

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM  
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR  
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA**

**Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Bódis József**

**Programvezető: Prof. Dr. Kovács L. Gábor**

**Témavezető: Prof. Dr. Boncz Imre**



**AZ INTEGRÁLT EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁS  
LÉTREHOZÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI**

**Doktori (Ph.D.) értekezés**

**Cs. Horváth Zoltán**

Pécs, 2014.

## TARTALOMJEGYZÉK

Tartalomjegyzék .....	1
Rövidítések jegyzéke .....	2
1. Bevezetés .....	3
2. Célkitűzések.....	6
3. Az otthoni szakápolás egészségbiztosítási vonatkozásainak elemzése Magyarországon.....	7
4. A szociális házi segítségnyújtás kapacitás és finanszírozási adatainak értékelése.....	18
5. A hosszú ápolási idejű, intézményi keretek között nyújtott szociális idős ellátások elemzése .....	30
6. Betegápolás finanszírozása a magyarországi egészségügyi ellátásban .....	42
7. A szociális és az egészségügyi ellátórendszer gyakorlati együttműködési lehetőségei .....	53
8. Megbeszélés .....	76
9. Új eredmények, gyakorlati hasznosítás .....	79
10. Köszönetnyilvánítás .....	81
11. Publikációs jegyzék.....	82
12. Mellékletek .....	85
14. Nyilatkozat.....	92

## RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

<b>ÁSZ</b>	Állami Számvevőszék
<b>BNO</b>	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
<b>E. ALAP</b>	Egészségbiztosítási Alap
<b>EMMI</b>	Emberi Erőforrások Minisztériuma
<b>ESKI</b>	Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet
<b>ESZCSM</b>	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
<b>EÜM</b>	Egészségügyi Minisztérium
<b>GYEMSZI</b>	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet
<b>HBCS</b>	Homogén Betegség Csoport
<b>HGCS</b>	Homogén Gondozási Csoport
<b>IBH</b>	Integrated Behavioral Health
<b>ICPM</b>	International Classification of Procedures in Medicine
<b>KIM</b>	Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium
<b>KSH</b>	Központi Statisztikai Hivatal
<b>MÁK</b>	Magyar Államkincstár
<b>MIK</b>	Megyei Intézményfenntartó Központ
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>NM</b>	Népjóléti Minisztérium
<b>NRSZH</b>	Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal
<b>OENO</b>	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
<b>OEP</b>	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
<b>OSAP</b>	Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program
<b>OTH</b>	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
<b>SZÁIR</b>	Szociális Ágazati Információs Rendszer
<b>SZMM</b>	Szociális és Munkaügyi Minisztérium
<b>TB</b>	Társadalombiztosítás
<b>TEIR</b>	Országos Terülefejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer
<b>TEK</b>	Területi Ellátási Kötelezettség
<b>WHO</b>	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

## 1. BEVEZETÉS

Magyarországon a szociális ellátórendszer pénzbeli, természetben nyújtott valamint a személyes gondoskodás keretében végzett ellátások keretrendszere 1993-ban a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény megalkotásával jött létre. A személyes gondoskodás keretében működő szociális intézmények azonban a jogszabály megjelenése előtt is elérhetőek voltak az igénybevevők számára. Az idős emberek bentlakásos intézményeinek fejlesztése már a 2. világháború után megkezdődött, amelynek következtében a szegényházak idővel szociális otthonokká alakultak át. Ezek az otthonok „egytípusúak” voltak, fogyatékos, betegség, idős kor, rossz szociális körülmények miatt kerültek be az ellátásra szorulóknak. 1954-ben került sor – az Országos Szociálpolitikai Tanács utasítására – a szociális otthonok szakosítására. A 60-as években az „otthon maradási segítő” ellátások is létrejöttek. Az első öregek napközi otthona 1958-ban nyílt meg Budapesten. A házi gondozást az Egészségügyi Minisztérium kísérleti jelleggel 1966-ban három városban vezette be, amelynek keretében a feladatokat hivatásos házi gondozók látták el [1]. Napjainkra az ellátórendszer differenciáltá vált. Egyszerre van jelen benne, az intézményes és otthoni keretek között végzett gondoskodás, az alap- és szakellátás, valamint az átmeneti és a tartós ellátások rendszere. A szolgáltatások egy - egy célcsoportra specializálódtak (idősök, fogyatékkal élők, pszichiátriai és szenvedélybetegek valamint a hajléktalan személyek).

A rendszerváltás óta majdnem minden demokratikusan választott kormány szándéka volt, hogy a legelesettebb, legszegényebb rétegek számára feszítse ki a szociális hálót, ugyanakkor átütő sikerről mindeddig nem számolhattunk be [2]. 1993-ban megalkotott szociális törvény által szabályozott ellátórendszer, a jelenlegi formájában csak korlátozott formában képes arra, hogy a társadalomban jelenlévő szociális problémákat, feszültségeket oldja. Bizonyos ellátások rosszul célzottak, nincs biztosítva a teljes esélyegyenlőség a különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférés terén [3].

Az ellátórendszer működtethetőségében fokozódó terhet jelentenek a népesség-, az információ- és az élettartam tekintetében megjelenő robbanásszerű változások. A

társadalomban a 60 éves kornál idősebbek száma gyorsabban emelkedik, mint a többi korcsoporté. 1950-ben regisztrált kétszáz millióról 2025-re egymilliárd kettőszázmillióra gyarapodik számuk, ami 75 év alatt hatszoros növekedést jelent [4]. Európában a népesség öregedésének két fontos változási folyamata figyelhető meg. 1970 óta a nők körében 5,5, a férfiak körében pedig közel 5 évvel nőtt a születéskor várható élettartam. Ez a változás egyben azt is jelentheti, hogy megnő a „jó egészségben”, fogyatékoság nélkül eltöltött várható élettévek száma, így növekszik az idős személyek aránya. Ez a 2000. évi 16,1%-os adattal összehasonlítva, előrevetíti hogy 2050-re a társadalom 27,5%-át a 65 évnél idősebbek alkotják. 2000-ben a 80 évnél idősebb személyek a társadalom 3,6%-ának megfelelő arányban voltak jelen, 2050-re ez a szám elérheti a 10%-ot [5]. Az ismertett demográfiai folyamatok komoly kihívás elé állítják az európai országok társadalombiztosítási, egészségügyi, szociális ellátórendszereit. A családon belüli szerepek megváltozása következtében az idősök ellátásában egyre nagyobb hangsúlyt kap a „professzionális” ápolás. Az ellátást szigorú szakmai protokollok alapján, szakképzett ápolók végzik, legyen szó intézményi vagy otthoni gondozásról.

Magyarországon az idősök számára szervezett „professzionális” ellátások az alapszolgáltatások rendszerében a szociális étkeztetés, a házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, az idősök számára szervezett nappali ellátás (idősök klubja). A szakosított ellátások keretében átmeneti otthonok, valamint tartós ápolást biztosító idős otthonok működnek. Az idősgondozás az egészségügyi ellátások rendszerében is megtalálható. Az alapellátások tekintetében a háziorvosi szolgálatban, az otthoni szakápolásban, a fekvőbeteg ellátáson belül a krónikus ellátások keretében. A jelzett demográfiai változások rövidtávon kikényszerítik az ellátórendszerek integrált szemléletű átalakítását. A szűkösen rendelkezésre álló pénzügyi- és humán erőforrások, csak így tudják kielégíteni a folyamatosan növekvő ellátási igényeket.

Az idősellátás finanszírozási területének feltérképezését nehezíti a viszonylag kevés szakirodalmi feldolgozás, publikált kutatás. Nem könnyíti meg a modellezést, az ellátórendszerek eltérő fogalmi rendszere, adataik különböző nyilvántartási metodológiája [6]. Fontos, hogy a rendelkezésre álló statisztikai, finanszírozási adatok interszektoralis megközelítésével tegyünk javaslatot az új típusú, integrált keretek között működő idősellátási modellre.

## IRODALOMJEGYZÉK

---

- 1 Jelinekné dr. Vári Zsuzsa. Az idősellátás törvényi szabályozásának változásai. Kapocs, 2011, <http://www.ncsszi.hu/kiadvanyok/kapocs-letoltheto--lapszamai/kapocs-2010/76/news> [2014.01.23]
- 2 Hodosán R.: Tíz éves a szociális törvény. Kapocs, 2003, [http://www.ncsszi.hu/download.php?file\\_id=1342](http://www.ncsszi.hu/download.php?file_id=1342) [2014.01.23]
- 3 Hoffmann I, Krémer B. Amit a szolid projekt mutat. Esély, 2005,3:29-63.
- 4 Iván L. Az idősgondozás helyzete Európában. Nővér, 1999; 12(6): 9-13.
- 5 Az egészségügyi ellátás és az idősgondozás jövője: a hozzáférhetőség, a minőség és a pénzügyi megvalósíthatóság szavatolása. [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/disability\\_and\\_old\\_age/c11310\\_hu.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11310_hu.htm) [2014.01.23]
- 6 Cs. Horváth Z.: Integrált szociális és egészségügyi ellátórendszer kialakításának lehetősége VII.IME-META Országos Egészség-gazdaságtani Konferencia, Budapest 2013. június 19.

## 2. CÉLKITŰZÉSEK

Értekezésem témája az idősök számára biztosított ápolási szolgáltatások magyarországi helyzetének bemutatása. Célkitűzésem, hogy a rendelkezésemre álló adatbázisok elemzésével felmérjem az egészségügyi és a szociális ellátórendszerben egyaránt működő idősök számára szervezett ellátásokat. Részletesen bemutatom a szolgáltatások jogszabályi kereteit, kapacitási és finanszírozási mechanizmusait.

Kutatásom főbb céljait az alábbiak szerint összegzem:

1. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatai alapján meghatározom az egészségügyi ellátás keretében működő ápolási ellátások egészségbiztosítási kiadásait.
2. A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal valamint a Magyar Államkincstár adatszolgáltatása alapján bemutassam a közfinanszírozott szociális ellátásokat.
3. Kutatásom részeként feltérképezem az egészségügyi ellátás keretében megszervezett ápolási, valamint a szociális ellátórendszerben működő idősök otthonainak férőhelyi és igénybevételi mutatóit.
4. Az értekezés eredményeit felhasználva szeretném felhívni a szakmapolitikai döntéshozók figyelmét az ellátórendszerekben meglévő párhuzamosságokra.
5. Javaslatot kívánok megfogalmazni egy egységesen szabályozott és finanszírozott ápolási ellátórendszer bevezetésére.

### 3. AZ OTTHONI SZAKÁPOLÁS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI VONATKOZÁSAINAK ELEMZÉSE MAGYARORSZÁGON<sup>1</sup>

#### ÖSSZEFOGLALÁS

**Célkitűzés:** Az otthoni szakápolás 1996 végén indult meg Magyarországon. Dolgozatunk célja a magyar otthonápolási rendszer egészségbiztosítási és igénybevételi mutatóinak bemutatása.

**Adatok és módszerek:** Az elemzésben szereplő adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozási adatbázisából (2001-2012) származnak. Elemzésre kerültek a betegszámok, a vizitszámok, a szakápolási és szakirányú terápiás tevékenységek (gyógytorna, fizioterápia, logopédia) arányai.

**Eredmények:** Az ellátott betegek száma a 2001-es 36.560-ról 2012-re 51.647-ra, 41,3 %-kal emelkedett. A teljesített vizitek száma ugyanezen időszak alatt 841.715-ről 1.194.670-re, 41,9 %-kal nőtt. A szakápolási és szakirányú terápiás tevékenységek valamint az ápolási fokozatok vonatkozásában jelentős megyék közötti eltérések figyelhetők meg. A szakápolásra kifizetett összegek aránya a legmagasabb Nógrád (80,4 %), Szabolcs-Szatmár-Bereg (79,7 %) és Komárom-Esztergom (74,6 %) megyékben, míg a legalacsonyabb Zala (53,0 %) és Csongrád (52,7 %) megyékben, illetve Budapesten (47,9 %).

**Következtetés:** Az otthoni szakápolásban jelentős területi egyenlőtlenségek mutatkoznak, amelyek mérsékléséhez olyan szakmai irányelvek fejlesztésére van szükség, amelyek az otthoni szakápolás speciális vonatkozásait szabályozzák.

---

<sup>1</sup> Jelen fejezet a következő publikáció alapján készült:

Cs. Horváth Z, Sebestyén A, Molics B, Ágoston I, Endrei D, Oláh A, Betlehem J, Imre L, Bagosi G, Boncz I. *Az otthoni szakápolás egészségbiztosítási vonatkozásainak elemzése Magyarországon*. Orv. Hetil. 2014; 155(15):597–603.



## **BEVEZETÉS**

Az otthoni szakápolás 1996 végén indult meg Magyarországon az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatásként. Jellemző célja volt a kórházi ápolási tevékenység kiváltása a beteg otthonában is elvégezhető ápolási és egyéb szakirányú terápiás ellátásokkal. Az otthoni szakápolás a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosa rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység [7].

Ebben az időszakban a nálunk fejlettebb országokban is az egészségpolitika érdeklődésének középpontjába került az ápolási tevékenység. Németországban például a német társadalombiztosítási rendszer 5. pillére, az önálló ápolásbiztosítási ágazat 1994-ben került deklarálásra és 1995. január 1-én kezdődött a rendszer működése, a járulékok fizetése. Az ellátások két lépcsőben indultak. Az otthoni ellátás (pénzbeli és természetbeni ellátás) 3 hónap járulékfizetési intervallumot követően, 1995. április 1-én indult, míg az intézményi ellátás 15 hónappal később, 1996. július 1-én kezdődött. Az előzményekből érdemes megemlíteni, hogy az ápolásbiztosítás bevezetését mintegy húsz éves széles társadalmi párbeszéd és vita előzte meg, ahol politikai, alkotmányos, vallási, filozófiai, gazdasági, pénzügyi és szociális kérdéseket egyaránt megvitattak [8]. Más országokban, így például Hollandiában [9], Franciaországban [10] és Japánban [11] is jelentős hangsúlyt fektetnek a hosszú távú ápolási szükségletekre, nem utolsósorban annak meghatározó gazdasági következményei miatt [12].

Dolgozatunk célja a magyar otthoni szakápolási rendszer egészségbiztosítási, finanszírozási és igénybevételi mutatóinak bemutatása.

## ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Az elemzéshez felhasznált adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozási adatbázisából származnak és az 2001-2012 közötti éveket ölelik fel [13]. Az otthoni szakápolás keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatások két fő csoportba sorolhatók: szakápolási ellátás illetve szakirányú terápiás szolgáltatás. A szakápolási tevékenység a szakképzett ápoló által végzett ápolási eljárásokat jelöli, míg a szakirányú terápiás szolgáltatás pedig gyógytorna, fizioterápiás és logopédiai ellátásokat foglal magába. A szakápolási tevékenységen belül három ellátási szükségleti fokozatot különböztetünk meg: teljes ápolásra, részleges ápolásra szoruló beteg vagy önellátó beteg. Teljes ápolásra szoruló az a beteg, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei közül hármát vagy annál többet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és szakápolásra szorul. Részleges ápolásra szoruló az a beteg, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei közül legalább két tevékenységet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és betegsége miatt szakápolásra szorul. Önellátó az a beteg, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységeit más személy igénybevétele nélkül képes elvégezni, de betegsége miatt otthonában szakápolási feladatok elvégzésére van szüksége (pl. stomakezelés, gégetisztítás, lábszárfekély kezelése, műtét utáni seb kezelése, parenterális táplálás és gyógyszerelés) [14]. Hazánkban az otthonápolási szolgáltatók általában vállalkozói formában végzik tevékenységüket, hasonlóan más országokhoz [15]. A magyar egészségbiztosítási rendszer felépítésének [16, 17, 18, 19] és finanszírozási technikáinak [20, 21, 22, 23] részletes leírása máshol megtalálható.

A finanszírozott szolgáltatók havi átlagos száma az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral az otthoni szakápolásra finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltatók számát jelöli. A betegek száma az ellátott lakosok számát, míg a vizitek száma a betegek ellátása során teljesített vizitek számát jelenti. Évente egy lakos egy betegként jelenik meg, akkor is, ha több alkalommal kerül otthoni szakápolásra (3.1. táblázat). Az otthonápolási ellátás igénybevételének területi eltéréseit a 10.000 lakosra jutó betegszám illetve vizitszám ábrázolásával szemléltetjük megyei bontásban (3.1. és 3.2. ábra). A szakápolásra illetve a szakirányú terápiás tevékenységekre fordított OEP kiadások arányát mutatja be a 3.2. táblázat. A szakápolási viziteken belül a betegek szakápolási fokozat szerinti megoszlásban szemléltetjük a vizitek megoszlását (3.3. táblázat).

## EREDMÉNYEK

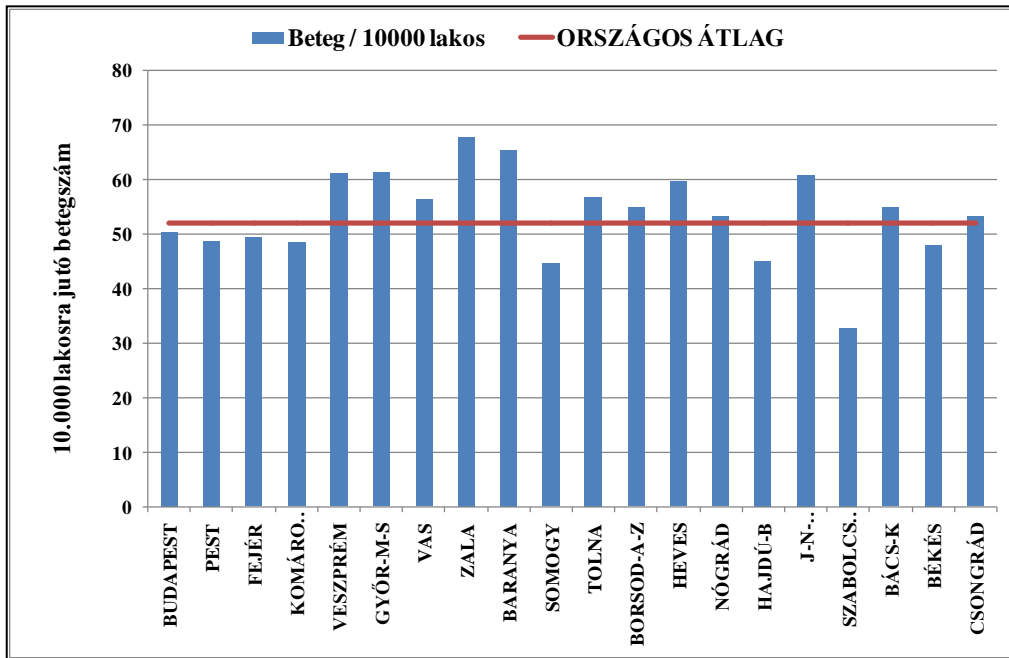
Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott otthon ápolási szolgáltatók száma a vizsgált 12 éves időszakban átlagosan 325 volt, és érdemben nem változott. Az ellátott betegek száma a 2001-es 36.560-ról 2012-re 51.647-ra, 41,3 %-kal emelkedett. A teljesített vizitek száma ugyanezen időszak alatt 841.715-ről 1.194.670-re, 41,9 %-kal nőtt (3.1. táblázat).

