornak, aki mint témavezetőm bevezetett a kutatási terület alapjait képező, történeti háttérét megvilágító szakirodalomba. Ádány Róza professzor asszony a hazai népegészségügyi szemléletformálás legmeghatározóbb személyeként irányította munkámat és formálta azt a szemléletet, mely értekezésemben megjelenik. Végül pedig szeretnék köszönetet mondani Vasas Livia igazgató asszonynak, aki szakirodalom-kutatásban támogatott.