

## Az Infokommunikációs Technológiák (IKT) hatása a méltányosságra, esélyegyenlőségre és a fenntarthatóságra, 1. rész

Dr. Kincses Gyula, egészségpolitikai szakértő

A szerző tanulmánya első részében áttekinti az egészségügy fenntarthatósági problémájának okait. Véleménye szerint a 20. század közepén volt egy rövid boldog időszak, amikor azt hittük, hogy a technológiai fejlődés megoldja az egészségügy problémáját, és különösebb egyéni vagy társadalmi teher nélkül mindenki hozzáférhet a jó ellátáshoz, egészséghez. Mára ez a remény meghalt, a fenntarthatóság a 20. század utolsó negyedétől a társadalmi igazságosságra törekvő egészségügyi rendszerek egyre súlyosabb kihívása. A 20. század utolsó évtizedétől nyilvánvaló, hogy a gazdaság növekedése (az igazságosságra törekvés kiterjedése mellett) nem tart lépést a technológiai fejlődés és a demográfiai változások okozta kódolt költségnövekedéssel.

*The impact of Infocommunication Technologies on equity, equal opportunities and sustainability. The author in the first part of the study reviews the reasons of the sustainability problem of healthcare. In his opinion there was an easy period in the middle of the 20th century when it was believed that the technological development would solve the problem of healthcare, and appropriate medical care and good health would be available for everyone, without any particular individual or social burden. By now this hope is lost – since the last quarter of the 20th century sustainability has become a more and more difficult challenge for health care systems aiming social justice. Since the last decade of the 20th century it is obvious that the economic growth (besides the growing intension for justice) does not keep up with the increasing costs caused by technological development and demographic changes.*

### A KÖRNYEZET: A FENNTARTHATÓSÁG ALAP-PROBLÉMÁJA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A fenntarthatóság az egészségpolitika számára is egyre nyilvánvalóbban meghatározó kérdéssé válik, sőt: az esélyegyenlőség az igazságosság tarthatósága tekintetében a legsúlyosabb kérdéssé vált. Maga a fogalom látványos fejlődésen ment keresztül: a '80-as évek elején még inkább pár elszánt környezetvédő magánügye, ami a '90-es évekre a zöld mozgalmak kiteljesedő megerősödését hozta, mindez a 2000-es években antiglobalista attitűddel egészült ki. Mára – az érezhető globális felmelegedés miatt is – már a közpolitikák elengedhetetlen része a környezet-tudatosság, de egyre egyértelműbb, hogy a fenntarthatóságban a kör-

nyezeti problémáknál akár nagyobb (hamarabb ránk égő) kockázatot jelent a jóléti rendszerek európai értékrendnek megfelelő fenntarthatósága [1]. Egész Európa a szerzett jogok csapdájában vergődik [2]. Európa számára a jövő meghatározó kérdése, hogy hogyan lehet összeegyeztetni a versenyképesség megőrzését/javítását egy egyre inkább globalizálódó piacon az örökölt jóléti rendszerek fenntarthatóságával. A tét, a mindannyiunk által elfogadott európai értékrend gazdasági fedezetének a biztosíthatósága, mely szükségszerűen mindenütt a jóléti rendszerek felülvizsgálatát fogja eredményezni [3].

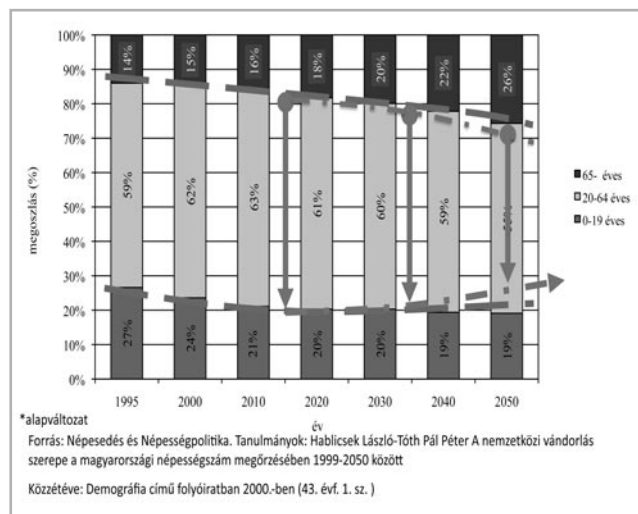
A 20. század közepén volt egy rövid boldog időszak, amikor azt hittük, hogy a technológiai fejlődés (védőoltások és diagnosztika fejlődése, az antibiotikumok általánossá válása stb.) megoldja az egészségügy problémáit, és mindenki hozzáférhet a jó ellátáshoz, egészséghez. Mára ez a remény meghalt, a fenntarthatóság a 20. század utolsó negyedétől a társadalmi igazságosságra törekvő egészségügyi rendszerek egyre súlyosabb kihívása. A konfliktus alapja az, hogy a gazdaság növekedése (az igazságosságra törekvés kiterjedése mellett) nem tart lépést a technológiai fejlődés és a demográfiai változások okozta szükségszerű, kódolt és tartós költségnövekedéssel. A technológiai fejlődés ugyanis „a betegségek legyőzésével” nem szűkítette az egészségügyi ellátási igényeket, hanem növelte az alábbiak miatt. A finanszírozás feszülésének fő okai:

