

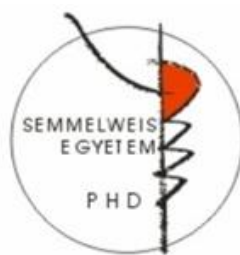
Az egészségügyi ellátórendszer kialakításának
kritériumrendszere a harmadik évezred elején, különös
tekintettel a népegészségügyi vonatkozásokra

Doktori tézisek

Dr. Szentés Tamás

Semmelweis Egyetem

Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető:

Hivatalos bírálók:

Szigorlati bizottság elnöke:

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Kapronczay Károly DSc,

Dr. Hankó Balázs PhD, egyetemi
docens

Dr. Paulik Edit PhD, egyetemi
docens

Dr. Mónos Emil DSc, professor
emeritus

Dr. Bognár Gábor PhD, egyetemi
docens,

Dr. Balázs Margit DSc, egyetemi
tanár

Budapest

2017.

Bevezetés

Az egészségügyi ellátás biztosítása közfeladatként csak lépésről lépésre épült be az állam vagy a helyi önkormányzatok által a lakosságnak nyújtott szolgáltatások közé. Az állam szerepének alakulását az európai államokban olyan fejlődési folyamatként foghatjuk fel, amely bizonyos állomásokon keresztül eljutott az adott kor által megkívánt állapotig, és onnan az orvostudomány által meghatározott lehetőségek szerint, a társadalmi fejlődés keltette szükségleteknek megfelelően haladt tovább.

Az egészségügyi intézmények kialakulása és fejlődése több évszázaddal előzte meg az egészségügyi szolgáltatások rendszerszintű szervezésének – az egészségügyi ellátórendszernek – a létrejöttét. 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. 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.

Egészen a XIX. századig az orvostudomány és a technológia fejletlensége akadályozta, hogy a kórházakban tényleges és hatékony gyógyító tevékenységet végezzenek. 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 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. A kórházak szerepe felértékelődött, mivel az eredményeket intézményi keretek – erre alkalmas infrastruktúra, humán erőforrás – között tudták használni. A kórház mint egészségügyi intézmény jelentékennyé vált az ellátórendszeren belül, és ehhez társulón 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 újra átértékelődött, mert azok az ellátások, amelyek

korábban csak kórházakban voltak megtalálhatók, most már gyakran alap- vagy közösségi ellátásokként szerepelnek.

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.

Célkitűzés

A 2008-ban kezdődő gazdasági válság 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. A gazdasági válság csökkentette a társadalom öngondoskodó képességét, ugyanis a szűkülő állami feladatrendszerből kikerülő szolgáltatásokat a társadalom tagjai csak a szabadpiacról tudják beszerezni. Az egészségügyi szolgáltatások piacosításával azonban 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 tudatos és aktív magatartást feltételez, azt, hogy az állam a saját eszközürendszerével – 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 eszközürendszerrel.

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 tekintetem 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 olyan kvantitatív elemzésekre is támaszkodtam, 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, továbbá hazai neurológiai és stroke-ellátás intézményi szerkezetének vizsgálata és javaslattétel az optimális átalakításra. 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.

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. 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:

- Megvizsgáltam az egészségügyi szolgáltatások piacának alakulását mind szabályozás, mind szolgáltatásvásárlás, mind pedig a szolgáltatások alakulásának vonatkozásában.
- Elemeztem a populáció morbiditási viszonyaival kapcsolatos információkat, melyekből a tudomány adott fejlettségi szintjén tudtam következtetni a társadalmi szükségletekre.
- 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.

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.

Elemeztem a jelenlegi magyar egészségügyi ellátórendszert és az elmúlt évek egészségügyi reformtörekvéseit. Tanulmányoztam a reformtörekvések két nagy célterületét, a pénzügyi, finanszírozási oldalt, amely a szolgáltatások vásárlásán keresztül kívánja optimalizálni a rendszer működését, illetve a strukturális területet, amely az egészségügyi szolgáltatások előállításával kívánja javítani azt.

Eredmények

Az egészségügyi ellátások közfeladattá válása

Az egészségügyi ellátások beépülése az állam által ellátott közfeladatok közé fokozatosan ment végbe a XVIII. századtól. Az állam 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 három funkció – szabályozás, vásárlás, szolgáltatás – 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, amely a folyamatok későbbi szakaszában meghatározóvá vált.