Év	Finanszírozott szolgáltatók havi átlagos száma (db)	Betegek száma (fő)	Vizitek száma (db)	Finanszírozási összeg (millió Ft)
2001.	327	36.560	841.715	1.454,0
2002.	324	39.500	898.594	1.707,1
2003.	319	41.298	946.181	2.298,2
2004.	319	48.576	1.165.390	2.884,7
2005.	319	49.729	1.140.919	2.966,3
2006.	315	44.974	1.120.903	2.900,6
2007.	320	45.228	1.176.829	3.095,2
2008.	319	49.593	1.251.269	3.470,1
2009.	323	49.821	1.190.508	3.334,3
2010.	317	47.887	1.104.598	3.089,8
2011.	325	50.763	1.189.764	3.317,1
2012.	324	51.647	1.194.670	3.377,0

### 3.1. táblázat

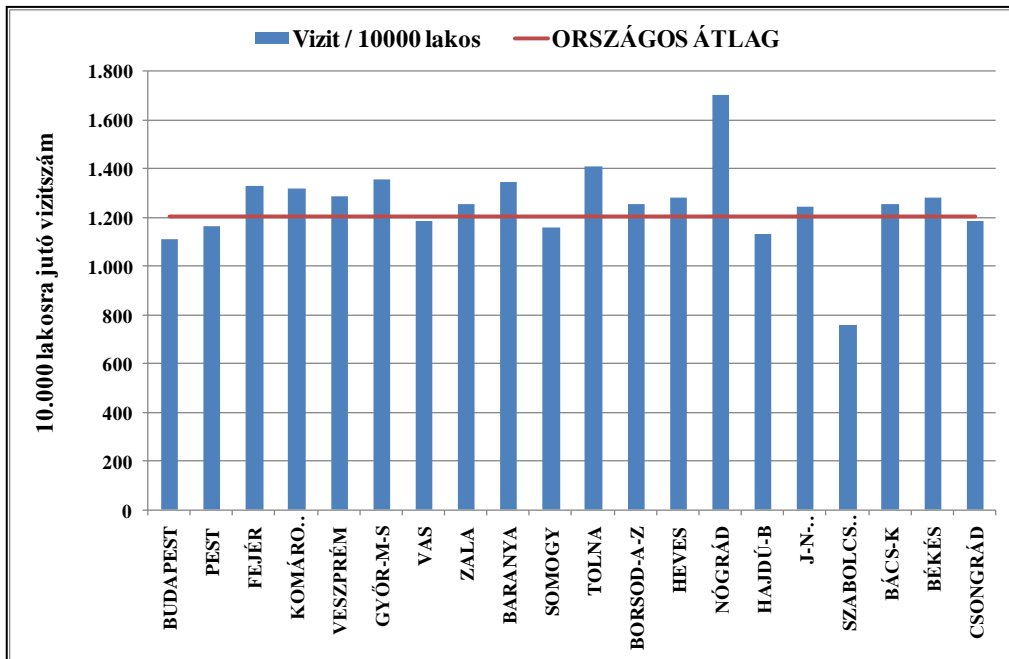
Az OEP finanszírozott otthoni szakápolás főbb adatai (2001 - 2012)

Az igénybevételi mutatók között jelentős területi egyenlőtlenségeket találtunk. A 10.000 lakosra jutó betegszám országos átlagban 52,1 fő /10.000 lakos volt. A legmagasabb értékeket Zala (67,7), Baranya (65,5) és Győr-Moson-Sopron (61,3) megyékben találtuk, míg a legalacsonyabb betegszámot Hajdú-Bihar (45,0), Somogy (44,6) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (32,6) megyékben figyeltük meg (3.1. ábra). A 10.000 lakosra jutó vizitszám országos átlaga 1.204 vizit / 10.000 lakos. A legmagasabb vizitszámok Nógrád (1702), Tolna (1411) és Győr-Moson-Sopron (1357) megyékben, míg a legalacsonyabbak Hajdú-Bihar megyében (1130), Budapesten (1110) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (761) megyében láthatók (3.2. ábra).



3.1. ábra

Az otthoni szakápolás 10.000 lakosra jutó betegszámai megyei bontásban (2012)



3.2. ábra

Az otthoni szakápolás 10.000 lakosra jutó vizitszámai megyei bontásban (2012)

A szakápolási és szakirányú terápiás tevékenységekre (gyógytorna, fizioterápia, logopédia) kifizetett összegek arányát megyei bontásban a 3.2. táblázat szemlélteti. A szakápolásra kifizetett összegek aránya országos átlagban 61,2 % volt, szemben a szakirányú tevékenységek 38,8 %-os arányával. A szakápolásra kifizetett összegek aránya a legmagasabb Nógrád (80,4 %), Szabolcs-Szatmár-Bereg (79,7 %) és Komárom-Esztergom (74,6 %) megyékben, míg a legalacsonyabb Zala (53,0 %) és Csongrád (52,7 %) megyékben, illetve Budapesten (47,9 %).

Megye	Finanszírozási összeg (millió Ft)	ebből:	
		szakápolásra kifizetett finanszírozási összeg aránya, %	szakirányú terápiás tevékenységre kifizetett finanszírozási összeg aránya, %
Nógrád	97,9	80,4	19,6
Szabolcs-Szatmár-Bereg	123,0	79,7	20,3
Komárom-Esztergom	105,6	74,6	25,4
Hajdú-Bihar	174,1	74,0	26,0
Fejér	158,4	73,2	26,8
Vas	95,7	69,3	30,7
Veszprém	134,5	67,0	33,0
Somogy	109,7	66,4	33,6
Heves	120,4	65,7	34,3
Békés	125,8	63,7	36,3
Bács-Kiskun	188,7	63,2	36,8
Tolna	92,2	61,2	38,8
Borsod-Abaúj-Zemplén	241,3	60,1	39,9
Baranya	151,8	57,9	42,1
Jász-Nagykun-Szolnok	131,7	57,8	42,2
Pest	396,1	56,6	43,4
Győr-Moson-Sopron	169,2	55,6	44,4
Zala	107,7	53,0	47,0
Csongrád	135,8	52,7	47,3
Budapest	517,6	47,9	52,1
<b>Országos</b>	<b>3.377,0</b>	<b>61,2</b>	<b>38,8</b>

### 3.2. táblázat

A szakápolási és szakirányú terápiás tevékenységekre kifizetett összegek arányai megyei bontásban (2012)

A szakápolási tevékenységen belül tovább vizsgálva az ápolási fokozatok arányát, ismét jelentős területi egyenlőtlenségeket találunk (3.3. táblázat). Országos átlagban a teljes ápolásra szoruló betegek vizitszám aránya 36,5 %, a részleges ápolásra szoruló betegek aránya 60,2 %, míg az önellátó betegek aránya 3,3 %. A teljes ápolásra szoruló betegek vizitszám aránya a legmagasabb Vas (85,9 %), Heves (55,7 %) és Baranya (55,3 %) megyékben, míg a legalacsonyabb Jász-Nagykun-Szolnok (21,9 %), Győr-Moson-Sopron (16,7 %) és Komárom-Esztergom (7,9 %) megyékben. Ezzel ellentétesen, 14,1 % – 88,5 % között változik a részleges ápolásra szoruló betegek vizitszámának aránya. Önellátó beteg Vas és Heves megyében nincs (!), a többi megyében pedig 0,1 % és 12,8 % között változik vizitszám arányuk.

Megye	Szakápolási vizitek száma	teljes ápolásra szoruló	részleges ápolásra szoruló	önellátók
		ellátására fordított arány, %		
Vas	20.377	85,9	14,1	-
Heves	25.736	55,7	44,3	-
Baranya	28.991	55,3	44,4	0,2
Zala	18.452	48,5	49,7	1,8
Bács-Kiskun	40.464	43,0	56,7	0,2
Somogy	24.166	42,9	56,1	1,0
Nógrád	27.535	42,7	55,8	1,6
Csongrád	25.193	42,6	57,3	0,1
Hajdú-Bihar	45.173	42,1	54,0	3,9
Tolna	19.908	38,2	54,9	6,9
Veszprém	30.143	36,0	59,8	4,2
Pest	78.646	35,9	62,6	1,4
Borsod-Abaúj-Zemplén	50.033	33,7	64,0	2,4
Fejér	41.628	33,3	56,0	10,7
Budapest	90.169	30,8	68,8	0,4
Békés	29.401	30,7	64,0	5,3
Szabolcs-Szatmár-Bereg	34.225	27,1	60,1	12,8
Jász-Nagykun-Szolnok	28.232	21,9	65,0	13,1
Győr-Moson-Sopron	34.141	16,7	83,2	0,1
Komárom-Esztergom	29.826	7,9	88,5	3,6
<b>Országos</b>	<b>722.439</b>	<b>36,5</b>	<b>60,2</b>	<b>3,3</b>

### 3.3. táblázat

A szakápolás tevékenységek vizitszámának megoszlása ápolási fokozatonként megyei bontásban (2012)

## MEGBESZÉLÉS

Elemzésünk célja az otthoni szakápolási tevékenység egészségbiztosítási mutatóinak elemzése volt. Tanulmányunk kiemelt megállapítása, hogy jelentős területi egyenlőtlenségek figyelhetők meg az otthoni szakápolás igénybevételi mutatóiban.

Az otthoni ápolási rendszer fejlődését mutatja, hogy míg a szolgáltatók száma gyakorlatilag nem változott a vizsgált 12 év alatt (havi 315-327 között mozgott), addig 2001-hez képest 2012-ben 15.000-rel több beteget, illetve 353.000-rel több esetet láttak el. Vagyis az egy szolgáltatóra jutó betegforgalom jelentősen nőtt, ami felveti a források hasznosulási hatékonyságának, illetve az ellátás minőségének kérdését [24, 25, 26].

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár gyógyító - megelőző kiadásainak teljes összege 2012-ben 842,1 mrd Ft volt, melyből 82,1 mrd Ft a háziorvosi ellátás, 106,9 mrd Ft a járóbeteg szakellátás illetve 351,8 mrd Ft az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozására fordítódott. Az otthoni szakápolásra fordított éves OEP kiadás nagyságrendje (2012-ben 3,377 mrd Ft) meghaladja az iskolaorvosi ellátás összegét (1,856 mrd Ft), illetve kevesebb, mint a betegszállításra (6,247 mrd Ft), vagy a háziorvosi ügyeleti ellátásra (9,626 mrd Ft) fordított kiadások.

Korábbi vizsgálatok már részben felhívták a figyelmet az otthoni szakápolási szolgáltatások nyers igénybevételi mutatóinak jelentős régió belüli [27, 28] illetve országon belüli [29] eltéréseire. Jelen tanulmányunkban bemutatott területi egyenlőtlenségek (1.2. és 1.3. táblázat) azonban meghaladják a korábbi elemzésekben bemutatott eltéréseket. Különösen izgalmas ez annak tükrében, hogy az otthoni szakápolási szolgáltatások bevezetésének általános célja a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátások kiváltása, amelyen keresztül az egészségügyi ellátásban tapasztalható egyenlőtlenségek mérséklése is megvalósulhat [30].

Tovább vizsgálandó tény, hogy Vas és Heves megyékben miért nem végeztek otthoni szakápolási tevékenységet önellátásra képes betegeknek. Feltárandó annak háttere is, hogy Vas megyében 85,9 % a teljes ápolásra szoruló betegek aránya, míg Győr-Moson-Sopron (16,7 %) és Komárom-Esztergom megyékben (7,9 %) ennél lényegesen alacsonyabb.

A nagy területi különbségek hátterében felvetődhet az ápolási folyamatok adminisztratív szabályozásának kérdése is [31]. Az otthoni szakápolásban az OEP által meghatározott finanszírozási és elszámolási szabályok régóta ismertek, míg a szakmai

irányelvek, protokollok a mai napig hiányosak. A szakmai szervezetek által készített irányelvek is inkább az otthon ápolás ápolási szakmai kérdéseivel foglalkoznak. Célszerű lenne az otthon ápolásra vonatkozó irányelv kidolgozása, különös tekintettel az ápolási szükséglet meghatározására. Feltételezzük, hogy az egyes megyék lakói ápolási szükségletében lényegesen kisebb a valós eltérés, amelyet egy ápolási szükséglet meghatározását támogató szakmai irányelv segítségével jobban lehetne kategorizálni. Az otthonápolásban részesülő betegek diagnózis (BNO) alapú részletesebb elemzése további támpontot adhat az igénybevételi mutatók eltéréseinek magyarázatában.

A szakápolás és a szakirányú terápiás tevékenységek igénybevételi eltérései mögött felvetődik a humán erőforrás – például a logopédusok – egyenetlen területi rendelkezésre állása is. A földrajzi eltérések hátterében a morbiditás struktúráján kívül vizsgálni kell a viziteket elrendelő orvosok szerepét, sőt a betegek attitűdjét is. Nem elhanyagolható szempont az alapellátást végző háziorvosok és a szakellátást végző szolgáltatók kiegyensúlyozott szakmai kapcsolata sem. A szakápolási és szakirányú vizitek igényét, elrendelését és kivitelezését befolyásolhatja még a beteg - háziorvosi praxis - szakápolói szolgálat tengelyen a csatolt települések száma és a távolság is. A fizioterápiás ellátás igénybevételi mutatóiban más elemzések is jeleznek kisebb eltéréseket [32, 33, 34, 35].

Egyes szakirodalmi adatok szerint a betegek szocio-ökonómiai státusza nem befolyásolja hátrányosan az otthoni ellátásokhoz való hozzáférést vagy igénybevételt [36]. Norvégiai felmérések szerint, a betegek csökkent egyéni önellátó képessége és a magasabb iskolázottság jelentős mértékben befolyásolja az otthoni ellátások igénybevételét [37].

Tanulmányunk fontos következtetése, hogy az otthoni szakápolásban jelentős területi egyenlőtlenségek mutatkoznak, amelyek mérsékléséhez olyan szakmai irányelvek fejlesztésére van szükség, amelyek az otthon ápolás speciális vonatkozásait szabályozzák.



## IRODALOMJEGYZÉK

---

- 7 Decree No. 20/1996. (VII. 26.) NM of the Minister of Welfare on Home Care. [20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről] Magyar Közlöny, 1996/64. VII. 26. [Hungarian]
- 8 Boncz, I., Betlehem, J., Sebestyén, A.: Introduction of the German long-term care insurance system. [A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalainak ismertetése.] *Nővér*, 2001, 14, 7-14. [Hungarian]
- 9 Tummers, L.,G., Groeneveld, S.,M., Lankhaar, M.: Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *J. Adv. Nurs.*, 2013, 69, 2826-38.
- 10 Sandier, S., Paris, V., Polton, D.: Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/80694/E83126.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/80694/E83126.pdf)
- 11 Umegaki, H., Yanagawa, M., Nonogaki, Z., et al.: Burden reduction of caregivers for users of care services provided by the public long-term care insurance system in Japan. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 2014, 58, 130-3.
- 12 Costa-Font, J., Wittenberg, R., Patxot, C., et al.: Projecting long-term care expenditure in four European Union member states: the influence of demographic scenarios. *Soc. Indic. Res.*, 2008, 86, 303-321.
- 13 National Health Insurance Fund Administration (OEP). Statistical yearbook 2012. OEP, Budapest, 2013. <http://site.oep.hu/statisztika/2012/index.html>
- 14 Government Decree No. 43/1999. (III. 3.) Korm. on Certain Aspects of the Social Insurance Financing of Health Services. [43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.] Magyar Közlöny, 1999/17. III. 3. [Hungarian]
- 15 Kaczmarek, K., Flynn, H., Letka-Paralusz, E., et al.: The process of privatization of health care provision in Poland. *Value Health Regional*. 2013, 2, 306-311.
- 16 Gaal, P., Szigeti, S., Csere, M., et al.: Hungary health system review. *Health Syst. Transit.*, 2011, 13, 1-266.
- 17 Pop, M., Hollós, S., Mészáros, J.: Assessment of multiculturalism in nursing based on a survey's experience. [Az interkulturalitás megítélése az ápolásban egy felmérés tapasztalatai alapján.] *Orv Hetil.* 2012, 153, 1711-8. [Hungarian]
- 18 Kaló, Z., Bodrogi, J., Boncz, I., et al.: Capacity building for HTA implementation in middle-income countries: The case of Hungary. *Value Health Regional*. 2013, 2, 264-266.
- 19 Pop, M., Hollós, S., Vingender, I., et al.: New ways of higher education in nursing: globalisation of nursing leadership and its teaching--dual degree in nursing. [Új utak az egészségügyi felsőoktatásban: az ápolás(irányítás) és oktatásának globalizációja – Kettős diploma ápolóknak] *Orv. Hetil.*, 2009, 150, 437-42. [Hungarian]
- 20 Boncz, I., Nagy, J., Sebestyén, A., et al.: Financing of health care services in Hungary. *Eur. J. Health Econ.*, 2004, 5, 252-258.
- 21 Boncz, I., Sebestyén A.: Financial deficits in the health services of the UK and Hungary. *Lancet*, 2006, 368, 917-918.
- 22 Boncz, I., Dozsa, C., Kalo, Z., et al.: Development of health economics in Hungary between 1990-2006. *Eur. J. Health Econ.*, 2006, 7(S1), 4-6.
- 23 Boncz, I., Kaló, Z., Mohamed, Ibrahim, M.,I.,B., et al.: Further steps in the development of pharmacoeconomics, outcomes research, and health technology

---

assessment in Central and Eastern Europe, Western Asia, and Africa. *Value Health Regional*, 2013, 2, 169-170.

24 Gulácsi, L., Orlewska, E., Péntek, M.: Health economics and health technology assessment in Central and Eastern Europe: a dose of reality. *Eur. J. Health. Econ.*, 2012;13:525-31.

25 Gulácsi, L.: Future challenges for health economics and health technology assessment of biological drugs. *Eur. J. Health Econ.*, 2010;11:235-8.

26 Orlewska, E., Gulácsi, L.: Budget-impact analyses: a critical review of published studies. *Pharmacoeconomics*. 2009;27(10):807-27

27 Oláh, A., Sándor, J., Boncz, I., et al.: Small area inequalities of home nursing care in the South-Transdanubian Region. [Kistérségi egyenlőtlenségek az otthoni szakápolás vonatkozásában a dél-dunántúli térségben.] *Nővér*, 2004, 17, 17-26. [Hungarian]

28 Boncz, I., Sándor, J., Oláh, A., et al.: Geographical inequalities of the utilization of home nursing care in the South-Transdanubian Region. [Az otthoni szakápolás igénybevételének területi egyenlőtlenségei a dél-dunántúli térségben.] *Lege Artis Medicinae*, 2004, 14, 47-52. [Hungarian]

29 Boncz, I., Takács, E., Belicza, É., et al.: Local inequalities of the utilization of the health insurance's home care budget. [Az OEP otthoni szakápolási kassza igénybevételének területi egyenlőtlenségei.] *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2007, 45, 29-35. [Hungarian]

30 Dawson, A.: Home-based nursing service aims to reduce health inequalities. *Nurs. N. Z.*, 2011, 17, 12-3.

31 Dale, B., Hvalvik, S.: Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: home nursing leaders' experiences. *J. Multidiscip. Healthc.*, 2013, 6, 379-89.

32 Molics, B., Kráncz, J., Schmidt, B., et al.: Utilization of physiotherapy services for traumatic disorders of the lower extremity in ambulatory care. [A fizioterápiás jellegű tevékenységek igénybevételi mutatói a járóbeteg szakellátásban az alsó végtag traumatológiai kórképek esetében] *Orv. Hetil.*, 2013, 154, 985-92. [Hungarian]

33 Molics, B., Hanzel, A., Nyárády, J., et al.: Utilization indicators of physiotherapy in musculoskeletal and connective tissue disorders for outpatient care. [Fizioterápiás járóbetegellátás igénybevételi mutatói a mozgásszervi kórképek kezelésében.] *Magyar Traumatológia Ortopédia Kézsebészet Plasztikai Sebészet*, 2013, 56, 199-209. [Hungarian]

34 Molics, B., Ágoston, I., Endrei, D., et al.: The annual health insurance activity of the physiotherapy procedures related to definition in outpatient care. [A fizioterápiás jellegű tevékenységek éves egészségbiztosítási finanszírozásának meghatározása a járóbeteg szakellátásban.] *Nővér*, 2012, 25, 21-27. [Hungarian]

35 Molics, B., Leidecker, E., Endrei, D., et al.: Utilization of outpatient physiotherapy services in trauma diseases. [A fizioterápiás jellegű tevékenységek igénybevételi mutatói a járóbeteg szakellátásban traumatológiai kórképek esetében.] *Egészség-Akadémia*, 2012, 3, 203-211. [Hungarian]

36 Goodridge, D., Hawranik, P., Duncan, V., et al.: Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: a scoping review. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2012, 49, 1310-9

37 Saevarid, H., Thygesen, E., Lindstrom, T., et al.: Association between self-reported care needs and the allocation of care in Norwegian home nursing care recipients. *Int. J. Older. People Nurs.*, 2012, 7, 20-8

## 4. A SZOCIÁLIS HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS KAPACITÁS ÉS FINANSZÍROZÁSI ADATAINAK ÉRTÉKELÉSE<sup>2</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

**Célkitűzés:** Tanulmányunk célja, hogy bemutassuk a szociális és egészségügyi ellátórendszer integrált modellje alapján kialakítható házi betegápolási szolgáltatást. Kapacitás és finanszírozási adatok elemzésével feltárjuk a szociális alapszolgáltatásként biztosított házi segítségnyújtás területi különbségeit.

**Adatok és módszerek:** A házi segítségnyújtás 2012-es évi kapacitás adatait az országos rendszert működtető hatóság, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal bocsátotta rendelkezésünkre. A finanszírozására fordított 2012. évi állami támogatások adatai a Magyar Államkincstártól származnak.