- Abszolút költségnövekedés
  - a szükségletek növekedése,
    - az élettartam növekedése (az előregedés, mint szükséglet-növelő tényező),
    - a morbiditási mintázat megváltozása: a krónikus, tartós megbetegedések arányának növekedése, egyes nem gyógyítható betegségek az élettel tartósan összeegyeztethetőkkel válnak (folyamatos, magas kezelési költség).
  - Technológiai robbanás
    - új diagnosztikai eljárások, új megbetegedések felismerése,
    - új terápiás eljárások, a lehetséges terápiás tár bővülése.
- Az igények növekedése/szokások változása
  - nő(t) az általános igény az equity kiterjedése iránt,
  - nőtt az igény a közösségi megoldások iránt: csökkent az öngondoskodás, családi, kisközösségi gondoskodás szerepe.
- A forrásoldal nehézségei
  - a lakosság előregedése, a gazdaságilag inaktív lakosság arányának növekedése (az előregedés, mint forrásoldali kérdés: az aktív – inaktív arány-eltolódás),

- a gazdasági növekedés veszélyeztetése a magas közterhek miatt.

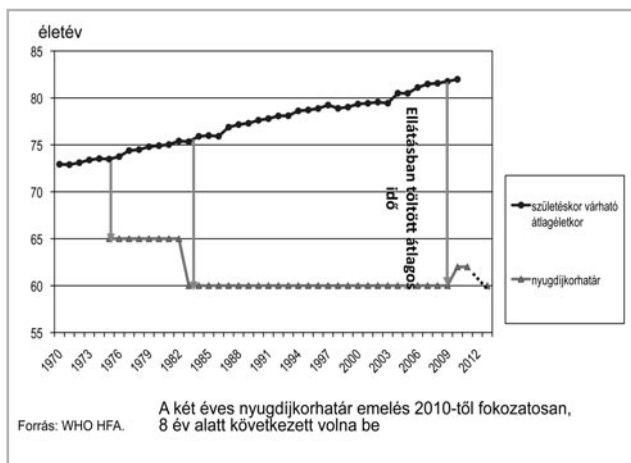
Következmény: Egyre kevesebb aktív kereső egyre több ember egyre drágább ellátását fizeti, és a jóléti kiadások (eü, nyugdíj, szociális) fenntarthatósága egyre nagyobb redistribúciót követel, ami rontja a versenyképességet, ez tovább növeli a jóléti kiadások arányát. (Circulus vitiosus kockázata.)

Az 1. ábra azt mutatja, hogy a KSH népesedéstudományi intézete szerint hogyan változik meg 2050-re a korösszetétel. Amit tudunk kell: valamennyi pozitív (és kívánt) forgatókönyv – a születések számának növekedése, a halálozások számának csökkenése, a várható élettartam növekedése –, középtávon mind rontja a korstruktúrát, hiszen ezek egyike sem növeli az aktív dolgozók számát, csak az eltartásra szorulókat.