Állami jelenlét az egészségügyi piacon

Az egészségügyi ellátórendszerek – egészségügyi intézmények és a gyógyításban részt vevő személyek és szervezetek rendszere –

folyamatosan változnak, optimális esetben leképezik az orvostudomány és a technológia adott fejlettségi szintjét, másrésztől megfeleltethetők a populáció morbiditási jellemzői által meghatározott igényeknek. Ezek a rendszerek azonban mindig eltérnek az optimumtól, aminek az oka, hogy jelentős ellenállást fejtenek ki a változásokkal szemben, valamint hogy kialakításuk szempontrendszere nem szabályozott, ami sok esetben 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 szabályozásának hiánya 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.

A szolgáltatási szükséglet és portfólió egymáshoz való viszonya

Az egészségügyi ellátórendszer kialakításában le kell képezni a társadalmi szükségletet leíró epidemiológiai viszonyokat. A társadalom egészségügyi szolgáltatási szüksége és az ellátórendszer által előállított szolgáltatási portfólió egymáshoz való megfeleltethetősége fontos indikátora az ellátórendszer minőségének. Az általam 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.

Az első epidemiológia korszakban 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 számos kórkép diagnosztikája vált lehetővé és hatékony kuratív eljárásokat fejlesztettek ki. Ebből fakadóan 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 második korszakban megjelent szekunder prevenció 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 prevenció szolgáltatások közé.

A legjelentősebb elmaradás a terciér prevenció 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 szükségletek hatása a szolgáltatásokra és az intézményi struktúrára

Az egészségügyi ellátórendszer klinikai szolgáltatásainak vizsgálatakor 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 kapacitáshiány a tuberkulózis okozta jelentős társadalmi betegségterhelés miatt. Az ekkor jelentkező hiány indukálta az alacsony progresszivitású, olcsóbb, preventív típusú szolgáltatások bevezetését – tüdőgondozók megjelenése 1907-től –, amelyek hatékonyan tehermentesítették a fekvőbeteg-ellátást végző kórházakat. A gondozói szolgáltatások ekkor már hatékonyan ötvözték a primer, szekunder és terciér 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 betegségterhelést jelentő betegségcsoport, a nemzeti betegségek és a pszichiátriai betegségek esetén. Ez a tendencia azonban nem folytatódott, 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 indította el azt a folyamatot, ami az egészségügyi piac és az ellátórendszerek vizsgálatához vezetett, 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.

A progresszív szolgáltatások koncentrációja

A technológiai fejlődés 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 egyén szintjén is csak megfelelő gyakorlat, ellátott esetszám birtokában biztosítható. Ezzel párhuzamosan természetesen a betegség-összetétel is jelentősen átalakult a kórházi szolgáltatások között.

Az intézményi koncentrációról írottak kapcsán dolgozatomban bemutatok egy példát a hazai progresszív neurológiai ellátás tervezésére vonatkozóan.

Az intézmények strukturális és működési szabályozásának szükségessége

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.

A primer prevenciók szolgáltatások kiterjesztése

Az egészségügyi szolgáltatások állami szolgáltatások, amelyekre a rendelkezésre álló források szűkössége jellemző, azaz a nem vagy korlátozottan bővülő piacon kell megoldást találnunk a populációs 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. A populációban kialakuló megbetegedések száma hatékony primer

preventív szolgáltatások bevezetésével csökkenthető. A primer preventív szolgáltatásokkal a betegségek kialakulásában közrejátszó kockázati tényezők eliminálását, hatástalanítását kívánjuk 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. A primer preventív szolgáltatások kiterjesztése és populációs szinten hatékony megvalósítása meghatározó módon befolyásolja a különböző egészségügyi rendszerek hatékonyságát és fenntarthatóságát.

A szekunder prevencióban rejlő lehetőségek

Egy másik fontos eszköz az egészségügyi piac befolyásolásához a szekunder prevenció, amely a várható élettartam növekedése mellett a drága, progresszív, magas technológiájú szolgáltatások kiváltását célozza olcsó, alacsony progresszivitási szinten nyújtható szolgáltatásokkal. 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 volna. 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.

Következtetések

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 eszközrendszere 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.

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.
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.