**Eredmények:** Házi segítségnyújtásra a központi költségvetés a 2012. évben 26,63 milliárd forintot biztosított. Megyei bontásban a legtöbb forrás Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére, a legkevesebb Komárom-Esztergom megyére jutott. Országosan 2012-ben 1 fő lakosra jutó állami támogatás mértéke 2.682 forint volt. A szolgáltatást átlagosan havonta 164.302 fő vette igénybe. Megyénként átlagosan 8.215 fő részére állt rendelkezésre a kapacitás. A gondozást átlagosan havi szinten 15,9 napig vették igénybe. Az igénybevevők átlag életkora 76,4 év.

**Következtetés:** A finanszírozási és kapacitás adatokból jól látható hogy jelentős területi egyenlőtlenségek alakultak ki az országban. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, Hajdú-Bihar megye és Békés megye az országos átlagot háromszor meghaladó átlag kapacitással és finanszírozással rendelkezik. A három megyében közel 20%-al hosszabb ideig veszik igénybe az ellátás. A rendszer egészét torzítják a különböző jogcímenként biztosított kiegészítő támogatások (egyházi kiegészítő támogatás, többcélú kistérségi támogatás).

---

<sup>2</sup> Jelen fejezet a következő publikáció alapján készült:

Cs. Horváth Z, Boncz I. *A szociális házi segítségnyújtás kapacitás és finanszírozási adatainak értékelése*. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2013;12(S1):21-25.

## BEVEZETÉS

Korábbi közleményünkben részletesen bemutattuk, hogy melyek azok a szociális ellátások, amelyeket az integrált egészségügyi és szociális ellátórendszer modelljében érdemes tovább vizsgálni. Az akkori megállapításaink szerint ezek a falugondnoki, illetve tanyagondnoki szolgáltatás, a házi segítségnyújtás, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, a családsegítés, a támogató szolgáltatás szállító szolgálata, a nappali ellátások, valamint a szakosított ellátások közül az ápolást, gondozást nyújtó intézmények, a rehabilitációs intézmények, valamint az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények. A közleményben rögzítettük, hogy a rendelkezésre álló férőhelyi és igénybevételi valamint finanszírozási adatok területi feltárásával, választ kívánunk adni arra, hogy az integrált szociális és egészségügyi ellátás általunk kidolgozott modellje alkalmas arra, hogy egy hatékonyabb, fenntarthatóbb, szakmailag jobban működő ellátást eredményezzen [38].

Az angol és amerikai szociális munkások egészségügyi jellegű tevékenységekben való részvétele kapcsán, a nemzetközi gyakorlatban már évtizedekkel ezelőtt felvetődött a szociális és egészségügyi szektor integrált megközelítése [39, 40, 41]. Az Egyesült Királyságban készült friss szakirodalmi áttekintésben az integrált egészségügyi és szociális ellátások eredményeit vizsgálták az aktuális reform keretében. Arra a következtetésre jutottak, hogy egyelőre nehéz megfelelő értékelést adni [42]. Az angol egészségügyi és szociális rendszer teljes integrációját 2018-ra hirdették meg [43].

Probléma felvetésünk hazánkban sem új keletű, hiszen 2011. május 31-én a Magyar Kormány, 1208/2011. (VI. 28.) határozatával elfogadta a Semmelweis Tervet, amely rögzíti, hogy célszerű szakítani az egészségügyi alap- és krónikus fekvő ellátások, illetve a szociális szolgáltatások eddig dogmaszerű szétválasztásával, és a szükségletek valamint lehetőségek felméréseivel törekedni kell a kapacitások konverziójára, az ott dolgozó ápolók és gondozók kompetenciájának pontosítására [44].

Azóta eltelt két esztendő azonban nem hozott érdemi változást a két terület szakmai kapacitásainak konverziója területén. Bár tény az is, hogy néhány fontos tanulmány – elsősorban az egészségügyi ellátórendszer elemzésével összefüggésében – megjelent, ahol szintén definiálásra került az interszektorális együttműködésben rejlő hatékonysági tartalékok (szociális és egészségügyi ellátások határterületi, népegészségügyi beavatkozások integrálása) feltárásának fontossága, amelyet az egészségügyi és

határterületi ellátók közötti koordinációval, a funkcionális integráció és a betegútszervezés eszközrendszerével kívántak elérni [45, 46, 47].



#### **4.1. ábra**

Az otthonápolás jelenlegi helyzete

Megítélésünk szerint kizárólag a két terület szakmai tartalmának, finanszírozási és kapacitás adatainak részletes elemzése után lehet választ adni arra a kérdésre, hogy ezek az ellátások milyen típusú irányítás és koordináció mellett működjenek. Jelen tanulmányunkban a házi segítségnyújtás igénybevételi és finanszírozási adatait vizsgáljuk meg, de a komplex rendszer kialakításához elengedhetetlen az otthonápolási szolgáltatások szakmai feltérképezése, amely a házi orvos feladatköréhez kapcsolódó ápolási feladatokat, az otthoni szakápolási tevékenységeket és a házi segítségnyújtást öleli át (4.1. ábra).

Közleményünk célja a szociális házi segítségnyújtás kapacitás és finanszírozási adatainak értékelése.

#### **ADATOK ÉS MÓDSZEREK**

A házi segítségnyújtás olyan gondozási forma, amely az igénybevevő önálló életvitelének fenntartását – szükségleteinek megfelelően – lakásán, lakókörnyezetében biztosítja. A házi segítségnyújtást a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet alapján minden olyan személy igényelheti, akinek gondozási szükséglete van, és ez eléri minimálisan a napi 1 órát. Miközben az otthon ápolási szolgáltatásokról számos szakmai publikáció látott napvilágot, addig a házi segítségnyújtás igénybevételi és finanszírozási adatai az

általunk vizsgált részletezettséggel még nem kerültek bemutatásra [48, 49]. Meg kell említeni, hogy a szociális rendszer orvos-egészségtudományi kapcsolódási pontjai is több esetben tárgyalásra kerültek, különös tekintettel az ápolási tevékenység, az oktatás és továbbképzés, valamint az egészségügyi kutatási területekre [50, 51, 52, 53, 54, 55].

A házi segítségnyújtás 2012-es évi kapacitás adatait az országos rendszert működtető hatóság, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal bocsátotta rendelkezésünkre. A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról szóló 329/2011. (XII.29.) Kormányrendelet értelmében a szociális intézményeknek napi jelentéstételi kötelezettségük van. Az adatszolgáltatásra kötelezett, naponta nyilatkozik arról, hogy a szolgáltatást-igénybevevői nyilvántartásban szereplő személy a szolgáltatást az adott napon igénybe vette-e. Az adatrögzítés a kliensek esetében TAJ alapján történik. A 2012-es év adatszolgáltatásainak bemutatását, havi és megyei bontásban készítettük el.

A házi segítségnyújtás szociális ellátásainak finanszírozására fordított 2012. évi állami támogatások adatait a Magyar Államkincstár biztosította számunkra. A MÁK a költségvetési törvény alapján önkormányzati és nem állami fenntartású intézmények támogatásáról külön nyilvántartást készít. Ezért mi is ebben a bontásban szerepeltetjük a finanszírozási adatokat. A költségvetési törvény 8. számú mellékletében a többcélú kistérségi társulások számára, akik szociális alap- vagy szakellátást működtetnek, kiegészítő támogatást biztosít az állam. A házi segítségnyújtás esetében is így van, ezért ezt külön feltüntettük. 2012. január 1-től a korábban a megyei önkormányzatok fenntartásában működő intézményeket az állam vette fenntartásba, pontosabban a Megyei Intézményfenntartó Központok, amelyek a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium irányítása alá tartozó költségvetési szervként működnek. Az adatokat – bár a házi segítségnyújtás esetében ez csak egy megyét érint – a KIM szolgáltatta.

Elemzésünkben a következő mutatószámokat használtuk:

- házi segítségnyújtás szociális ellátásainak éves költségvetési finanszírozása, (4.1. táblázat),
- házi segítségnyújtás szociális ellátásainak éves költségvetési finanszírozása megyei bontásban (4.2. ábra),
- 10.000 fő 60 éves vagy idősebb lakosra jutó ügyfélszámot (4.3. ábra),
- az igénybevevők havi átlagos igénybevételi napja, kvázi „átlagos ápolási idő” (4.4. és 4.5. ábra).

## EREDMÉNYEK

Össességében házi segítségnyújtásra a központi költségvetés a 2012. évben 26,63 milliárd forintot biztosított. Ebből az összegből 33,8%-kal részesültek az állami, önkormányzati intézmények, továbbá 66,2%-kal a nem állami, tehát egyházi és civil fenntartású szervezetek. Megyei bontásban a legtöbb forrás Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére jutott, több mint 5,4 milliárd forint, majd Budapest 4,75 milliárd forinttal és Békés megye 4,51 milliárd forinttal következik. Nominálisan a legkevesebb állami forrás a házi segítségnyújtást tekintve Komárom-Esztergom megyére jutott, alig 111,45 millió forint összegben (4.1. táblázat).

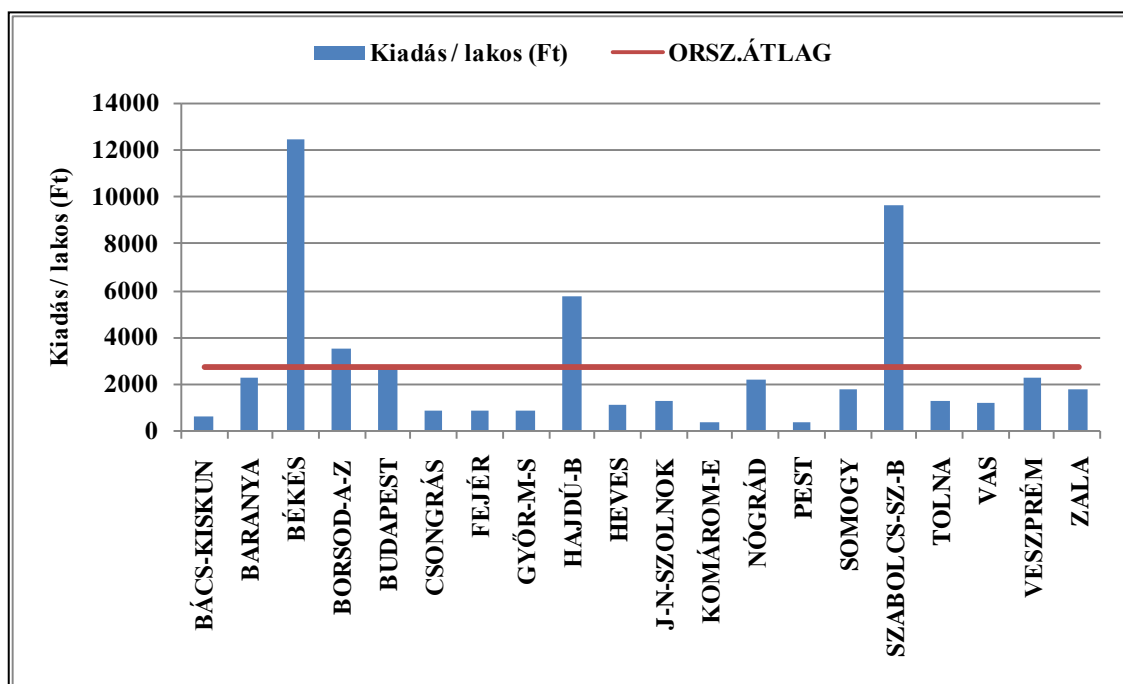
Megye	Önkormányzati fenntartású	Nem állami fenntartású	Többcélú kistérségi kiegészítő támogatás	Megyei Intézmény-fenntartó Központ	Összesen
BÁCS-KISKUN	230.344.656 Ft	29.981.027 Ft	37.880.000 Ft		298.205.683 Ft
BARANYA	399.588.480 Ft	336.940.521 Ft	124.474.000 Ft		861.003.001 Ft
BÉKÉS	569.820.480 Ft	3.815.908.940 Ft	131.950.000 Ft		4.517.679.420 Ft
BORSOD-A-Z	886.397.194 Ft	1.303.515.199 Ft	222.606.000 Ft		2.412.518.393 Ft
BUDAPEST	316.382.400 Ft	4.435.595.413 Ft	0 Ft		4.751.977.813 Ft
CSONGRÁS	198.465.600 Ft	98.347.835 Ft	48.428.000 Ft		345.241.435 Ft
FEJÉR	206.552.035 Ft	87.674.457 Ft	52.812.000 Ft		347.038.492 Ft
GYŐR-M-S	260.413.440 Ft	42.259.313 Ft	47.982.000 Ft		350.654.753 Ft
HAJDÚ-B	414.166.982 Ft	2.617.723.673 Ft	88.500.000 Ft		3.120.390.655 Ft
HEVES	223.809.408 Ft	54.098.246 Ft	43.380.000 Ft		321.287.654 Ft
J-N-SZOLNOK	346.442.880 Ft	63.930.483 Ft	87.580.000 Ft		497.953.363 Ft
KOMÁROM-E	66.265.920 Ft	5.784.565 Ft	17.196.000 Ft	22.208.000 Ft	111.454.485 Ft
NÓGRÁD	330.167.040 Ft	0 Ft	113.636.000 Ft		443.803.040 Ft
PEST	276.685.958 Ft	63.498.040 Ft	58.406.000 Ft		398.589.998 Ft
SOMOGY	353.014.666 Ft	93.976.366 Ft	97.572.000 Ft		544.563.032 Ft
SZABOLCS-SZ-B	1.104.618.010 Ft	4.045.010.244 Ft	280.406.000 Ft		5.430.034.254 Ft
TOLNA	214.409.280 Ft	22.345.675 Ft	60.320.000 Ft		297.074.955 Ft
VAS	185.511.360 Ft	56.564.247 Ft	46.658.000 Ft		288.733.607 Ft
VESZPRÉM	328.257.120 Ft	378.610.947 Ft	88.444.000 Ft		795.312.067 Ft
ZALA	335.298.912 Ft	67.383.639 Ft	96.584.000 Ft		499.266.551 Ft
<b>Orsz. összesen:</b>	<b>7.246.611.821 Ft</b>	<b>17.619.148.830 Ft</b>	<b>1.744.814.000 Ft</b>	<b>22.208.000 Ft</b>	<b>26.632.782.651 Ft</b>

### 4.1. táblázat

Központi költségvetés éves kiadásai a házi segítségnyújtás szolgáltatásaira (2012. év), a MÁK adatszolgáltatása alapján

2012-ben 1 fő lakosra 2.682 forint állami támogatás jutott országosan. Ez a szám Békés megyében az 464,5 %-a, hiszen 1 fő Békés megyei lakosra 12.457 forint támogatás jut. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ez az érték 358,2%-a, ott 1 főre 9.605 forint, míg Hajdú-Bihar megyében az országos átlag 214,1%-a, azaz 1 főre 5.742 forint támogatás jutott. A legkevesebb 1 főre jutó támogatást Komárom-Esztergom megyében és Pest

megyében tapasztalunk, az előbbiben 367 forint az utóbbiban 329 forint támogatás jut egy lakosra (4.2. ábra).



#### 4.2. ábra

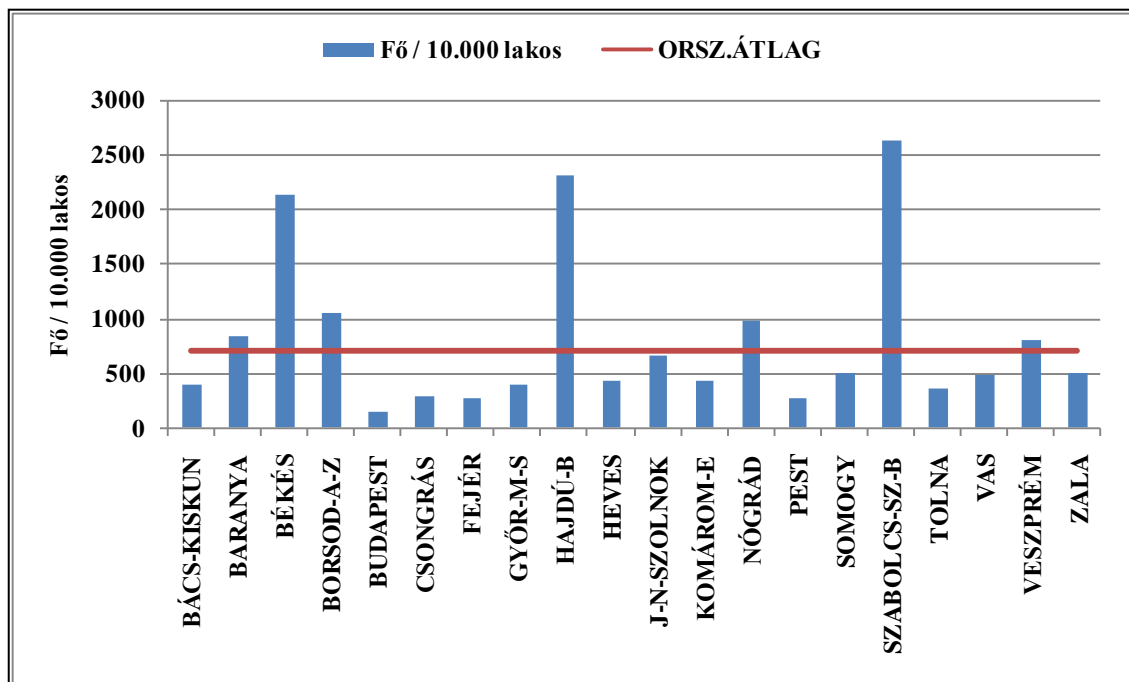
Központi költségvetés éves kiadásai a házi segítségnyújtás szolgáltatásaira megyei bontásban (2012. év), a MÁK adatszolgáltatása alapján

A házi segítségnyújtás igénybevételi adataiból pontosan megállapíthatjuk, hogy az adott megyében az adott hónapban hány fő (TAJ alapján) vette igénybe a szolgáltatást. Ezek az adatok éves szinten mind a 19 megyét és a fővárost tartalmazzák. Az éves igénybevételi adatokból 1 havi átlag igénybevétel számítását is végeztünk, megállapítottuk, hogy az eredmények igen széles spektrumban szóródnak. A legnagyobb igénybevételt Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében regisztrálták, ahol éves szinten 350.839 fő, 1 havi átlagot tekintve pedig 29.237 fő vette igénybe az ellátást. A legkisebb értékek Tolna megyében találhatóak, éves szinten 24.107 fő, a havi átlag igénybevétel 2.009 fő.

A különböző hónapok összes igénybevételi számait elemezve megállapíthatjuk, hogy január, február, március és április hónapok mutatták a legmagasabb adatokat, ezekben a hónapokban az igénybevevők száma meghaladta a havi 170.000-et. December hónapban - közel 20%-os csökkenéssel - 146.046 fő vette csak igénybe a szolgáltatást.



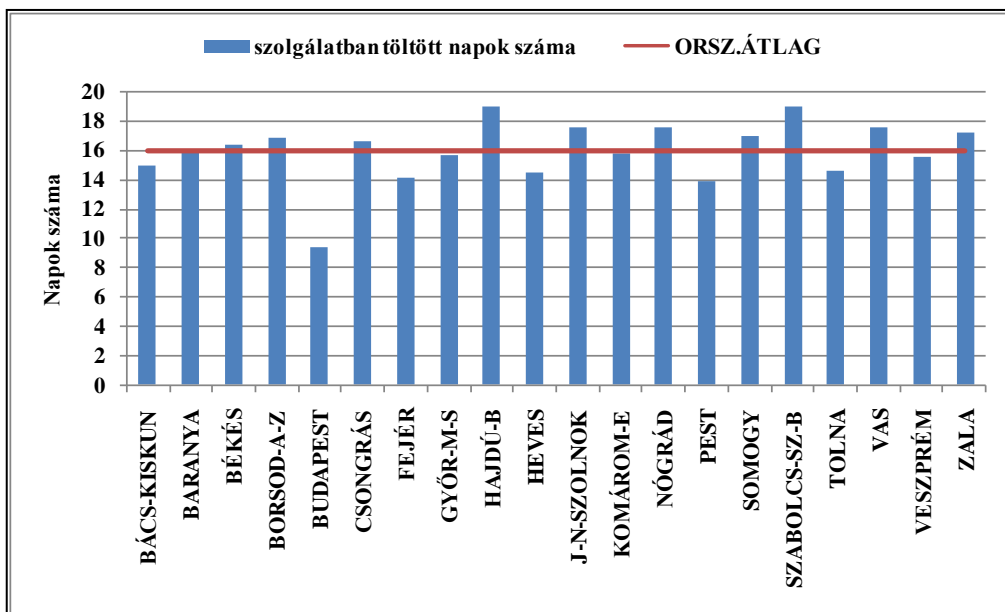
A 10.000 főre vetített igénybevételi adatok nem az adott megye teljes lakosságát reprezentálják, hanem a 60 éves vagy idősebb 10.000 lakosra jutó értéket. Az átlagos országos igénybevételi adathoz (705 fő) képest, a 10.000 fő 60 éves vagy idősebb lakosság számnál, komoly területi különbségek találhatóak. Szabolcs-Szatmár-Bereg (2628 fő/10.000 lakos), Hajdú-Bihar (2310 fő/10.000 lakos) és Békés (2134 fő/10.000 lakos) megyék esetében meghaladják a számok az országos átlag háromszorosát. Pest megyében (271 fő/10.000 lakos) 38,5%-a, Budapesten pedig (144 fő/10.000 lakos) ez a szám az országos átlag 20,4%-a (4.3. ábra).