1. ábra  
A magyar népesség várható korösszetétele, 1995-2050

A társadalmak „belátás-deficitének” és a politikának a kisebb ellenállás irányába törésének eklatáns példája, ami 2010 őszén Franciaországban történt. A nyugdíjkorhatárnak a jelenlegi 60 évről – 8 évre elhúzottan – 62-re emelése hihetetlen társadalmi ellenállásba ütközött. A 60 éves nyugdíjkorhatárt 1983-ban az Francois Mitterrand néhai szocialista köztársasági elnök vezette be egyik első intézkedéseként, az akkori 65 év leszállításával. Tette ezt annak ellenére, hogy az előző tizenkét évben két és fél évvel nőtt a születéskor várható élettartam, azaz ezzel hét és fél évvel növelte a várhatóan nyugdíjban tölthető időt. Ezt a baloldal érintetlen szociális vívmányának tekintette, és ehhez sokáig a jobboldal sem mert hozzányúlni. 2010-ben Nicolas Sarkozy konzervatív államfő emelte fel a korhatárt korábbi 60-ról lépcsőzetesen 62 évre. Az öt leváltó szocialista kormány 2012 őszén ismét leszállította a korhatárt, miközben az átlagos életkor tovább nőtt, és várhatóan tovább növekszik (lásd 2. ábrát).



2. ábra  
Szembesülés a realitással, Franciaország

Mindez jól mutatja, hogy a megváltozó demográfiai – technológiai helyzet az örökölt szokásjog mellett súlyos társadalmi kockázatokat vet fel. Mindez a társadalmi koherencia és a politikai stabilitás fellazulásának kockázatát hozza, mert: a reform sok esetben jogszűkítéssel jár, ⇒ egyes rétegek vesztesnek érzik magukat (pl.: nyugdíjkorhatár emelése, igénybevételi rend „komolyan” vétele, rossz egészségmagatartás szankcionálása, kényszeresorolás stb.), ⇒ elégedetlenség, reformellenesség ⇒ szélsőségek erősödése, ⇒ mindehhez társul az etnikai és vallási törésvonalak erősödése, szegregáció, ami az új migrációs hullám nélkül is enklávék kialakulásához vezet ⇒ következményként politikai instabilitás, radikalizálódás, szélsőségek (elsősorban szélsőjobb) megerősödése. Ez a gondolatsor az első leírásakor (2009) még indokolatlan aggodásomnak tűnt, de mára már ez a veszélyes jelen, és jól mutatja, hogy a jóléti rendszerek fenntarthatósága sokkal messzebb vezető, és Európa szempontjából meghatározó kérdés.

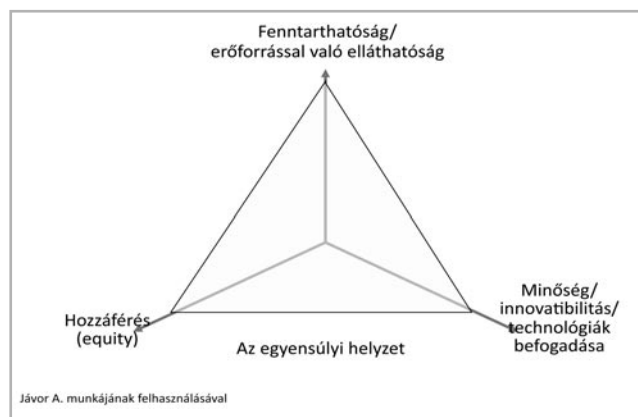
### A fenntarthatóság alapkérdései az egészségügyben

A fenntarthatóság jól láthatóan az egészségügyben is egyre inkább éleződő kérdés, és akkor beszélünk fenntartható egészségügyi rendszerről, ha az egészségügy

- ellátható a szükséges erőforrásokkal (pénzeszköz, humán erőforrás és technológia),
- megfelelő hozzáférésű és biztonságú ellátást nyújt, és
- megvan a rendszerrel kapcsolatos társadalmi elégedettség úgy a lakosság/betegek, mint az ellátók és a „politika” szemében.

Furcsának tűnhet, hogy a társadalmi elégedettséget is a fenntarthatóság feltételei közé sorolom, de a politika eszerint „mér”, ennek megfelelően dönt: amíg a betegek elfogadják azt, hogy olyan az egészségügy amilyen, addig nem is érdemes erre többet költeni, hiszen nincs megvásárolható politikai haszon. Ráadásul az ellátók elégedettsége az utóbbi időben értékelődött fel: a kinyílt mobilitás és globális orvoshiány miatt fenntarthatósági kérdéssé válik az ellátók elégedettsége.