**4.3. ábra**

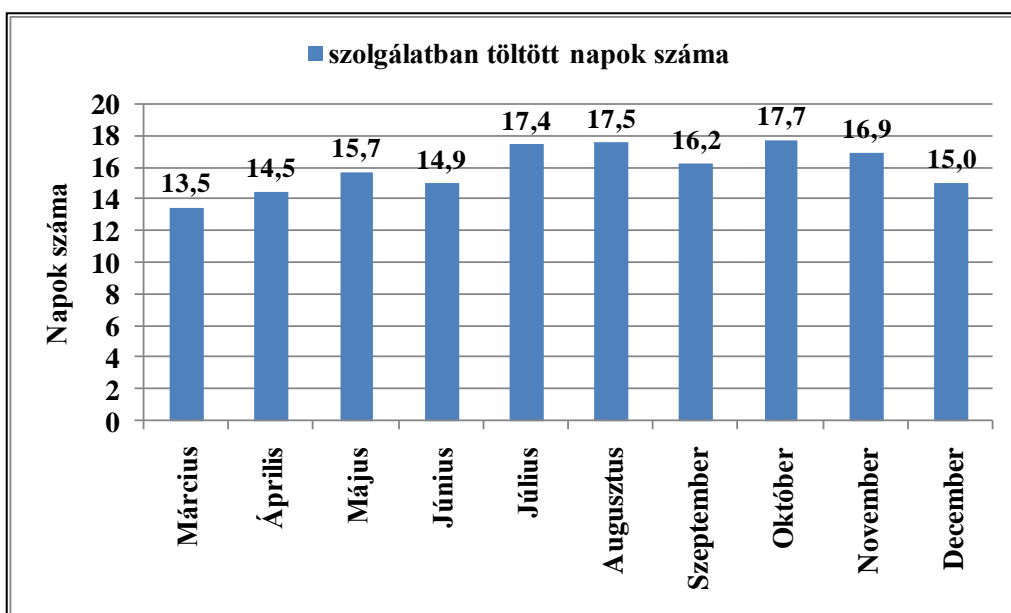
10.000 lakosra jutó ellátotti létszám a házi segítségnyújtásban megyei bontásban (2012) az NRSZH adatszolgáltatása alapján

Az NRSZH az igénybevevők havi átlagos igénybevételi napjáról 2012. márciusától tudott megyei és havi bontásban, adatot szolgáltatni. A megelőző időszakokról nem állt rendelkezésükre statisztikai adat. A számokat elemezve, azoknál a megyéknél tapasztaltunk lényeges eltéréseket, ahol az igénybevételi adatok is kiemelkedően magasak voltak. Míg a szolgáltatásban töltött napok havi átlagos száma országosan 15,91 nap volt, addig ez a szám 19,1%-kal magasabb volt Szabolcs-Szatmár Bereg (19,0 nap) és Hajdú-Bihar (19,0 nap) megyében, Budapesten pedig 9,39 nap, ami az országos átlag 59%-nak felelt meg (4.4. ábra).



**4.4. ábra**

Szolgáltatban töltött napok átlagos száma megyei bontásban (2012.03.-2012.12.) az NRSZH adatszolgáltatása alapján



**4.5. ábra**

Szolgáltatban töltött napok átlagos száma havi bontásban (2012.03.-2012.12.) az NRSZH adatszolgáltatása alapján

A szezonális változások október, július, augusztus hónapokban voltak a legmagasabbak, itt az igénybevételek száma meghaladta a 17 napot (4.5. ábra).

## MEGBESZÉLÉS

A szolgáltatások szakmai elemzése megerősítette azon feltételezésünket, hogy szakmailag és szervezetileg is integrálni lehet és kell az ápolási, gondozási feladatokat. Jelen értekezésünknek ugyan nem célja ezen szervezeti keretek tekintetében állást foglalni, de megítélésünk szerint az integrált otthon ápolási szolgálat szervezeti keretének az egészségügyi alapellátás környezetében lenne a legideálisabb helye. Érdemes ezeket a rendszerirányítási funkciókat tovább elemezni, további lehetséges megoldási alternatívák felvetésével.

A házi segítségnyújtás - mint az integrált otthon ápolási ellátás egyik meghatározó eleme - kapacitási és finanszírozási adatait elemezve megállapíthatjuk, hogy igen jelentős eltérések vannak a szolgáltatás területi lefedtségében mind a finanszírozási mind az igénybevételi adatokat tekintve. A három legnagyobb, a 60 éves vagy azt meghaladó korú lakosokra vetített igénybevételi adattal Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, Hajdú-Bihar megye és Békés megye rendelkezik. A három megye nemcsak az adott 1 főre jutó kapacitás tekintetében rendelkezik kiugróan magas értékekkel, hanem a finanszírozás tekintetében is, valamint ezekben a megyékben a leghosszabb a havi átlagos igénybevételi napok száma is. A finanszírozás tekintetében a fenntartók közül a nem állami fenntartók dominálnak. A nem állami fenntartású intézmények közül az egyházi intézmények kiegészítő támogatásra jogosultak, bár pontos adatunk arról nincs, hogy a nem állami fenntartók közül mekkora az egyházi kiegészítő támogatást igénylők aránya. Az egyházi kiegészítő támogatás mértéke igen jelentős, 2012. január 1. és július 31. közötti időszakban 94,5% és a 2012. augusztus 1. és december 31. közötti időszakban 80% volt. Jól jelzi, hogy mekkora eltérést jelent ez a kiegészítő támogatás, ha Budapest számait vizsgáljuk. Miközben a 10.000 fő 60 éves vagy azt meghaladó korú lakosokra vetített kapacitás Budapesten a legalacsonyabb (144 fő), ami az országos átlag 20,4%-a, addig a finanszírozását tekintve 1 főre 2.751 forint támogatás jut, ami az országos átlagot viszont meghaladja (102,6%). Ez azzal magyarázható, hogy a nem állami fenntartású intézmények aránya az összes intézményi finanszírozásából 93,4%-ot tesz ki.

Mivel ezek a kiegészítő támogatások (egyházi kiegészítő támogatás, többcélú kistérségi társulások kiegészítő támogatása) torzítják az ellátórendszert, érdemes a jövőben a szociális ellátások esetében is az egészségügyi ellátórendszerhez hasonló,

szektor semleges finanszírozásra áttérni. A kompenzációkat, kiegészítő támogatásokat nem közvetlenül ellátás finanszírozására, hanem attól elkülönítve kell megjeleníteni. Az integrált otthon ápolási szolgáltatás kialakításához mindhárom (házi orvos feladatköréhez kapcsolódó ápolási feladatok, az otthoni szakápolási tevékenység és a házi segítségnyújtás) ellátás együttes kapacitás és finanszírozási elemzését is el kell végezni, hogy egységesen lássuk azok területi elérhetőségét és finanszírozási helyzetét.

Az ellátáshoz való hozzáférést számos tényező befolyásolja, egyebek mellett a kulturális normák és a szociális struktúrák, melyek az idők során változhatnak [56]. Angliában felvetődött az ápolók kulcsszerepe az integrált egészségügyi és szociális ellátások szervezésében bizonyos speciális ügyfélkör esetében [57, 58]. Az idősök ellátásában az ápolási otthonok és az egészségügyi rendszer mélyebb együttműködésének kérdéseit vizsgálják [59]. Az Amerikai Egyesült Államokban az IBH program keretében az enyhe-mérsékelt pszichiátriai megbetegedésben szenvedő betegeknél vizsgálták a szociális munkások bevonását az ellátásba. Meghatározó szempontnak bizonyult a felkészítő tréning és a kompetenciák meghatározásának kérdése [60]. Norvégiában is korábban előtérbe került az integrált ellátás kérdése és ennek előmozdítása a kurrikulum fejlesztés révén [61].

A magyar egészségügyi és szociális rendszer párhuzamosságainak, átfedéseinek illetve esetleges integrációjának kérdései további vizsgálatokat igényelnek. Az otthon ápolási szolgáltatások mellett fel kell tárnunk, az intézményi keretek között végzett egészségügyi és szociális idősgondozást. A szolgáltatások területi elérhetőségének, finanszírozási rendszerének elemzésén túl, az ápolás szakmai, módszertani ajánlásait is ki kell dolgozni. Mindezen vizsgálatok eredményeként, képesek leszünk megfogalmazni egy új típusú ápolási törvény keretrendszerét.

## IRODALOMJEGYZÉK

---

- 38 Cs. Horváth Z, Molics B, Boncz I. A szociális és az egészségügyi ellátórendszer gyakorlati együttműködési lehetőségei. *Egészségakadémia* 2013;1: 12-27
- 39 Huntington J. The proper contributions of social workers in health practice. *Soc Sci Med.* 1986;22(11):1151-60.
- 40 Borland JJ. Social work in health settings in the U.S.A. *Public Health Rev.* 1976;5(2):161-70.
- 41 Dworkin J. Social workers and national health care: are there lessons from Great Britain? *Health Soc Work.* 1997;22(2):117-23.
- 42 Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health Soc Care Community.* 2013 Jun 11. doi: 10.1111/hsc.12057. [Epub ahead of print]
- 43 Boland B. Integration of health and social care would better safeguard adults from harm. *BMJ.* 2013 May 21;346:f3266.
- 44 Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. <http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf> [2013.10.18]
- 45 Gaál P, Sinkó E. Egészségügyi menedzsment és rendszerirányítás a magyar egészségügy átalakításában, *Népegészségügy*, 2012;2:111-118
- 46 Hanzel A, Berényi K, Molics B. Az időskori önellátás és a szociális otthoni ellátás kérdései a térdizületi mozgáskorlátozottság szemszögéből, statisztikai analízis. *Magyar Epidemiológia.* 2012; 9(2): 119-27.
- 47 Ujvarine AS, Zrinyi M, Toth H, Zekanyne IR, Szogedi I, Betlehem J. Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary. *Journal of Clinical Nursing*, 2011;20(5-6):882-891.
- 48 Boncz I, Takács E, Belicza É, Szaszko D, Vinnai Á, Oláh A, Sebestyén A, Betlehem J, Kriszbacher I. Az OEP otthoni szakápolási kassza igénybevételének területi egyenlőtlenségei, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2007;4:29-35
- 49 Boncz I, Gabányi J, Sebestyén A, Betlehem J, Gulácsi L, Dózsa Cs. Hosszú idejű ellátás és ápolásbiztosítás Hollandiában. *Egészségügyi Menedzsment*, 2003; 5(3): 62-67.
- 50 Oláh A. Az ápolói készségek fejlesztése az egyetemi szintű képzésben. *Egészségügyi menedzsment*, 2003; 5(4):74-77.
- 51 Betlehem J. Hungary is already seeing an exodus of nursing staff. *Nursing Times*, 2003; 99(14-5):17-23.
- 52 Palfi I, Nemeth K, Kerekes Z, Kallai J, Betlehem J. The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 2008;14(1):19-25.
- 53 Molics B, Leidecker E, Endrei D, Gyuró M, Schmidt B, Kránicz J. A fizioterápiás jellegű tevékenységek igénybevételi mutatói a járóbeteg szakellátásban traumatológiai kórképek esetében. *Egészség-Akadémia.* 2012; 3(3): 203-11.
- 54 Agoston I, Sándor J, Kárpáti K, Péntek M. Economic considerations of HPV vaccination. *Prev Med.* 2010;50(1-2):93.
- 55 Kriszbacher I, Koppan M, Bodis J. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *N Engl J Med.* 2005;353(4):429-30
- 56 Strand de Oliveira J. Access to care: Beyond health insurance. *JAAPA.* 2013;26(11):40-5.

- 
- 57 Eshareturi C, Serrant-Green L, Bayliss-Pratt L, Galbraith V. The case for nurses as central providers of health and social care services for ex-offenders: a discussion paper. *J Adv Nurs*. 2013 Oct 20. doi: 10.1111/jan.12270. [Epub ahead of print]
- 58 Kelly M, Humphrey C. Implementation of the care programme approach across health and social services for dual diagnosis clients. *J Intellect Disabil*. 2013 Oct 16. [Epub ahead of print]
- 59 Gage H, Dickinson A, Victor C, Williams P, Cheynel J, Davies SL, Iliffe S, Froggatt K, Martin W, Goodman C. Integrated working between residential care homes and primary care: a survey of care homes in England. *BMC Geriatr*. 2012;12:71. doi: 10.1186/1471-2318-12-71.
- 60 Horevitz E, Manoleas P. Professional competencies and training needs of professional social workers in integrated behavioral health in primary care. *Soc Work Health Care*. 2013;52(8):752-87.
- 61 Norwegian Official Report. Coordination in health and social care. Norway: NOU; 1986.

## 5. A HOSSZÚ ÁPOLÁSI IDEJŰ, INTÉZMÉNYI KERETEK KÖZÖTT NYÚJTOTT SZOCIÁLIS IDŐS ELLÁTÁSOK ELEMZÉSE <sup>3</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

**Célkitűzés:** Tanulmányunk célja, hogy bemutassuk a hosszú ápolási idejű, intézményi keretek között működő szociális ellátásokat.

**Adatok és módszerek:** A közlemény elkészítéséhez a Szociális Ágazati Információs Rendszer, a Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer, valamint a Központi Statisztikai Hivatal adatait használtuk fel. Az elemzés a 2001-2012 közötti időszakra terjed ki. Elemeztük a rendelkezésre álló férőhelyek és az ellátásban részesülő személyek mutatóit.

**Eredmények:** 2001 és 2012 között az országos férőhelyszám 28,56%-kal, 42.658 férőhelyről 54.840 férőhelyre emelkedett. Az ellátottak számában 2001 és 2005 között éves szinten közel 3%-os növekedést tapasztaltunk, 2007-től azonban a bevezetett kapacitás szabályozás hatására, csökkent a növekedés üteme. A férőhely-kihasználtsági mutató 2001-ben 97,51 % volt, majd 2002 és 2007 között 96,26 %-96,87 % között stabilizálódott. 2008-ban lecsökken 93,44%-ra, ahonnan folyamatosan emelkedve a 2011-es és 2012-es években meghaladta a 95%-ot.

**Következtetés:** A vizsgált években a szociális intézményi kapacitások és ellátott személyek száma magas kihasználtság mellett emelkedő tendenciát mutatott.

---

<sup>3</sup> Jelen fejezet a következő publikáció alapján készült:

Cs. Horváth Z, Endrei D, Molics B, Ágoston I, Boncz I. *A hosszú ápolási idejű, intézményi keretek között nyújtott szociális idős ellátások elemzése*. LAM. (Közlésre benyújtva)

## BEVEZETÉS

Az egészségügyi és szociális rendszerek közötti párhuzamosságok feltárása, kiküszöbölése visszatérő kihívása az egészség- és szociálpolitikai programalkotásnak [62, 63]. Egyes betegségek esetében (pl. Alzheimer kór) az idősödő betegek ellátása problémát jelent az egészségügyi és a szociális rendszer részéről egyaránt [64]. Szentes és munkatársai is a krónikus pszichiátriai betegek/kliensek ellátását elemezve mutatják be, az integrált egészségügyi és szociális ellátás koncepcionális elemeit vitaindító munkájukban [65].

Az Állami Számvevőszék 2008 júniusában ismertette azt a jelentést, amely összehasonlította, az önkormányzati kórházak és a bentlakásos szociális intézmények gazdálkodását. A jelentés rögzítette, hogy az egészségügyi és szociális ellátások összehangolatlan, párhuzamos fejlesztési törekvései, változatlanul a fölös kapacitások és hiányok létrejöttek, fennmaradásának a lehetőségét hordozzák magukban. Az ÁSZ ezért, felhívta az egészségügyi, valamint a szociális és munkaügyi miniszterek figyelmét arra, hogy dolgozzák ki az ápolási szolgáltatást egyaránt nyújtó szociális és egészségügyi intézmények működési feltételeinek, valamint egységes, azonos tartalmú finanszírozásának új rendszerét [66].

A 2011. május 31-én elfogadott Semmelweis Terv szintén rögzíti, hogy célszerű átgondolni az egészségügyi alap - és krónikus fekvőbeteg ellátások, illetve a szociális szolgáltatások eddig dogmaszerű szétválasztását, és a szükségletek, valamint a rendelkezésre álló lehetőségek felméréseivel törekedni kell a kapacitások konverziójára, az ott dolgozó ápolók és gondozók kompetenciájának növelésére [67].

A fenti két dokumentumban megfogalmazott irányok, amelyek az integrált ellátórendszer irányába mutatnak - azaz a szociális és egészségügyi kapacitások tagoltságát, párhuzamosságát szüntetnék meg - jogszabályi keretben a mai napig nem jelentek meg.

A Magyar Országgyűlés 2013 decemberében fogadta el a következő évtized meghatározó fejlesztéspolitikai dokumentumát. A Nemzeti Fejlesztés 2030 - Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Koncepció nevet viselő határozat, szak- és területpolitikai irányai között jelenik meg az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése. A gyógyító Magyarország, egészséges társadalom egészségügyi prioritásának fejezetében, fogalmazza meg a jogszabály, az egészségügyi és szociális ágazat jövőbeni



fejlesztésének összehangolását, illetve kompetenciáik tisztázását. A feladatok között találjuk az egészségügyi és szociális szolgáltatások terén tapasztalható területi különbségek mérséklését, különös tekintettel a perifériák egészségügyi ellátásának fejlesztésére irányuló elképzelést. A Nemzeti Fejlesztés 2030 koncepció továbbra is fontos elemként tekint az egészségügy és a szociális ellátórendszer interszektorális együttműködésére [68].

Nem csak jogalkotói szinten, hanem szakmai, módszertani kutatásokban is történtek iránymutatások. 2011-ben a Szociális Klaszter, egy új típusú finanszírozási protokoll bevezetésére tett javaslatot. Az egészségügyi intézményrendszer társadalombiztosítási alapú finanszírozása és a szociális intézmények normatív alapú finanszírozása, számos ellátási nehézséget, átfedést és hiátust hordoz magában. E probléma orvoslására a klaszter kidolgozta az egészségügyi HBCS súlyszám analógiájára a Homogén Gondozási Csoport (HGCS) módszert, amely az ápolási-gondozási szükséglet mérését szolgálja [69].

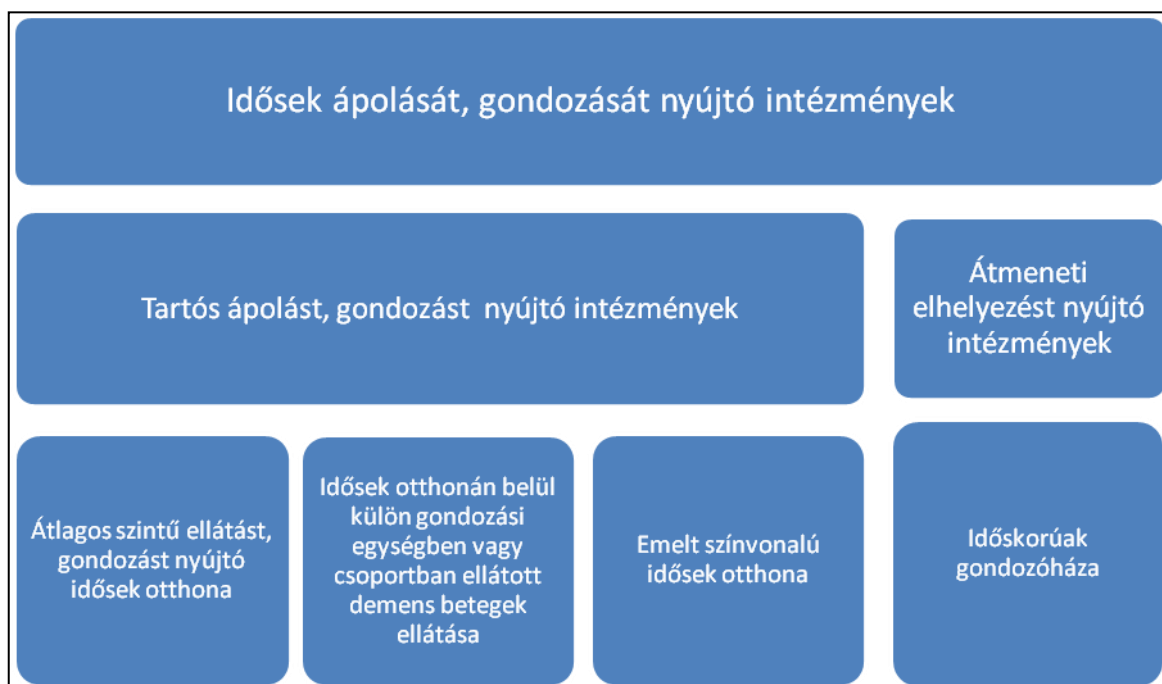
Korábbi munkákban részletesen elemzésre kerültek a szociális ellátórendszeren belül működő házi segítségnyújtás igénybevételi és finanszírozási adatai, az egészségügyi és szociális terület oktatási és fontos szakmapolitikai kérdései [70, 71, 72, 73].

Jelen tanulmányunkkal tovább szeretnénk bővíteni az eddig publikált integrált ellátórendszeri elemeket. Célunk, hogy bemutassuk a hosszú ápolási idejű, intézményi keretek között biztosított szociális ellátásokat, a rendelkezésre álló férőhelyek és az ellátásban részesülő személyek mutatóit.

## **ADATOK ÉS MÓDSZEREK**

Ma Magyarországon az idősellátás az egészségügyi és a szociális ellátórendszer kompetenciájába tartozik. A tartalmilag hasonló ápolási - gondozási feladatok jelenleg két eltérő ágazati logikába ágyazottan, eltérő minimum feltételek, protokollok, hozzáférési rend és finanszírozási filozófia szerint valósulnak meg [74].

Az időskorúak számára, tartós és átmeneti típusú szociális intézményi ellátás szervezhető. Tartós ápolást gondozást nyújtó intézményeken belül lehetőség van átlagos szintű ápolást gondozást nyújtó idősök otthona, továbbá demencia kórképpel rendelkezők ellátása, valamint emelt színvonalú ellátások megszervezésére (5.1. ábra).



### 5.1. ábra

Idősek ápolását, gondozását ellátó intézményi rendszer

Az idősellátásra vonatkozóan közölt intézményi adatoknál a SZÁIR, TEIR, valamint a Központi Statisztikai Hivatal rendszereit használtuk fel.

A szociális ellátórendszer szakosított ellátásai között találjuk meg az idősek számára biztosított ápoló - gondozó célú intézményrendszert. Az idősek otthona az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséget igénylő személyek részére biztosít teljes körű ellátást. Az intézményekben a napi 4 órát meghaladó gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvőbeteg - gyógyintézeti kezelést nem igénylő, a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy látható el. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény azonban néhány kivételt is megfogalmaz, amelyek alapján a gondozottak államilag finanszírozott vagy önköltséges formában, idősellátó intézményi szolgáltatásban részesülhetnek.

Az idősek otthonán belül külön gondozási egységben vagy csoportban kell ellátni azt a személyt, akinél a külön jogszabályban meghatározott szerv a demencia körébe tartozó középsúlyos vagy súlyos kórképet állapít meg. Ezen ellátotti kör számára biztosított

ellátáshoz a központi költségvetés magasabb finanszírozást rendel, így biztosítva a megfelelő feltételeket mind a személyi, mind az infrastrukturális elvárásokhoz.

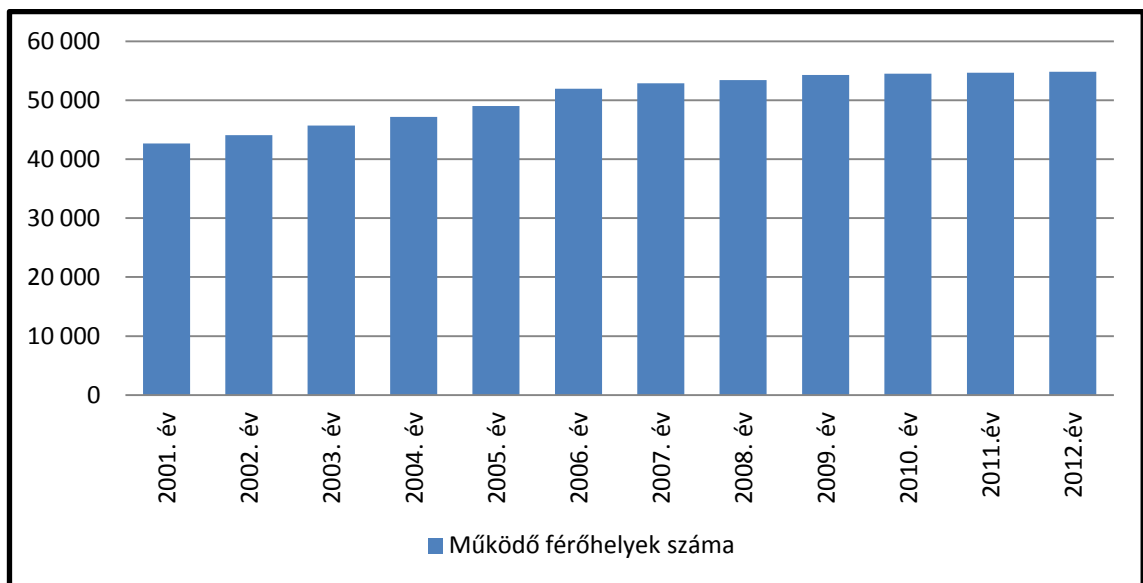
Magyarország 2012. évi központi költségvetéséről szóló 2011. évi CLXXXVIII. törvény 3. mellékletének 12 c. pontja alapján, az intézmény fenntartója jogosult emelt színvonalú ellátás után hozzájárulást igényelni abban az esetben, amennyiben az időskorúak ápolást, gondozást nyújtó otthonaiban a 2007. december 31-én hatályos 1993. évi III. törvény 117/B. §-a alapján emelt színvonalú körülmények és szolgáltatások feltételeit megteremtette. Az átlagot jóval meghaladó minőségű elhelyezési körülménynek minősül az olyan önálló, egy- vagy kétszemélyes lakrész, amely lakószobát, konyhát, fürdőszobát, esetleg egyéb helyiséget foglal magába. Fontos kiemelni, hogy az emelt szintű ellátás esetén egy ellátottra, legalább tíz négyzetméter nagyságú lakóterületet kell biztosítani, vagy egy olyan egy - vagy kétszemélyes lakószobát, amelyhez önálló fürdőszoba tartozik, és épülete korszerűen kialakított és berendezése teljes mértékben felszerelt (tv, hűtőszekrény, mosógép).

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények között találjuk meg az időskorúak gondozóházát. Az idősek gondozóházába azok az időskorúak, valamint a 18. életévüket betöltött beteg személyek vehetők fel, akik betegségük miatt vagy más okból időlegesen képtelenek önmagukról gondoskodni. Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények ideiglenes jelleggel legfeljebb egy évi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak, amely különös méltánylást érdemlő esetben az intézmény orvosának szakvéleménye alapján, egy alkalommal, egy évvel meghosszabbítható. Mind az alap-, mind pedig a szakosított ellátásokra sajátos komplex, illetve integrált intézménytípusok is kialakíthatók. Az önkormányzatok az intézmények fenntartását más fenntartóra, például egyházi vagy civil, illetve nonprofit szervezetekre is átruházhatják, megfelelő feltételek fennállása esetén [75].

Az egészségügyi ellátórendszer elemzése során részletesen ismertetésre kerültek a szociális ellátórendszer orvosi - egészségügyi kapcsolódási pontjai. Különös tekintettel az ápolási tevékenység, az oktatás és továbbképzés, valamint az ápolásbiztosítás bevezetésének elemzése [76, 77, 78, 79, 80].

## EREDMÉNYEK

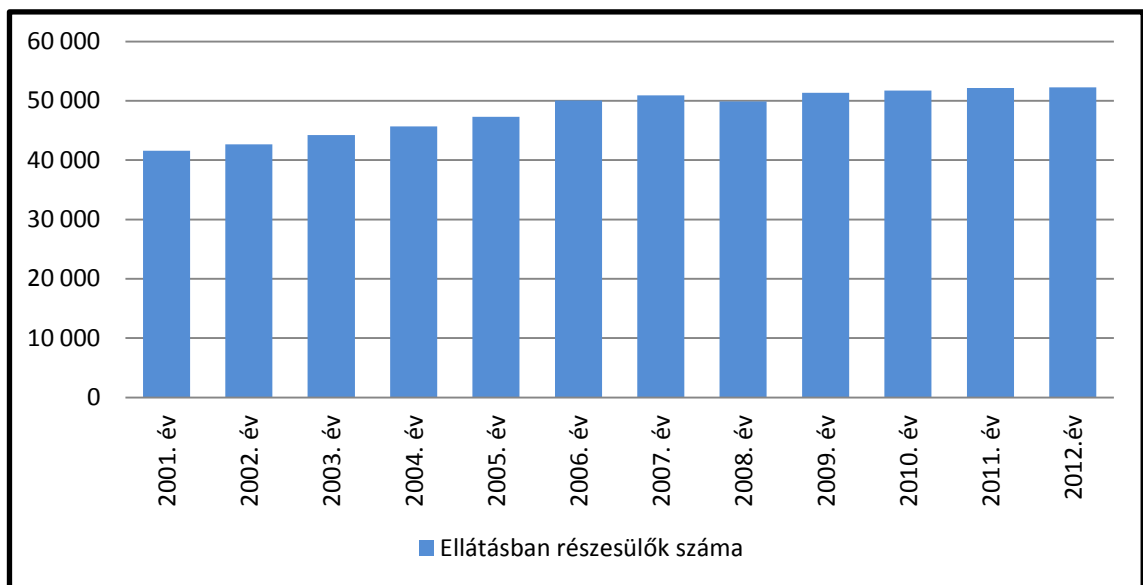
A férőhelyi adatokat elemezve megállapíthatjuk, hogy 2001 és 2012 között az országos férőhelyszám 28,56%-kal, 42.658 férőhelyről 54.840 férőhelyre emelkedett. 2001 és 2005 között a férőhelyszám évről évre közel 3 %-os növekedést mutatott, majd 2006-ban az előző évi számokhoz viszonyítva több mint 5%-os növekedés következett be. 2007 után, éves szinten még 1%-al növekedett az új férőhelyek száma. 2009-től pedig 1% alá csökkent a növekedés üteme (5.2. ábra).



### 5.2. ábra

A tárgyév december 31-én bentlakásos intézményekben működő férőhelyek száma (idősek tartós ápolást, gondozását végző valamint átmeneti ellátását végző intézmények)

Az ellátásban részesülők számát bemutató adatsor is hasonlóan alakul, mint a férőhelyszámokat tartalmazó mutatóké. 2001 és 2005 között éves szinten közel 3%-os növekedést tapasztaltunk, 2005-ről 2006-ra a növekedés meghaladja az 5,8%-ot. 2007-től azonban csökken a növekedés üteme, sőt 2008-ban az előző évi ellátotti számhoz képest közel 2%-os csökkenést mutatnak az adatok (5.3. ábra).

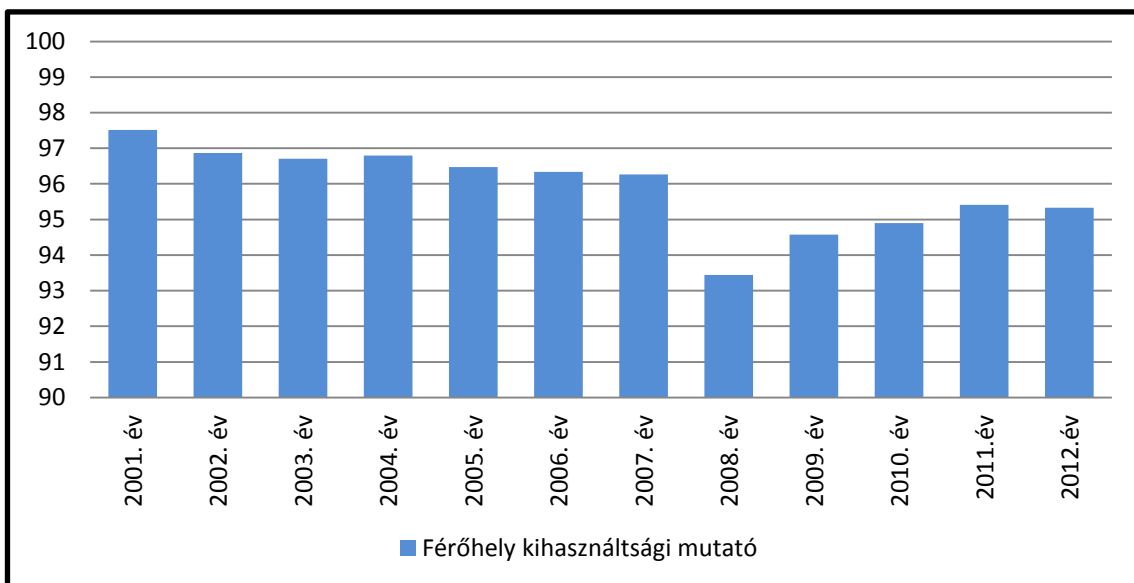


### 5.3. ábra

A tárgyév december 31-én bentlakásos intézményekben (idősek tartós ápolást, gondozását végző valamint átmeneti ellátását végző intézmények) ellátásban részesülők száma

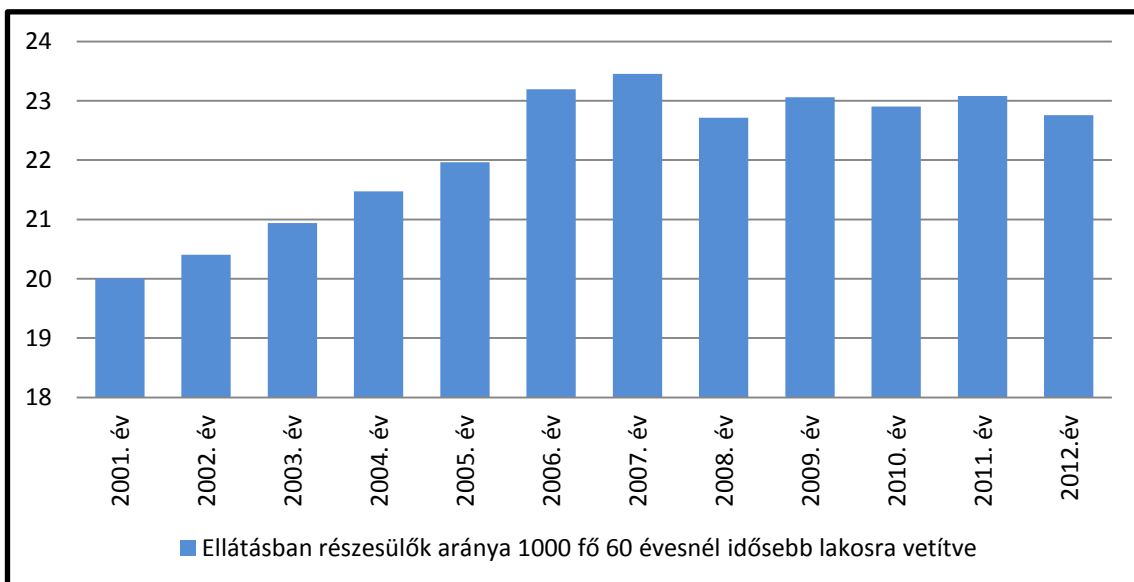
Még szemléletesebbek ezek a változások a férőhely - kihasználtsági mutatóknál. 2001-ben 97,51 % volt a 100 férőhelyre vetített arányszám, 2002 és 2007 között 96,87 %-96,26 % között ingadozott. 2008-ban lecsökken 93,44%-ra, ahonnan évről évre folyamatosan emelkedést mutatva 2011-es és 2012-es években meghaladja a 95%-ot (5.4. ábra).

Az 1000 fő 60 éves vagy annál idősebb lakosra vetített ellátotti számokat is vizsgáltuk. 2001-es évében 1000 fő 60 vagy annál idősebb lakosból, statisztikai értelemben 20,01 fő időskorú személyt láttak el tartós vagy átmeneti idősellátásban. Ez a szám 2005-ig folyamatosan emelkedik, majd 2006-ban a megnövekedett férőhelyszám miatt hirtelen emelkedést mutatva 23,19 főre nő. 2007-ben tovább növekszik 23,45 főre, majd a 2008-as férőhelyszám csökkenéssel korrigál 22,71 főre. Onnan évről évre minimális ingadozást tapasztalunk az éves ellátotti arányt vizsgálva (5.5. ábra).



#### 5.4. ábra

A tárgyévben december 31-én 100 idős bentlakásos intézményekben működő férőhelyre jutó ellátott száma (%) (idősek tartós ápolást, gondozását végző valamint átmeneti ellátását végző intézmények)



#### 5.5. ábra

A tárgyévben 1000 fő 60 évesnél idősebb lakosra vetített (idősek tartós ápolást, gondozását végző valamint átmeneti ellátását végző intézmények) ellátotti szám

## MEGBESZÉLÉS

Elemzésünk célja a szociális ellátórendszeren belül az idősek számára biztosított tartós ápolást, gondozást nyújtó, valamint átmeneti ellátások igénybevételi mutatóinak bemutatása.

Az adatokat elemezve az idősek számára nyújtott ellátások esetében a 2001-es adatokhoz képest évről évre egyenletesen növekvő kapacitásemelkedést állapítottunk meg. A 2005 és 2006 közötti időszakban egy markáns emelkedés található mind a férőhely, mind az ellátásban részesülők száma adataiban. 2007 után ez a növekedés minimálisra csökkent, sőt az ellátottak esetében 2008-ban az előző évi adatokhoz képest csökkenést tapasztalunk.

2008-as férőhely-változásokat vizsgálva egy nagyon fontos jogszabályi változás hatásaira lettünk figyelmesek. A 2006 novemberében elfogadott, 239/2006. (XI.30.) Kormányrendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások esetén bevezeti az irányított területi kiegyenlítő rendszert. A rendelet értelmében 2007-től, az új szolgáltatások illetve férőhelyek után, a fenntartó állami, költségvetési támogatásban csak az irányított területi kiegyenlítési rendszerbe történő befogadással részesülhet. Ezzel az eljárásrenddel megteremtették a kapacitásbefogadás rendszerét a szociális ellátásokban.

Az idősoros elemzés eredményeképpen rögzíthetjük, hogy a bevezetett kapacitás szabályozás hatására 2007-ről a 2008-as évre csökkent a férőhelyszám növekedés üteme, sőt az ellátásban részesülők száma nominálisan csökkent, valamint a férőhely kihasználtsági mutató a legalacsonyabb értéket mutatta. A bevezetett szabályozás hatása egyértelműen igazolható a bemutatott adatok alapján.

Az azóta eltelt időszakban is születtek olyan típusú jogszabályok, amelyek a kapacitások további monitorozását teszik lehetővé. A legfontosabb a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról szóló 329/2011. (XII.29.) Kormányrendelet, amely a szociális intézményeknek napi jelentéstételi kötelezettséget ír elő. A rendelet értelmében, az intézmény fenntartója naponta nyilatkozik arról, hogy a szolgáltatást-igénybevevői nyilvántartásban szereplő személy a szolgáltatást az adott napon igénybe vette-e. Az adatrögzítés a kliensek esetében Társadalombiztosítási Azonosító Jel alapján történik. Így teljesen átlátható és nyomon követhető az igénybevétel.

Az 50.000 feletti idősök részére rendelkezésre álló szociális intézményi férőhelyi kapacitás, lényegesen magasabb, mint a 27.000 ágy körüli krónikus ágy az egészségügyi ellátórendszerben. A férőhely kihasználtsági mutatóknál, a szociális ellátórendszer a 90 % feletti kihasználtsági aránya szintén magasabb, mint a 80 % körüli krónikus ágykihasználtságnál [81].

Az egészségügyi és szociális ellátások közötti párhuzamosságok, illetve bizonyos esetekben hiányosságok kiküszöbölése fontos egészség- és szociálpolitikai feladat szerte Európában [82, 83, 84]. Különösen az informális ellátások megítélése nem egyértelmű [85, 86, 87, 88]. Nemzetközi összehasonlító elemzések kimutatták, hogy azokban az országokban, ahol alacsony a szociális szolgáltatások kihasználtsága, ott egyenlőtlen lesz a szociális és egészségügyi ellátások használata [89]. A két ellátórendszerben jelenleg eltérő nomenklatura és terminológia egységesítése érdekében komoly Európai Uniói törekvéseket tapasztalunk [90].