Az egészségügyi ellátás igazságosságának, minőségének, fenntarthatóságának dimenzióit az 3. ábra mutatja.



**3. ábra**  
Az egészségügyi ellátás vektorainak egyensúlya

Ha a 3. ábrán látható háromszöget tekintjük a rendelkezésre álló erőforrás-tömegnek, akkor belátható, hogy csak a hozzáférés és a technológiakövető minőség korlátos egyensúlyával érhető el fenntarthatóság. Ráadásul a hozzáférésnek/equitynek is több dimenziója van, mint pl. a térbeli (lásd: lakcím-lutri, település-szerkezetből adódó egészség-egyenlőtlenségek), az egyéni fizetőképességtől való függőség, és a betegségek esélyegyenlősége. Amennyiben a minőséget tartjuk abszolút prioritásnak, akkor az adott erőforrástömeg esetében a hozzáférés sérül, amennyiben korlátozás nélküli hozzáférést akarunk megvalósítani, az csak igen alacsony technológiai színvonalon és gyenge minőségben lehetséges. Az egészségpolitika „művészete”, hogy egyensúlyt teremtsen az igazságos hozzáférés és a technológia-követő, innováció-befogadó minőség között úgy, hogy a rendszer erőforrásai biztosíthatóak legyenek. Az ábra szomorú tanulsága, hogy az esélyegyenlőség és a fenntarthatóság konkuráló értékké váltak.

Az erőforrás-ellátottság két alapidenziója a pénzeszközökkel való ellátás és a humán erőforrás (Human Resources – HR) ellátottság. A pénzeszközökkel való ellátás a finanszírozás – finanszírozhatóság, ami nem önmagában a szükséges pénzeszközök előteremtését, annak technikáit, allokációs mechanizmusait jelenti, hanem az ellátás forrásigényének csökkentését, azaz az ellátórendszer „finanszírozhatóságának” megteremtését is. A finanszírozhatóság feltételeinek kibontása nem ennek a fejezetnek a feladata, de összefoglalásul itt is szükséges elmondani, hogy a finanszírozhatóság feltételei (a szükségletek csökkentésén és a szükséges források biztosításán kívül) az ellátórendszeren belül:

- a hatékonyság javítása (technikai és allokációs)
- a költség-kontroll technikák alkalmazása [4]
- az ellátási csomag definiálása – lehatárolása
- az igénybevétel, eljárásrend, jogosultságok szabályozása, beleértve a betegek együttműködésének kikényszerítését, a bonus malus rendszerek alkalmazását.

Mindez az ellátórendszeren belül is komoly szemléleti, felelősségi és szerkezeti változásokat igényel, és a szokás-

rend fenntartása kizárja a rendszer fenntarthatóságát. Ismételtén és itt is ki kell mondani: Ezt az ellátórendszert ebben a méretben és szerkezetben, ekkora és így menedzselts szolgáltatási csomaggal, ilyen szabados és ingyenes hozzáférés mellett, ennyi (vagy még kevesebb) pénzből nem lehet működtetni. Össz-társadalmi szinten kezelve az egészségügy fenntarthatóságának kérdését ki kell mondani, és el kell fogadtatni, hogy az egészségügy fenntartható fejlődésének alapfeltétele, hogy összhangba kell hozni az egészségüggyel kapcsolatos elvárásokat és az ezért vállalt egyéni és közösségi áldozatokat.

### FENNTARTHATÓSÁG: AZ ELLÁTÓRENDSZER SZERKEZETE ÉS MŰKÖDÉSE

Az egészségügyet komplex rendszerként kell kezelni, hiszen a gyógyítás színterei, szereplői már rég túlterjedtek a hagyományos értelemben vett egészségügyi ellátórendszeren [5]. Aki költséghatékonyságban, populációs szintű egészségi állapotban, ellátás-biztonságban gondolkodik, annak ezeket a dimenziókat is használnia/kontrollálnia kell. Ennek a szintnek a lehetséges bevonásáról az info-kommunikációs (IKT) fejezetben írok.