Angliában a szociális és egészségügyi ellátások integrációjának megítélésére vonatkozó tanulmány megállapította, hogy annak lehetnek pozitív hatásai a szolgáltató szervezetekre és a páciensekre/kliensekre egyaránt, azonban az integráció előnyeinek kihasználása gondos tervezést igényel [91].

A nemzetközi elemzésekhez hasonlóan Magyarországon is a két ellátórendszer különböző adatokat és fogalmi rendszereket használ. További vizsgálatainknak fontos feladata lesz, az egységes ápolási szolgáltatások definíciójának kidolgozása. A két ellátórendszer együttes vizsgálatával tovább bővítjük azokat az eredményeket, amelyek igazolni tudják a szociális és egészségügyi ellátórendszer keretében végzett idősellátás interszektoralis együttműködésének létjogosultságát.



## IRODALOMJEGYZÉK

---

- 62 Kincses Gy. (szerk.) Magyarország egészségügye és szociális rendszere. ESKI, 2004.
- 63 Juhász J. Idős emberek szociális és egészségügyi ellátásában rejlő hazai lehetőségek. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2008;7(9):10-13.
- 64 Kovács T. Az Alzheimer-kór diagnosztikai kritériumainak fejlődése. *LAM (Lege Artis Medicinæ)* - 2013;23(01):47-51.
- 65 Szentes T, Kapócs G, Kurimay T. Krónikus pszichiátriai betegek ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszerben. *LAM (Lege Artis Medicinæ)* - 2013;23(5-6):263-270.
- 66 Jelentés az önkormányzati kórházak és bentlakásos szociális intézmények ápolásra, gondozásra fordított pénzeszközei felhasználásának ellenőrzéséről 0820, Állami Számvevőszék (2008)
- 67 Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére.  
<http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf> [2013.12.05]
- 68 H/13094.számú Országgyűlési Határozati Javaslat, a Nemzeti Fejlesztés 2030 - Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Konceptióról,  
<http://www.parlament.hu/irom39/13094/13094.pdf> [2013.12.05]
- 69 HGCS3 finanszírozási modellkísérlet, a HGCS rendszer vizsgálata - modellezése a bentlakásos intézményekben ellátottak állapotának követésére és a gondozási tevékenység mérésére.  
[http://www.szocialisklaszter.hu/adat/dokumentumtar/hu18\\_hgcs3\\_zaro2011.pdf](http://www.szocialisklaszter.hu/adat/dokumentumtar/hu18_hgcs3_zaro2011.pdf) [2013.12.05]
- 70 Cs. Horváth Z, Molics B, Boncz I. A szociális és az egészségügyi ellátórendszer gyakorlati együttműködési lehetőségei. *Egészségakadémia* 2013;1: 12-27
- 71 Cs. Horváth Z, Boncz I. A szociális házi segítségnyújtás kapacitás és finanszírozási adatainak értékelése. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2013;12(S1):21-25.
- 72 Oláh A. Az ápolói készségek fejlesztése az egyetemi szintű képzésben. *Egészségügyi menedzsment*, 2003; 5(4):74-77.
- 73 Molics B, Leideckker E, Endrei D, Gyuró M, Schmidt B, Kránicz J. A fizioterápiás jellegű tevékenységek igénybevételi mutatói a járóbeteg szakellátásban traumatológiai kórképek esetében. *Egészség-Akadémia*, 2012; 3(3):203-211.
- 74 Balogh Orsolya, Fehérmé Domokos Ildikó, Kostyál L. Árpád, Pató Ágnes, Vajda Norbert (2011) Szakmai szabályozók fejlesztés, Ismertető a bentlakásos idősellátás, a családsegítő szolgáltatások, valamint a gyermekjóléti alap-és gyermekvédelmi szakellátás területén dolgozó szakembereknek, Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet, Budapest
- 75 Papházi Tobor-Rácz Andrea-Szombathelyi Tibor (2004) Magyarország szociális rendszere. Kapocs könyvek 7. A szociális ellátórendszer működéséről, kihívásáról, Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet, Budapest 2004
- 76 Gaal, P., Szigeti, S., Csere, M., et al.: Hungary health system review. *Health Syst. Transit.*, 2011, 13, 1-266.
- 77 Boncz, I., Nagy, J., Sebestyén, A., et al.: Financing of health care services in Hungary. *Eur. J. Health Econ.*, 2004, 5, 252-258.
- 78 Kriszbacher, I., Koppan, M., Bodis, J.: Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *N. Engl. J. Med.*, 2005, 353, 429-30.

- 
- 79 Gulacsi L, Vas G, Pinter I, Kriszbacher I. Colorectal cancer screening policy in Hungary. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009; 25(1):109-110.
- 80 Gondocs Z., Olah A., Marton-Simora J., Nagy G., Schaefer J., Betlehem J.: Prehospital emergency care in Hungary: what can we learn from the past? *J Emerg Med*. 2010. 39(4): 512-8.
- 81 Vas G, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, Endrei D, Zemplényi A, Boncz I. A 2007. április 1-i egészségügyi reform intézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2009; 47(4):5-11.
- 82 Holmås TH, Islam MK, Kjerstad E. Interdependency between social care and hospital care: the case of hospital length of stay. *Eur J Public Health*. 2013;23(6):927-33.
- 83 Allen D, Rixson L. How has the impact of 'care pathway technologies' on service integration in stroke care been measured and what is the strength of the evidence to support their effectiveness in this respect? *Int J Evid Based Healthc*. 2008;6(1):78-110.
- 84 Tummers JF, Schrijvers AJ, Visser-Meily JM. Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review. *Int J Integr Care*. 2012;12:e193.
- 85 Weaver FM, Weaver BA. Does availability of informal care within the household impact hospitalisation? *Health Econ Policy Law*. 2014;9(1):71-93.
- 86 Oliva-Moreno J, Aranda-Reneo I, Vilaplana-Prieto C, González-Domínguez A, Hidalgo-Vega A. Economic valuation of informal care in cerebrovascular accident survivors in Spain. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):508.
- 87 Tambor M, Pavlova M, Golinowska S, Sowada C, Groot W. The formal-informal patient payment mix in European countries. Governance, economics, culture or all of these? *Health Policy*. 2013;113(3):284-95.
- 88 Ferré-Grau C, Sevilla-Casado M, Lleixá-Fortuño M, Aparicio-Casals MR, Cid-Buera D, Rodero-Sanchez V, Vives-Relats C. Effectiveness of problem-solving technique in caring for family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain). *J Clin Nurs*. 2014;23(1-2):288-95.
- 89 Bien B, McKee KJ, Döhner H, Triantafyllou J, Lamura G, Doroszkiewicz H, Krevers B, Kofahl C. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *Eur J Public Health*. 2013;23(6):1032-8.
- 90 Salvador-Carulla L, Alvarez-Galvez J, Romero C, Gutiérrez-Colosía MR, Weber G, McDaid D, Dimitrov H, Sprah L, Kalseth B, Tibaldi G, Salinas-Perez JA, Lagares-Franco C, Romá-Ferri MT, Johnson S. Evaluation of an integrated system for classification, assessment and comparison of services for long-term care in Europe: the eDESDE-LTC study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:218.
- 91 Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health Soc Care Community*. 2013 Jun 11. doi: 10.1111/hsc.12057

## 6. BETEGÁPOLÁS FINANSZÍROZÁSA A MAGYARORSZÁGI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN <sup>4</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

**Célkitűzés:** Tanulmányunk célja, hogy részletesen ismertessük az egészségügyi és a szociális ellátórendszer keretén belül működő szakápolási tevékenység (7305 szakmakód) finanszírozási, igénybevételi mutatóit.

**Adatok és módszerek:** A közlemény elkészítéséhez a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal valamint a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal adatait használtuk fel. Elemzésünk a 2012-es, bentlakásos szociális intézmények esetében a 2013-as év adataira terjed ki.

**Eredmények:** Magyarországon, 2012-ben 2.403 ágyszám állt rendelkezésre a 7305-ös ápolási szakmában. Ezeken az ágyakon 7.018 betegszámot és 7.952 esetszámot regisztráltak 87,6%-os országos ágykihasználtsági mutató mellett. Az ápolási ágyak működtetéséhez 4.263,4 millió Ft költségvetési támogatást használtak fel a szolgáltatók. Szakápolási tevékenységet működési engedéllyel 135 bentlakásos szociális intézmény végzett, ez az összes idősek otthonának 16,1%-a.

**Következtetések:** Az egészségügyi ellátás esetén jelentős területi eltéréseket állapítottunk meg, mind az átlagos ágyszám, mind a beteg- és esetszám, mind a finanszírozási mutatók tekintetében. Az idősek otthonában bevezetett szakápolási tevékenység nem tompította az egészségügyi ápolási ágyak területi különbségeit. Egységes kapacitásszabályozás és szektor semleges ápolási finanszírozás bevezetésével, a ma meglévő ápolás szakmai valamint hozzáférési különbségek rövid időn belül mérsékelhetőek.

---

<sup>4</sup> Jelen fejezet a következő publikációk alapján készült:

Cs. Horváth Z, Barcza Zs, Endrei D, Molics B, Ágoston I, Boncz I *Financial aspects of nursing care in the Hungarian healthcare system*. Journal of Proactive Medicine, 2014; (Közlésre elfogadva)

Cs. Horváth Z, Sebestyén A, Österle A, Endrei D, Betlehem J, Oláh A, Imre L, Bagosi G, Boncz I. *Economic burden of long-term care of rheumatoid arthritis patients in Hungary*. Eur J Health Econ. 2014; DOI: 10.1007/s10198-014-0601-9

## BEVEZETÉS

Az ápolási gondozási igények, szükségletek alapvető meghatározója a lakosság egészségi állapota, korösszetétele. Hazánkban a hatvan év felettiiek egytizedénél, a tartós betegség gyakoriságának aránya eléri az 50%-ot, míg a három vagy több tartós megbetegedés az idősök 2,3%-nál fordul elő. A főbb betegségcsoportok a keringési betegségek (45%), csontizom-ízületi betegségek (16%). Vizeletkontinencia problémája közel 300.000 ezer idősnek van. Jellemzően magas a reumatológiai betegségben szenvedők, a pszichiátriai tünetekkel, demencia kórképpel rendelkezők aránya is [92].

Az ápolási feladatok Magyarországon egyszerre vannak jelen az egészségügyi és a szociális ellátásokban. Az egészségügyi ellátáson belül a háziorvosi (körzeti) ápolónők munkájában, az otthoni szakápolásban, valamint az aktív és krónikus kórházi ellátásban jelenik meg az ápolási tevékenység. A szociális ellátásban az ápolás az alap- és szakellátások szintjén a beteg otthonához kötöten, vagy bentlakást nyújtva történik. Magyarországon 2012-ben havi átlagban több mint 160.000 idős ember részére nyújtottak házi szociális segítségnyújtást, továbbá közel 55.000 férőhely állt rendelkezésre idősök otthonaiban, az egészségügyi ellátás keretében 26.634 krónikus ágyon 280.000 beteget gondoztak [93]. Az ápolási, gondozási igények növekedése azonban, folyamatosan kihívás elé állítja az ellátórendszereket. Az egészségügyi és a szociális ellátórendszerek eltérő jogszabályi, finanszírozási környezete nem segíti elő a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználását.

A bentlakásos idősök otthonaiban szinte kizárólag olyan ellátottakat gondozhatnak, akiknek a gondozási szükséglete eléri minimálisan a napi 4 órát. Ezen előírás következményeként folyamatosan növekszik a teljes körű ápolási ellátásra szoruló kliensek aránya. Az Állami Számvevőszék 0820. számú vizsgálati jelentése már 2007-ben megállapította, hogy a bentlakásos szociális intézményben élő ellátottak egyharmada szakápolási tevékenységre szorul, miközben az intézményekben kizárólag az alapellátást tudják megszervezni [94]. Az ellátási igények kielégítésére, 2012. június 1-jétől a bentlakásos szociális valamint gyermekvédelmi intézményben szakápolási tevékenység is engedélyezhető [95]. Az Alapvető Jogok biztosa 2013-ban vizsgálta az idősotthonokban élők számára biztosított ápolási ellátásokat. Az erről készült jelentésben a biztos megállapítja, hogy a jogszabályi és finanszírozási ellentmondások a

tartós bentlakásos intézményekben ellátottak egészségéhez való jogával összefüggésben visszásságot okoznak [96].

Nem csak a magyar ellátórendszerben vannak jelen a párhuzamos ellátások. Az időskorú krónikus betegek ellátásában, az Európai Unió tagállamaiban is egyszerre vesz részt az egészségügyi és szociális ellátórendszer. Azonban a két ellátórendszer különböző szervezeti, irányítási, finanszírozási mechanizmusai rontják az ellátás eredményét, növelik a gyógyszerkezelt és az elkerülhető hospitalizációt [97]. Az igénybevétel növekedésével egyszerre megjelenő ápolási költségek emelkedése, valamint a szakképzett humán erőforrás biztosításának problémája, komoly kihívásokat jelentenek az európai közösség nemzeteinek [98,99]. Eddigi kutatómunkáinkban mi is arra törekedtünk, hogy a magyarországi viszonyokra adaptáljunk - elsősorban az idős ellátás területén - egy új típusú ellátórendszert, amely a hasonló szociális ellátásokat és az egészségügyi ellátásokat integrálja [100,101]. A magyar egészségbiztosítási rendszer részletesebb leírásai máshol megtalálhatóak [102, 103, 104, 105, 106].

Tanulmányunk célja, hogy az egészségügyi krónikus ellátórendszer keretében működő szakápolási tevékenység (7305 szakmakód) egészségbiztosítási, finanszírozási és igénybevételi mutatóit elemezzük, továbbá részletesen bemutassuk a bentlakásos szociális intézményekben szakápolási tevékenység végzésére engedélyezett szolgáltatók adatait.

## **ADATOK ÉS MÓDSZEREK**

A krónikus ellátórendszeren belüli működő ápolás, szakápolás (7305 szakmakód) ellátásra vonatkozó finanszírozási adatsort a GYEMSZI bocsátotta rendelkezésünkre. A működési engedéllyel szakápolási tevékenységet végző bentlakásos szociális intézmények adatai az Országos Tisztifőorvosi Hivatalból származnak. Az idős emberek részére ápolást, gondozást nyújtó intézményekre vonatkozóan a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal központi szociális információs rendszeréből tájékozódunk [107].

A feldolgozott adatok esetében fontos azok pontos definiálása. A feltüntetett értékek esetében azokat a betegforgalmi adatokat vettük alapul, ahol a szolgáltató, tevékenységet jelentett le ápolási szakmában (1-es krónikus szorzó). Az átlagos ágyszám, a működés hónapjainak és a feldolgozás időintervallumának a figyelembe vételével az osztály törzs alapján számolt átlaga a havonként megadott ágyszámoknak.

Betegszám a képzett társadalmi azonosító jel alapján a sztornó jelölés figyelembe vételével számolt összege, az osztályon megfordult betegeknek. Az esetszám a törzsszám alapján a sztornó jelölés figyelembe vételével számolt összege az osztályon előforduló eseteknek. Az ágykihasználtsági mutató a teljesített napok és a teljesíthető napok hányadosa. A közölt adatok megyei bontásban készültek (6.1. táblázat). Szintén megyei bontásban mutatjuk be az egy betegre vetített ápolási időt, amely a teljesített napok és a betegszám hányadosa (6.1. ábra). A 6.2. ábrán az egy ápolási ágyhoz tartozó lakosság számot szemléltetjük, az ápolást végző osztály területi ellátási kötelezettsége (TEK) alapján. Az egészségügyi intézmények osztályait számmal jelöltük. 7305-ös szakápolási ágyon jelentett betegeknek a 10 leggyakrabban diagnosztizált beteg diagnózis (TOP 10 BNO) esetszámait a 6.3. ábra tartalmazza. Megyénként elemezzük a 7305-ös szakápolási tevékenységre működési engedéllyel rendelkező bentlakásos szociális intézmények arányát, az összes idősek otthonainak telephelyeire vetítve (6.4. ábra).

## **EREDMÉNYEK**

Magyarországon 2012-ben 2.403 átlagos ágyszám állt rendelkezésre a 7305-ös ápolási szakmában. Ezek az ágyak 7.018 fő betegszámot és 7.952 esetszámot regisztráltak, 87,6%-os országos ágykihasználtsági mutató mellett. Az ápolási ágyak működtetéséhez 4.263,4 millió Ft költségvetési támogatást használtak fel a szolgáltatók. A legmagasabb 10 ezer lakosra jutó átlagos ágyszám Komárom-Esztergom megyében (8,5), Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (4,8) valamint Jász-Nagykun-Szolnok megyében (4) állt rendelkezésre. A legalacsonyabb ágyszám mutatók Pest (1), Szabolcs-Szatmár-Bereg (0,8), Heves (0,6) megyékben voltak. Fejér, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye egy-egy intézménye esetén az adatforrás nem rögzített ágyszámot, teljesíthető napok számát, ágykihasználtsági mutatót, valamint területi ellátási kötelezettséget sem, viszont betegszámot, esetszámot, teljesített napok számát és finanszírozási adatokat tartalmazott az adatsor. Bács-Kiskun megyében egyáltalán nem működött a vizsgált időszakban szakápolási ágy. A legtöbb beteget Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (1094), Budapesten (915), Békés megyében (500) regisztrálták, addig a legalacsonyabb betegszámot Pest megyében (183), Nógrád (79), Heves (73) megyékben tapasztaltunk. A 10 ezer lakosra jutó esetszámokat vizsgálva a legmagasabb értékeket Tolna megyében (20,1) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (17) valamint Békés megyében

(15,6) rögzítettek. A 10 ezer lakosra jutó esetszámok esetében a legalacsonyabb három adat Nógrád (4), Heves (2,7) és Pest (1,9) megyékben található. Az ágykihasználtsági mutató - a három megyét leszámítva ahol nem minden ágyszám szerepel az adatforrásban, amely a mutatót torzítja - 72,5% - 97,1% között szóródik. A finanszírozási adatsor alapján a legtöbb forrást Borsod-Abaúj-Zemplén (573), Budapest (562,6) valamint Komárom-Esztergom megye intézményei kapták. A legalacsonyabb összegek Vas (79,6), Nógrád (65,6) Heves (39,2) megyék kórházainak jutottak (6.1. táblázat).