Az ellátórendszer fenntarthatósága, finanszírozhatósága szempontjából kiemelten fontos az ún. „szerkezetváltás”, aminek a lényege, hogy az ellátórendszer szerkezetét (azaz az egyes kapacitások eloszlását, nagyságát, szervezeti formáját, hozzáférési szabályait) az orvostudomány, a technológia fejlődéséhez, a megbetegedési viszonyokhoz és a demográfiai struktúra változásához kell igazítani. Fontos tudni, hogy a szerkezetváltásnak nincs múltideje, csak folyamatos jelenideje van, azaz nem lehet egyszeri projektnek tekinteni: a lényeg a folyamatos adaptivitás, változás. A fő irányt a 4. ábra mutatja. A szerkezet átalakításának 25 éve hangoztatott célja, hogy az ellátások zöme a lakosság-közeli széles hozzáférésű, alacsonyabb költségintű ellátások felé tolódjon el. A nagy költségigényű, szakmailag igényesebb ellátásokat pedig koncentrálni kell, szabályozott, transzparens szakmai elvek és szigorú betegutak mentén biztosítva az



**4. ábra**  
Az egészségügyi ellátás szintjei – Strukturális problémák

igazságos hozzáférést. Mindez a hagyományos „klasszikus” kórházi szerep elvékonyodását hozza. Erősödő tendencia lesz, hogy az ellátás szintere kitérjen: „lefele” a laikus önsegítés, öngondoskodás, személyes egészségmenedzsment irányába, illetve „oldalra”, a nem orvosi egészségügyi szolgáltatások irányába – ideértve a komplementer medicinát is – mozdul el. Ezek kontrollálása, koordinálása szintén az egészségügyi feladata.

A technológia fejlődése ma már lehetővé teszi, hogy a hagyományos kórházközpontú ellátás más, korszerűbb, és a beteg számára kevesebb megterhelést jelentő ellátások felé mozduljon el. Ez egyrészt kórházi körülmények helyett ambulánsan is végezhető beavatkozásokat jelent, illetve sok esetben az intézményi kezelést, műtétet otthon is végezhető gyógyszeres kezeléssel váltja ki.

A működőképes szerkezet érdekében nem úszható meg az alapellátás átértelmezett megerősítése. A technológiai környezet és a háziorvosi korstruktúra a most elfogadott alapellátásról szóló törvényben felvázoltnál komolyabb változásokat követel. Az alapellátás megerősítése elengedhetetlen egy hatékony egészségügyi ellátórendszer fenntartásában, de be kell látni, hogy a jelenlegi (egy falu – egy praxis – egy orvos) modell fenntarthatatlan. Korszerű alapellátás nélkül nem teremthetők meg a preventív – gondozási szemléletű munka, az alapellátás definitív ellátási képességének növelése, gate keeper funkciójának erősítése, de még a jelenlegi betegút/esetmenedzselési képessége is sérülhet. Az alapellátás átalakításának szakmai, ellátás-biztonsági, költséghatékonysági és kikényszerítő okai vannak. A szakmai, ellátás-biztonsági, költséghatékonysági indok az egy orvos – egy praxis alapú működés fenntarthatatlansága mellett: a szükséges és korszerű orvosi tudás ma már nem birtokolható egy személy által, és az ehhez szükséges korszerű orvosi-technika nem működtethető költséghatékonyan egyetlen orvos által. Az izolált praxisokban az ellátásbiztonság garanciális lehetőségei is gyengébbek.

Az alapellátás hosszabb távon csak az alapellátás fogalmi – szervezeti átértelmezésével, teljes megújításával tartható fent. A jövő a team jellegű munkáé, ahol a mikrotérségi „egészségházakban” emelt kompetenciájú csoportpraxis látja el a be-

tegeket. A csoportpraxis és a praxisközösség közötti alapvető különbség az, hogy a praxisközösség tagjainak kompetenciája azonos, így a praxisközösségé sem magasabb, mint egy szülő praxisé. A csoportpraxisban különböző képesítésű és feladatú egészségügyi szakszemélyzet együttesen nyújt egy emelt szintű, emelt kompetenciájú, folyamatos – tervezett, gondozás-központú ellátást. Ennek a csoportpraxis modellnek jó kiinduló alapja Svájci-Magyar Együttműködési Program keretében megvalósuló SH/8/1 Alapellátás-fejlesztési Modell-program. Ez a modell már komplex gondozási – prevenciós munkára koncentrálna, de a végleges modellhez szükség lesz a szakdolgozói kiterjesztés – dietetikus, gyógytornász stb. – mellett az orvosi munka kiterjesztésére, azaz egyes szakorvosi kompetenciák bevonására is.