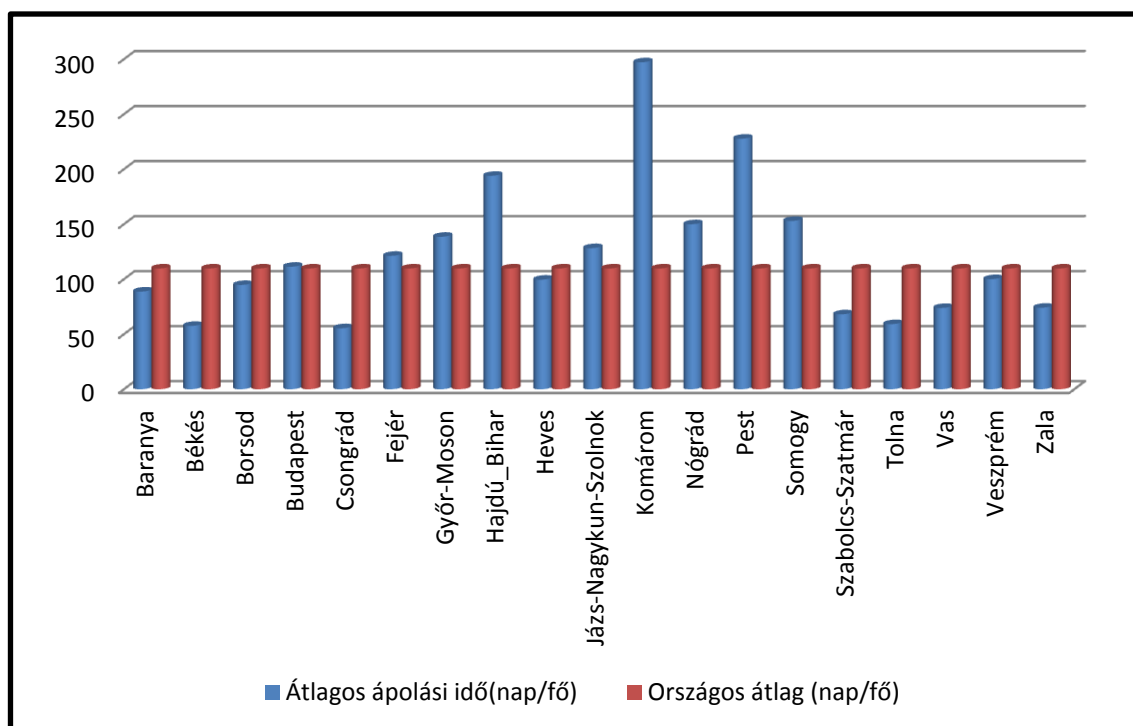
Megye	Átlagos ágyszám (db)	10 ezer lakosra jutó ágyszám	Betegszám (fő)	Esetszám (fő)	10 ezer lakosra jutó esetszám	Ágykihasználtsági mutató (%)	Finanszírozás (millió Ft)
Baranya	110	2,9	409	464	12,2	90,2	201,5
Békés	90	2,5	500	566	15,6	87,5	156,5
Borsod-A-Z	330	4,8	1.094	1.170	17,0	85,9	573,0
Budapest	358	2,1	915	1.006	5,8	77,8	562,6
Csongrád	55	1,3	284	307	7,5	78,4	84,1
Fejér*	148	3,5	446	522	12,4	99,9	299,7
Győr-M-S	136	3,1	338	347	7,8	94,1	260,8
Hajdú-Bihar	116	2,1	212	316	5,8	96,9	229,1
Heves	20	0,6	73	84	2,7	99,3	39,2
Jász-Nagykun-Szolnok	155	4,0	414	489	12,5	93,6	293,6
Komárom-Esztergom	257	8,5	251	300	9,9	79,3	417,1
Nógrád*	27	1,3	79	82	4,0	119,9	65,6
Pest	123	1,0	183	236	1,9	92,6	233,2
Somogy	113	3,5	197	206	6,5	72,9	167,4
Szabolcs-Sz-B*	48	0,8	315	331	5,9	122,1	117,7
Tolna	79	3,4	422	466	20,1	86,4	136,1
Vas	54	2,1	194	198	7,7	72,5	79,6
Veszprém	120	3,4	426	525	14,8	97,1	237,4
Zala	64	2,3	266	337	11,9	84,1	109,2
<b>Összesen</b>	<b>2.403</b>	<b>2,4</b>	<b>7.018</b>	<b>7.952</b>	<b>8,0</b>	<b>87,6</b>	<b>4.263,4</b>

\*Az adott megye egy-egy intézményében az adatforrás nem rögzített ágyszámot, teljesíthető napok számát, ágykihasználtsági mutatót.

### 6.1. táblázat

Magyarország egészségügyi intézményeiben végzett szakápolás (7305 szakmakód) 2012-es év főbb adatai

Egészségügyi intézményben végzett szakápolás (7305 szakmakód) keretében, 2012-ben egy betegre jutó átlagos ápolási idő országos átlagban 109, 8 nap volt. Az országos átlagot jóval meghaladóan a leghosszabb egy betegre jutó ápolási idő Komárom-Esztergom megyében (297,2) Pest megyében (227,8) valamint Somogy megyében (153) a legrövidebb ápolási idő Vas megyében (74,1), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (68,1) Csongrád megyében (55,5) jutott egy betegre (6.1. ábra).

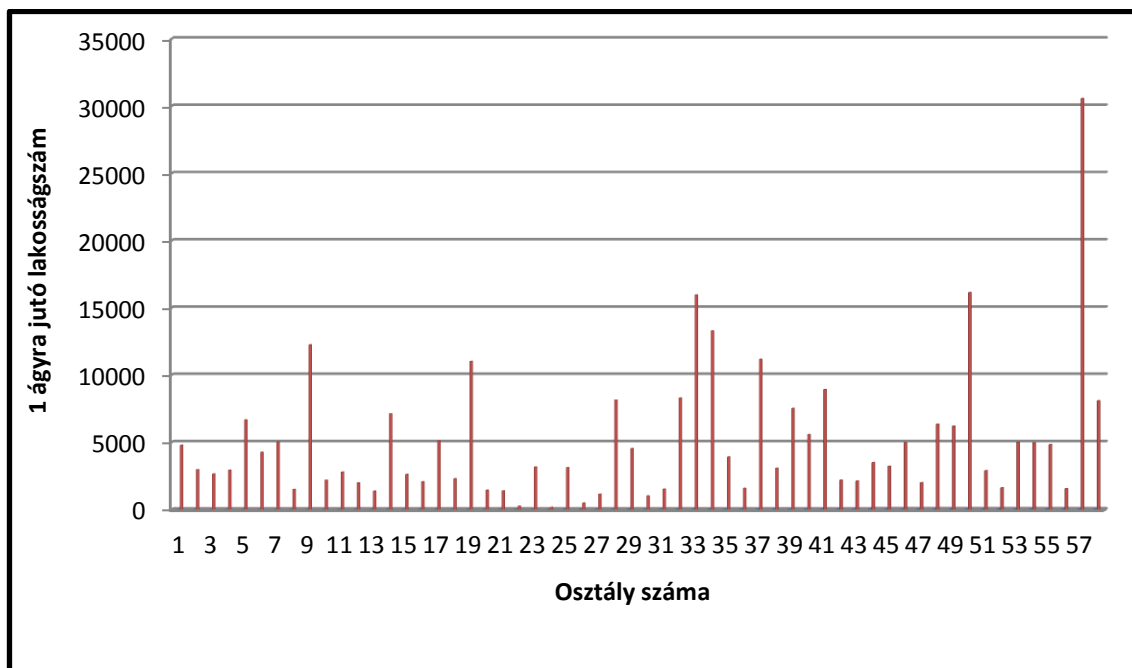


### 6.1. ábra

Egészségügyi intézményben végzett szakápolás (7305 szakmakód) keretében 2012-es évben 1 betegre jutó átlagos ápolási idő megyei bontásban (nap/fő)

2012-ben kórházi osztályon, szakápolási tevékenység keretében működő egy kórházi ágyra jutó lakosság szám esetén az osztályokat 1-58-ig terjedő sorszámmal láttuk el. Az egy ágyra jutó legtöbb lakos az 57-es (30.559), az 50-es (16.140) és a 33-as (15.958) sorszámú osztályokra jutott. A legkevesebb lakost a 26-os (493) a 22-es (258) és a 24-es (169) sorszámú osztályok ágyainak kellett ellátniuk (6.2. ábra).



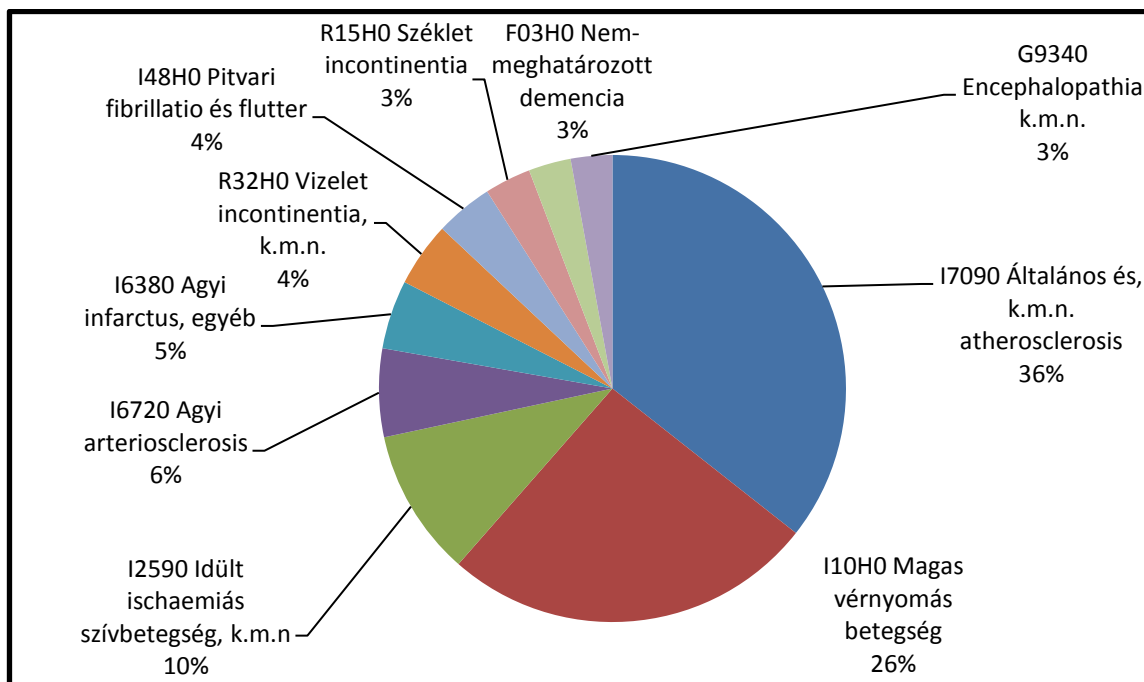


## 6.2. ábra

2012-ben kórházi osztályon, szakápolási tevékenység keretében működő 1 kórházi ágyra jutó lakosság (fő/ágy)

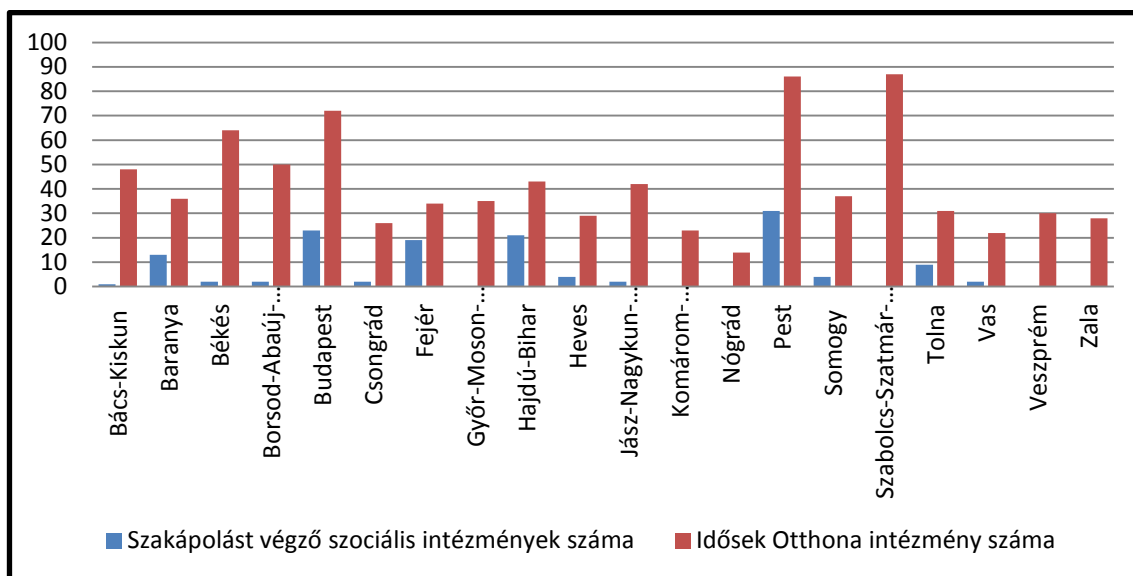
7305-ös szakápolási ágyon jelentett betegek 10 leggyakrabban diagnosztizált BNO esetszámai közül 36%-ban az I7090-est (általános és k.m.n. atherosclerosis), 26%-ban az I10H0-ás kódszámú betegséget diagnosztizáltak (magas vérnyomás betegség). A TOP 10 BNO esetén a legkisebb 3%-os gyakorisággal az R15H0 (széklet incontinentia), az F03H0 (nem-meghatározott demencia), valamint a G9340-es (encephalopathia k.m.n.) BNO-k fordultak elő (6.3. ábra).

Szakápolási tevékenységre működési engedéllyel 135 bentlakásos szociális intézmény rendelkezett. Ha figyelembe vesszük az összes idősotthoni telephelyet Magyarországon (837), akkor megállapíthatjuk, hogy az idős otthonok 16,1%-a végzett 2013 végéig működési engedély alapján szakápolási tevékenységet. Legmagasabb arányban, Fejér megyében (55,9%), Hajdú-Bihar megyében (48,8%) Baranya megyében (36,1%) lévő idős otthonok rendelkeztek működési engedéllyel, hat megyében (Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Veszprém, Zala) egyáltalán nem volt olyan szociális intézmény, amely működési engedéllyel rendelkezett volna szakápolási tevékenység ellátására (6.4. ábra).



**6.3. ábra**

Szakápolási ágyon jelentett betegek 10 leggyakrabban diagnosztizált BNO esetszáma (2012. év)



**6.4. ábra**

Szakápolási tevékenységre működési engedéllyel rendelkező bentlakásos szociális intézmények aránya az összes időotthoni telephelyre vetítve (2013.év)

## MEGBESZÉLÉS

Elemzésünk célja, a két ellátórendszer ápolási szolgáltatásainak feltérképezése volt. Vizsgálatunk eredményének legfontosabb megállapítása, hogy az egészségügyi ellátás esetén jelentős területi eltérések tapasztalhatóak, mind az átlagos ágyszám, mind a beteg- és esetszám, mind a finanszírozási mutatók esetében. Az ápolási ágyak nem minden megyében érhetőek el, hiszen Bács-Kiskun megyében egyáltalán nem működnek a 7305-ös szakma keretében kórházi ágyak. Az egy betegre jutó ápolási napok esetében a legrövidebb és leghosszabb ápolási idők között megyei szinten közel ötszörös eltérést tapasztaltunk. Kórházi osztályonként vizsgálva az egy ágyra jutó lakosságszámot, két budapesti intézmény esetében országos ellátási kötelezettséget láthatunk, ezen intézményeket ezért nem tüntettük fel az ábrán. Az egy ágyra jutó lakosságszám esetében a területi különbségeket jól szemlélteti, hogy rosszabb eséllyel rendelkezik kórházi ápolási férőhely igénylésére egy Csongrád megyei településen élő, egy Komárom-Esztergom megyében élő beteghez képest. Csongrád megyében egy ápolási ágyra több mint 30.000 lakos jut, Komárom-Esztergom megyében működik olyan kórházi osztály, ahol átlagban alig 200 lakost kell ellátnia egy ápolási ágynak. A bentlakásos szociális otthonokban bevezetett szakápolási tevékenység a gyakorlatban tompítani tudná ezeket a területi különbségeket. A bemutatott eredmények azonban egyértelműen bizonyítják, hogy elsősorban nem azokban a megyékben kértek működési engedélyt a szociális intézmények fenntartói, ahol az egészségügyi ellátások elérhetősége szűkös. Fejér megyében, ahol sűrűn elérhetőek az ápolási ágyakat működtető kórházi osztályok, a legmagasabb a szakápolást végző szociális intézmények aránya. Szabolcs–Szatmár-Bereg megyében ahol 48, valamint Nógrád megyében, ahol 27 átlagos kórházi ápolási ágyszám működik, viszont egyetlen szociális idős otthon sem rendelkezik működési engedéllyel szakápolási tevékenység végzésére. Bács-Kiskun megyében, ahol egyáltalán nem működik ápolási típusú kórházi ágy, mindösszesen egy szociális intézmény szerzett 2013-ban működési engedélyt szakápolásra.

A két ellátórendszer a bevezetett változások ellenére sem segíti elő az ellátást igénylők hozzáférési esélyeinek növelését. Fontos, hogy az ápolási szolgáltatások jövőbeni standardizálása során egységes szabályok vonatkozzanak mind a két ellátórendszerben végzett szakápolási tevékenységre. Ennek figyelembevételével kell meghatározni az

egészségügyi szolgáltatások minimum rendeletében a bentlakásos szociális otthonban végzett szakápolás esetében is az ágyszámtól függő szakdolgozói létszámot. Segítséget kell nyújtani a szociális otthonban dolgozók számára, hogy a szakápolási tevékenység ellátásához szükséges egészségügyi végzettséget meg tudják szerezni. Azok számára, akik rendelkeznek egészségügyi végzettséggel, de azt a minimum rendelet nem ismeri el, ki kell dolgozni annak a licenc eljárásnak a szabályait, amelynek a keretében megfelelő jogosítványt szerezhettek a szakápolási tevékenység elvégzésére. Elengedhetetlen, hogy a szociális intézmények azon ágyaik esetében, amelyeken egészségügyi ellátást végeznek, jogosultak legyenek az egészségügyben működő ápolási ágyaknak megfelelő finanszírozásra. Egységes kapacitás szabályozás bevezetésével, a szociális intézmények jelzett pénzügyi segítségével továbbá humán erőforrás fejlesztéssel, a jelenleg meglévő ápolás szakmai, hozzáférési különbségek, rövid időn belül mérsékelhetőek.

## IRODALOMJEGYZÉK

---

- 92 Iván László: Gondolatok az idősödés szemléletű szociálpolitikáról Magyarországon, Kapocs, 2013: 1. pp.10-17
- 93 Statisztikai Évkönyv 2012, Országos Egészségbiztosítási Pénztár
- 94 Jelentés az önkormányzati kórházak és bentlakásos szociális intézmények ápolásra, gondozásra fordított pénzeszközei felhasználásának ellenőrzéséről 0820, Állami Számvevőszék (2008)
- 95 2/2004. (XI.17) EüM rendelet 2. számú melléklet II. pont
- 96 Alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-537/2013. számú ügyben, 2013.október
- 97 A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában, [www.eski.hu/new3/kutatas/zip.../kronikus\\_ellatas\\_nemzetkozi\\_v3.pdf](http://www.eski.hu/new3/kutatas/zip.../kronikus_ellatas_nemzetkozi_v3.pdf) [2014. január 23.]
- 98 Dr. rer. pol. cornelia Heintze: Az ápolási rendszerek átalakítása a skandináv országokban, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2012:5-6, pp.13-20
- 99 Reformkísérletek az idősök hosszú távú ellátására Franciaországban, <http://www.eski.hu/new3/kutatas/healthonline-teteles.php?id=3136> [2014. január 23.]
- 100 Cs. Horváth Z, Molics B, Boncz I. A szociális és az egészségügyi ellátórendszer gyakorlati együttműködési lehetőségei. Egészségakadémia 2013;1 pp. 12-27
- 101 Cs. Horváth Z, Boncz I. A szociális házi segítségnyújtás kapacitás és finanszírozási adatainak értékelése, [http://imeonline.hu/article/1998/21\\_25.pdf](http://imeonline.hu/article/1998/21_25.pdf) [2014. január 31.]
- 102 Boncz I, Nagy J, Sebestyén A, Korosi L.: Financing of health care services in Hungary. Eur J Health Econ. 2004, 5(3): 252-258.
- 103 Gulácsi L, Dávid T, Dózsa C. Pricing and reimbursement of drugs and medical devices in Hungary. Eur J Health Econ. 2002;3(4):271-8.
- 104 Boncz I, Dózsa C, Kalo Z, Nagy L, Borcsek B, Brandtmüller A, Betlehem J, Sebestyén A, Gulácsi L. Development of health economics in Hungary between 1990-2006. Eur J Health Econ. 2006, 7(S1):4-6.
- 105 Kroneman M, Nagy J. Introducing DRG-based financing in Hungary: a study into the relationship between supply of hospital beds and use of these beds under changing institutional circumstances. Health Policy. 2001; 55:19–36
- 106 Gaál P, Szigeti S, Panteli D, Gaskins M, van Ginneken E. Major challenges ahead for Hungarian healthcare. BMJ. 2011 Dec 7;343:d7657. doi: 10.1136/bmj.d7657
- 107 <http://nrszh.kormany.hu/kozponti-szocialis-info-rendszerek> [2014. január 23.]

## 7. A SZOCIÁLIS ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER GYAKORLATI EGYÜTTMŰKÖDÉSI LEHETŐSÉGEI<sup>5</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

**Célkitűzés:** A rendszerváltás óta (1989) folyamatosan felmerül az igény, hogy az egészségügyi ellátások közül ki kell szűrni azokat a szociális ellátásokat, amelyek hatékonyabban és talán költségkímélőbbben láthatóak el a szociális alap- illetve szakellátásokban. A vizsgálat alá vont területet illetően arra vállalkoztunk, hogy részletesen bemutatjuk azokat az integrálható szociális alap- és szakellátásokat, amelyek a hazai jogszabályi környezetben nevesítettek.

**Adatok és módszerek:** Közleményünkben publikált kapacitás adatokat a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal bocsátotta rendelkezésünkre. A kapacitások és az igénybevételi mutatók adatszolgáltatása a 2012. október 15. - 21. közötti állapotot tükrözi, míg a költségvetési adatok a 2011. évre vonatkoznak.

**Eredmények:** A vizsgált időszakban a szociális alapszolgáltatások 6.217 intézményben voltak elérhetőek. Működésükre éves szinten 48,9 milliárd Ft támogatást biztosított a költségvetés. A szociális szakosított ellátásokat 1.748 intézményben, éves szinten 67,6 milliárd Ft normatív támogatást használtak fel. Felhívtuk a figyelmet a szociális és egészségügyi ellátórendszer párhuzamos elemeire.