Az új szemlélet alapja az, hogy a jelenlegi alapellátás – szakellátás kompetencia szétválasztás helyett egy új kompetencia meghatározásra lesz szükség, melyben a ma szakellátásba sorolt ellátások jelentős része az emelt szintű alapellátás kompetenciájába kerül (lásd az 5. ábrát). Tehát nem egész szakmák (nőgyógyászat, belgyógyászat, allergológia, reumatológia stb.) kerülhet „le” teljes egészében az alapellátásba, de ezen szakmák rutin-tevékenységei bekerülhetnek a csoportpraxis kompetenciájába. Azt is rögzíteni kell, hogy ennek az átalakításnak komoly gátja a „praxisjog” intézménye, ami végkép értelmezhetetlenné válik, de vagyonszerű jogként a szereplőket ellenérdekelte teszi az átalakulásban. (A praxisjog „horgászengedély” jellege eleve értelmetlen és eredmény-nélküli nehezítés volt egy hiányszakában a foglalkozás megkezdéséhez, és eredeti funkcióját ma sem tölti be.)

Az alapellátás ilyen átalakulása természetesen egyéb kényszereket is szül. Le kell mondani az „egységes” (szervezetű, működésű) alapellátásról. Más a perspektíva vidéken, az aprófalvas településeken, és más a városokban. A fent leírt csoportpraxis modell alapvetően a kisebb településeken lehet reális, ahol már eleve nincs orvos. A városokban egy másik lehetséges fejlődési út a szakorvosokra épített szakgondozási praxis, ahol egy krónikus, folyamatos gondozást igénylő betegség betegkörének emelt szintű alapellátását egy szakorvos nyújtja. (A szakgondozási feladatok mellett a hagyományos alapellátási feladatokat is a szakorvos végzi.)

A fentiek azt jelentik, hogy a későbbiekben szükségszerűen csökken a szervizpontok száma, 20 év alatt várhatóan megfelelődik, 3000 alattira csökken az orvos által működtetett alapellátási pontok száma. Ez főleg a kistelepüléseket érinti, ezért településszinten egyéb megoldásokat kell találni. Egyrészt a védőnői rendszert települési egészségfejlesztő/egészségsszervezővel kell kiegészíteni, másrészt (kis)településeknél intelligens terminálokat („egészség-automátát”) kell felállítani, amelyek egyszerre info-pontok, defibrillátorral ellátott elsősegély pontok és gyógyszerkiadó automaták is. A gyógyszerterek egészség-gondozó szerepe is megerősítendő (véltetően a jövőben több patika lesz, mint alapellátási egység), de nem realitás, hogy minden kistelepülésen gyógyszerteret működjön. A gyakran használt, ismert alkalmazású készítményeket árulhatják az „egészség-auto-

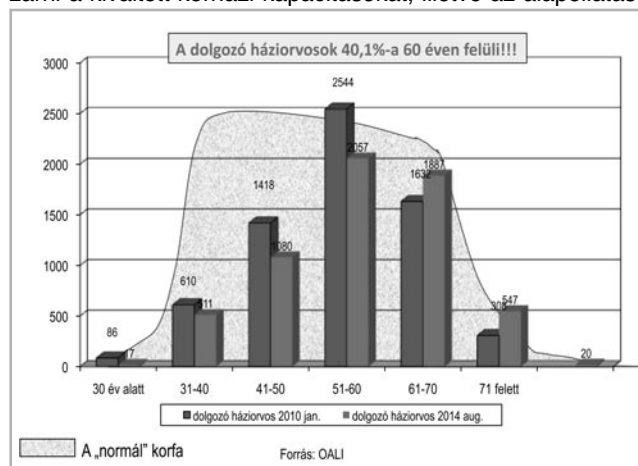


5. ábra  
Az alapellátás szükséges változása

maták”, és az e-recept megvalósítása esetén a receptköteles gyógyszerek kiszállítása, automatákból TAJ kártya ellenében való kiadása is végiggondolandó. A halmozottan hátrányos csoportok számára a közösségi egészségfejlesztőt kell ezekkel a gyógyszer-átvételi jogosítványokkal ellátni.

Az alapellátás átalakításának nemcsak szakmai racionalitása, de szomorú kényszere is van: a 6. ábra mutatja, hogy a szakma kiöregedése miatt egy évtizeden belül tömegével ürülnek ki a körzetek, és a szükséges pótlás a jelenlegi általános orvoshiány, elvándorlás és kibocsátási keretszámok ismeretében lehetetlen. Az ábrán jól látható, hogy kétezer feletti a nyugdíjas korú háziorvosok száma. Ehhez képest – az ENKK közlése szerint – az elmúlt években évente 80 körüli szakorvosjelölt kezdte meg a reziden-si működést, ami kizárja a pótlást. Az idén nyáron elfogadott törvény jó irányú változásokat indukál, de nem elég merész, így nem lesz képes megoldani az alapellátás fenntarthatósági problémáit.

A járóbeteg szakellátás területén előremutató (lehetett volna) a kistérségi egészségházak építése, de történetük jól mutatja azt, hogy az ellátórendszer egyes elemeit nem lehet izoláltan fejleszteni. A tényleges működőképességhez át kellett volna alakítani a szakmai szabályokat és be kellett volna zárni a kiváltott kórházi kapacitásokat, illetve az alapellátás-



6. ábra  
A háziorvosok kormegoszlása

nál leírtak szellemében integrálni kellett volna az alapellátást. A kórházrendszer átalakulásában az örökölt hordó forma

A cikk folytatását lapunk következő számában találják meg Tisztelt Olvasóink

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] [https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/177229/Kiss%20Marietta\\_joleti%20allam%20diss\\_vegso2.pdf;jsessionid=3843958897D0B1CCE7B02A83E9C798D5?sequence=1](https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/177229/Kiss%20Marietta_joleti%20allam%20diss_vegso2.pdf;jsessionid=3843958897D0B1CCE7B02A83E9C798D5?sequence=1)
- [2] <http://slideplayer.hu/slide/2230293/>

helyett homokóra felé való elmozdulás a cél. A hagyományos kórházi ellátás zömét a rutin ellátások adták, ehhez kevés ápolási és rehabilitációs tevékenység kapcsolódott, illetve kapacitásában, hozzáférhetőségében nem követte a technológiai fejlődést, illetve a morbiditási helyzet változásait a progresszivitás felső szintje. A szerkezetváltás feladata a klasszikus „kórház” (általános belgyógyászat, alapszakmák rutin esetekkel és ápolási túlsúllyal) elvékonyítása, a feladatok le- és átadása más ellátási szintekre. Egyrészt az aktív eseteket az egynapos sebészet, a nappali kórházi ellátás és a járóbeteg központok felé; az ápolási túlsúlyú feladatokat pedig az ápolási intézmények, ápolási rendszerek (házi/családi/távfelügyelt ápolási) területére. Másrészt a centrumok, regionális szakmai központok megerősítése a feladat, így a szakmailag igényesebb, nagy erőforrás-szükségletű eseteket a centrumokba kell továbbküldeni (homokóra forma felé való elmozdulás).

A várható (fenntartható) szerkezet tehát:

- (kis)település szinten szintér jellegű (iskolára, munkahelyre alapozott) programokkal támogatott prevenciószolgáltatásokra („felnőtt védőnő”) és IKT támogatottságú ellátás-szervezésre alapozott szervizpontok,
- mikrotérség szinten erős, a mainál magasabb kompetenciájú, csoport-praxis alapú alapellátás,
- kistérségi szinten kistérségi egészségügyi központok, amelyekben az egynapos sebészet és a nappali kórházak átvesznek számos, jelenleg a kórházi szférába tartozó ellátást. Mindehhez az első három szinten ápolási – szakápolási rendszerek taroznak, melyek integrálják a szociális és az egészségügyi ellátást a civil segítséssel,
- megyei szinten 365X24-es üzemmódban dolgozó sokszakmás nagykórház,
- regionális szinten ezekre, illetve egyetemi klinikákra/országos intézetekre épített regionális/országos centrumok.

Mindez két kiegészítést igényel. Az egyik, hogy mindehhez a közfinanszírozásban vélhetően szigorúbb igénybevétel és ellenőrzött együttműködés társul. A másik: a magasabb szintek szupervíziós szerepet is betöltenek, nem feltétlenül minden kezelést maguk végeznek. Egy daganatos beteg terápiás tervét a centrumban kell eldönteni, de a kemoterápiás kezelés már a kistérségi nappali kórházban is megadható.