**Következtetés:** Nevesítettük a szociális és egészségügyi ellátások azon elemeit, amelyeket érdemes lenne az elkövetkező időszakban egy szolgáltatás alá összevonni, ezáltal csökkentve a párhuzamos profilú ellátások számát. Megítélésünk szerint az így letisztult ellátórendszer, gazdaságosabban és magasabb szakmai színvonalon működtethető.

---

<sup>5</sup> Jelen fejezet a következő publikáció alapján készült:

Cs. Horváth Z., Molics B., Boncz I. *A szociális és az egészségügyi ellátórendszer gyakorlati együttműködési lehetőségei*. Egészség-Akadémia. 2013;4(1):12-27.

## BEVEZETÉS

Az Európai Unió Bizottsága 2001. december 5-én kelt közleménye, felismerve a közösségben fennálló és az elkövetkező időszakban várható demográfiai változásokat, az egészségügyi és az idősgondozás területén három hosszú távú célkitűzést fogalmazott meg. Ezek a következők: mindenki számára hozzáférhető ellátás, magas színvonalú egészségügyi ellátás, valamint a nemzeti egészségügyi rendszerek pénzügyi fenntarthatósága. A közlemény megállapítja, hogy a demográfiai előrejelzések eredményekképpen 2000 és 2050 között a GDP 0,7 - 2,3%-ával emelkedhet az egészségügyre fordított nemzeti kiadások volumene. Ezen belül is kiemelkedően magasak lesznek a tartós ápolást - gondozást biztosító szolgáltatásokra fordított összegek.

A jelzett költségvetési változásokkal egyszerre észlelhetők, a gyorsan fejlődő technikai fejlesztések költségrobbanásával járó finanszírozhatósági dilemmák, amelyek várhatóan szigorúbb ellenőrzést és protokollokat, várólistákat, fokozódó minőségi és hatékonyságbeli követelményeket hoznak magukkal. Az idősellátás megelőző, gyógyító, rehabilitáló és tartós gondozási rendszerében mindinkább előtérbe kerül az integráltabb egészségügyi és szociálpolitikai ellátás szükségessége. Felértékelődik a családi gondozás és segítségnyújtás, valamint az egészséggondozás és felvilágosítás képzetesebb feltételeinek biztosítása, a családorvos kiképzésének lehetőségével. Hangsúlyossá válik a speciális gondozási formák bevezetése, szorosabb együttműködésben az önkéntességgel, közösségi támogatással, civil szerveződésekkel és a szolgáltatásokat biztosító intézmények segítségével [108]. Magyar szerzők is végeztek vizsgálatokat az egészségügyi és szociális ellátások integrációjának elemzésére, elsősorban az ápolásbiztosítás bevezetésének elemzése kapcsán [109, 110, 111]. Tágabban, a szociális rendszer orvos - egészségtudományi kapcsolódási pontjai is tárgyalásra kerültek máshol, különös tekintettel az ápolási tevékenység, az oktatás és továbbképzés, valamint az egészségtudományi kutatási területekre [112, 113, 114, 115, 116, 117, 118].

Az egészségügyi szakemberek körében a szociális ellátórendszer felépítése, működése és finanszírozása kevésbé ismert, csakúgy, mint ahogy a szociális rendszerben dolgozók is szerény ismeretekkel rendelkeznek az egészségügyi ellátórendszer felépítéséről, működéséről és finanszírozásáról.

Közleményünk célja a szociális ellátórendszer vázlatos bemutatása az egészségügy rendszerben dolgozók számára, bemutatva a két rendszerben párhuzamosan meglévő, egymáshoz hasonló ellátási formákat.

## **A SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER BEMUTATÁSA**

1993-ban a szociális törvény megalkotását közvetlenül a segítségre szorulóknak számának gyors növekedése, illetve a társadalmi – gazdasági átalakulással megjelenő egyre sokrétűbb szociális problémák átfogó kezelésének igénye váltotta ki. A törvény – eredeti szándéka szerint – biztosítani kívánta, hogy a szolgáltatások szervezésének felelőssége az önkormányzatoknál legyen, s így a döntések a szükségletek megjelenéséhez a lehető legközelebb szülessenek meg. Emellett a szabályozás lehetővé tette, hogy a szolgáltatásokat állami, egyházi, civil és magánszervezetek egyaránt végezhessék, rugalmasságot biztosítva a törvényi kötelezettségek teljesítéséhez. Az évek folyamán megjelenő és különféle módon artikulálódó társadalmi szükségletek aztán újabb és újabb segítségnyújtási formákat és szolgáltatási típusokat hívtak életre, így alakult ki mára ez a nagyon színes ellátórendszer [119].

Hazánkban a szociális szolgáltatások rendszerét a többször módosított, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény szabályozza. A hatályos jogszabály a szociális ellátások formái között szociális alapszolgáltatásokat és szakosított ellátásokat különböztet meg. Az egészségügyi ellátások nyilvántartásával ellentétben, a szociális ellátórendszerben csak 2004-ben kezdődött el, az országos nyilvántartás kiépítése. Ezen időpontot megelőzően az ágazat egyáltalán nem rendelkezett országos szolgáltatói nyilvántartással. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) gyűjtött ugyan intézményi szintű - Országos Statisztikai Program (OSAP) keretében – adatok, azonban a kétéves csúszás miatt nem szolgálták megfelelő módon az ágazati tervezést. Az akkori minisztérium célja, egy olyan naprakész, országos szintű, engedélyesenként vezetett, a szolgáltatások működési engedélyére épülő nyilvántartás felállítása volt, amely segítséget nyújt az ágazati tervezéshez, költségvetés-tervezéshez, illetve alapja lehet az ún. jelentési rendszernek [120].

2006-ban született meg a rendelet az elektronikus nyilvántartásra való áttérésről. A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról szóló 329/2011. (XII.29.) Kormányrendelet a szociális intézményeknek napi jelentéstételi kötelezettséget írt elő. A jogszabály



rendelkezése alapján az adatszolgáltatásra kötelezett, naponta nyilatkozik arról, hogy a szolgáltatást-igénybevevői nyilvántartásban szereplő személy a szolgáltatást az adott napon igénybe vette-e. Nem kell nyilvántartásba venni az adatokat családsegítés esetében, amennyiben a külön jogszabályban meghatározott szakmai tevékenység az első interjú kapcsán tett intézkedéssel lezárható, továbbá falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, népkonyha, szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása és utcai szociális munka esetén. Az országos rendszert működtető hatóság a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal A közleményünkben ismertetett kapacitás adatokat az NRSZH bocsátotta rendelkezésünkre. Az adatszolgáltatás a 2012. október 15.-21. közötti állapotot tükrözi. A szakosított ellátások között a 2013. január 1-jétől hatályos szociális törvényben egy új ellátási formát vezetett be a jogalkotó, ez a támogatott lakhatás, amely még értelemszerűen nem szerepel a most bemutatandó 2012-es adatok között.

A szociális ellátások finanszírozására fordított állami támogatások adatait a Magyar Államkincstár szolgáltatta (7.1.,7.2., és 7.3. táblázat). A MÁK a költségvetési törvény alapján önkormányzati és nem állami fenntartásúként sorolja be finanszírozás szempontjából az adott intézményeket. Ezért mi is ebben a bontásban szerepeltetjük a finanszírozási adatokat. A nem állami fenntartók esetében mind az alapszolgáltatások mind a szakosított ellátások esetén az adatrögzítés nem egységes, mert számos esetben összevonásra kerül az állami támogatások összege. Mivel a törvényi előírás nem ír elő részletesebb bontást a nem állami fenntartók esetében, ezért a MÁK-nak nincs részletesebb adata. Ezeket az ellátásokat az 7.1. és 7.2. táblázatban jelöltük meg.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma saját fenntartásában 4 intézményt működtet, amelyben szociális alap- és szakosított ellátások is megtalálhatóak. Ezek az állami támogatások nem a költségvetési törvény 3. mellékletében szerepelnek, hanem a minisztérium fejezeti előirányzata tartalmazza. Ahhoz, hogy ebből ki tudjuk emelni az állami támogatások összegét az intézmények költségvetési beszámolóit kellett részletesen áttanulmányozni. Az intézmények részletes költségvetési beszámolóiból, amelyet az EMMI bocsátott rendelkezésünkre, kigyűjtöttük az állami támogatások összegét, így ezeket is be tudtuk mutatni az 7.1. és 7.2. táblázatban.

<b>Alapszolgáltatások megnevezése</b>	<b>Finanszírozott összeg Önkormányzatok és EMMI számára (Ft)</b>	<b>Finanszírozott összeg Nem állami fenntartásúak számára (Ft)</b>
<b>1.Falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás</b>	<b>2.403.347.064.-</b>	<b>209.303.805.-</b>
<b>2.Étkeztetés</b>	<b>6.599.910.162.-</b>	<b>1.873.374.021.-</b>
<b>3.Házi segítségnyújtás</b>	<b>6.655.118.141.-</b>	<b>9.967.695.770.-</b>
<b>4.Családsegítés</b>	<b>3.561.682.141.-</b>	<b>0</b>
<b>5.Nappali ellátás</b>		
<i>5.1.Nappali ellátás idősek részére</i>	<b>2.452.149.332.-</b>	<b>572.998.251.-</b>
<i>5.2. Nappali ellátás demens beteg részére</i>	<b>313.496.352.-</b>	<b>1.752.448.680.-*</b>
<i>5.3. Nappali ellátás fogyatékos személyek részére</i>	<b>850.346.320.-</b>	
<i>5.4. Nappali ellátás hajléktalanok részére</i>	<b>579.305.880.-</b>	<b>3.379.378.891.-**</b>
<i>5.5. Nappali ellátás pszichiátriai beteg részére</i>	<b>87.798.560.-</b>	
<i>5.6. Nappali ellátás szenvedélybetegek részére</i>	<b>99.010.440.-</b>	
<b>6. Utcai szociális munka</b>	<b>66.263.021.-</b>	<b>513.499.804.-</b>
<b>Összesen</b>	<b>23.668.427.413.-</b>	<b>18.268.699.222.-</b>

\* 5.2 és 5.3 szolgáltatások összesen

\*\*5.4. és 5.5. valamint 5.6. szolgáltatások összesen

### **7.1. táblázat**

Magyarország 2011-es költségvetésben a szociális alapszolgáltatások állami támogatásának összege az EMMI által fenntartott intézményekkel együtt, a MÁK és az EMMI együttes adatszolgáltatása alapján

<b>Szakosított ellátások megnevezése</b>	<b>Finanszírozott összeg Önkormányzatok és EMMI számára (Ft)</b>	<b>Finanszírozott összeg Nem állami fenntartásúak számára (Ft)</b>
<b>1.Időskorúak ápoló-gondozó otthoni ellátása</b>	<b>14.159.052.899.-</b>	<b>12.873.946.270.-</b>
<b>2.Emelt színvonalú ellátás idősök részére</b>	<b>378.973.383.-</b>	<b>568.397.004.-</b>
<b>3.Demens betegek bentlakásos intézményi ellátása</b>	<b>4.012.607.054.-</b>	<b>4.271.996.713.-</b>
<b>4.Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonában és rehabilitációs intézményeiben ellátottak</b>	<b>9.112.989.950.-</b>	<b>4.094.433.061.-*</b>
<b>5.Pszichiátria és szenvedélybetegek ápoló gondozó otthonában és rehabilitációs intézményeiben ellátottak</b>	<b>6.081.032.050.-</b>	
<b>6.Hajléktalanok ápoló-gondozó otthoni ellátása és átmeneti elhelyezést nyújtó ellátások**</b>	<b>2.071.970.466.-</b>	<b>3.718.585.733.-</b>
<b>7.Fogyatékos személyek lakóotthonaiban ellátottak</b>	<b>506.693.450.-</b>	<b>663.100.346.-***</b>
<b>8.Pszichiátria és szenvedélybetegek lakóotthonaiban ellátottak</b>	<b>203.245.900.-</b>	
<b>9.Hajléktalanok átmeneti intézményei</b>	<b>1.856.071.050.-</b>	<b>3.049.303.549.-</b>
<b>Összesen</b>	<b>38.382.636.202.-</b>	<b>29.239.762.676.-</b>

\* 4. és 5. szolgáltatások összesen

\*\* hajléktalanok ápoló-gondozó otthona (ideértve a rehabilitációs intézményt), továbbá időskorúak, pszichiátriai és szenvedélybetegek, valamint fogyatékosok átmeneti elhelyezését biztosító intézmény finanszírozását is tartalmazza

\* 7. és 8. szolgáltatások összesen

## **7.2. táblázat**

Magyarország 2011-es költségvetésben a szociális szakosított ellátások állami támogatásának összege az EMMI által fenntartott intézményekkel együtt, a MÁK és az EMMI együttes adatszolgáltatása alapján

A szociális alapszolgáltatások közül: a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, pszichiátriai beteg közösségi ellátás, szenvedélybetegek közösségi ellátása, alacsonyküszöbű ellátás, támogató szolgáltatás, finanszírozásáról nem a MÁK, hanem az NRSZH szolgáltatta az adatokat. Ezekre az ellátásokra ugyanis ő köt finanszírozására szerződést általában 3 éves időtartalomra (7.3. táblázat).

<b>Alapszolgáltatás megnevezése</b>	<b>Finanszírozott összeg (Ft)</b>
<b>1.Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás</b>	<b>1. 206.245.000.-</b>
<b>2.Közösségi ellátás</b>	<b>1.524.800.000.-*</b>
<i>2.1.Pszichiátriai beteg közösségi ellátása</i>	
<i>2.2.Szenvedélybetegek közösségi ellátása</i>	
<b>3.Alacsonyküszöbű ellátás</b>	<b>288.779.000.-</b>
<b>4.Támogató szolgáltatás</b>	<b>4.037.120.000.-</b>
<b>Összesen</b>	<b>7.056.944.000.-</b>

\* A 1.1 és a 1.2 ellátások összesen

### **7.3. táblázat**

Magyarország 2011-es költségvetésben az NRSZH által finanszírozott szolgáltatások állami támogatásának összege, az NRSZH adatszolgáltatása alapján

A költségvetési törvény 8. mellékletében, azon kistérségi társulások számára, akik szociális alap- vagy szakellátást működtetnek, kiegészítő támogatást biztosít a jogszabály. Ezek a jogcímek azonban nem egyeznek meg a 3. sz. mellékletben biztosított normatíva jogcímeikkel, ezért ezt egy külön táblázatban mutatjuk be (7.4. táblázat).

A különböző helyekről érkező adatok sajnos nem egységes terminológia szerint épülnek fel. A szociális törvény szerinti felsorolást az NRSZH adatgyűjtése során használja, de mint azt már jeleztük, néhány ellátás esetében nem gyűjt adatot. A MÁK a mindenkori költségvetési törvényben rögzített jogcímek szerint bocsátotta rendelkezésünkre az adatokat. Azonban ezek nem egyeznek meg a szociális törvényben rögzített ellátási formákkal. Sőt, több jogcímen is biztosít a fenntartók részére állami támogatást, és ezek sem azonosak a költségvetési törvény különböző mellékleteiben szereplőkkel. Mindezek alapján az adatok feldolgozása magyarázatot igényel.

<b>Alapszolgáltatás vagy szakosított ellátások megnevezése</b>	<b>Finanszírozott összeg (Ft)</b>
<b>1.Időskorúak ápolást gondozást nyújtó otthona</b>	<b>1.048.146.000.-</b>
<b>2.Időskorúak és fogyatékosok gondozóháza (átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények)</b>	<b>44.322. 000.-</b>
<b>3.Hajléktalanok átmeneti szállása</b>	<b>61.380.000.-</b>
<b>4.Családsegítés</b>	<b>1.765.128.301.-</b>
<b>5.Szociális étkeztetés</b>	<b>216.658.050.-</b>
<b>6.Házi segítségnyújtás</b>	<b>1.531.612.000.-</b>
<b>7.Idősek klubja</b>	<b>856.560.000.-</b>
<b>8.Fogyatékos és demens személyek nappali intézménye</b>	<b>99.135.000.-</b>
<b>9.Pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali intézménye</b>	<b>40.995.000.-</b>
<b>10.Nappali melegedő</b>	<b>59.100.000.-</b>
<b>ÖSSZESEN</b>	<b>5.723.036.351.-</b>

#### **7.4. táblázat**

Magyarország 2011-es költségvetésben a Többcélú kistérségi társulások által fenntartott szociális alap- és szakellátások kiegészítő állami támogatása, MÁK adatszolgáltatása alapján

## **Szociális alapszolgáltatások**

A falugondnoki, illetve tanyagondnoki szolgáltatás hatszáz lakosnál kisebb településen szervezhető. A szolgáltatás célja az aprófalvak, valamint a tanyasi lakott helyek intézményhiányából eredő hátrányok enyhítése. Segítséget biztosít a közszolgáltatáshoz, valamint egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutáshoz.

Az étkeztetés keretében azoknak a szociálisan rászorultaknak illetve eltartottjaik részére akik, koruk, egészségi állapotuk, fogyatékoságuk, pszichiátriai betegségük, szenvedélybetegségük, vagy hajléktalanságuk miatt önmaguk ellátására önállóan nem képesek, napi legalább egyszeri meleg étkezéssel gondoskodnak.

A házi segítségnyújtást az igénybe vevő személy saját lakókörnyezetében biztosítják az önálló életvitel fenntartása érdekében. A házi segítségnyújtás az alapvető gondozási, ápolási feladatok elvégzésére, az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és lakókörnyezete higiénias körülményeinek megtartásában való közreműködésre, a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, illetve azok elhárításában való segítségnyújtásra terjed ki. A házi segítségnyújtást a szakvéleményben meghatározott napi gondozási szükségletnek megfelelő időtartamban, de legfeljebb napi 4 órában lehet biztosítani.

A családsegítés a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzetek miatt segítségre szoruló személyek, családok számára biztosít megoldást. A szolgáltatás fő célja, a krízishelyzet megszüntetése, valamint az életvezetési képesség megőrzése.

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időskorú vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából nyújtott ellátás. Az ellátott személy segélyhívása esetén az ügyeletes gondozó a kliens otthonában a jelzést követően 30 percen belül megjelenik. A segélyhívás okának megoldása után, szükség szerint további egészségügyi vagy szociális ellátást kezdeményez.

Közösségi ellátások a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás. A pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére a közösségi alapellátás keretében biztosítják a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel

fenntartásában, a meglevő képességek megtartását, fejlesztését, a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését.

A támogató szolgáltatás célja a fogyatékos személyek lakókörnyezetben történő ellátása, elsősorban a lakáson kívüli közszolgáltatások elérésének segítése, valamint életvitelük önállóságának megőrzése mellett a lakáson belüli speciális segítségnyújtás biztosítása révén. A szolgáltatás keretében szállítószolgálatot és személyi segítő szolgáltatást nyújtanak.

Az utcai szociális munka keretében biztosítják az utcán tartózkodó hajléktalan személy helyzetének, életkörülményeinek figyelemmel kísérését, szükség esetén ellátásának kezdeményezését, illetve az ellátás biztosításához kapcsolódó intézkedés megtételét.

A nappali ellátást biztosító intézmény az ellátást igénybe vevők részére szociális, egészségi, mentális állapotuknak megfelelő napi életritmust biztosító szolgáltatást nyújt, a helyi igényeknek megfelelő közösségi programokat szervez, valamint helyet biztosít a közösségi szervezésű programoknak, csoportoknak. A nappali ellátás megszervezhető idősek, demens betegek, fogyatékos személyek, hajléktalanok, pszichiátriai-és szenvedélybetegek számára.

A szociális alapszolgáltatások az adatfelvétel időszakában, 6.217 telephelyen voltak elérhetőek a legkisebb településektől a fővárosig. Az alapszolgáltatásokat 446.480 fő vette igénybe. A 7.5. táblázatban szolgáltatásonkénti bontásban mutatjuk be, hogy az adott szolgáltatás hány intézményben/szolgáltatásban és mekkora igénybevételi kapacitással működött az adott időszakban. A szolgáltatások közül a szociális étkeztetés, házi segítségnyújtás valamint családsegítést vették igénybe a legtöbben. Ezeket az ellátásokat az ország valamennyi településén biztosítani kell. A „speciális” igények ellátására (pszichiátria betegek, szenvedélybetegek, fogyatékos személyek) már jóval szűkösebb kapacitások állnak rendelkezésre. A nappali ellátások között az idősek ellátásra biztosított férőhelyek szerepelnek a legnagyobb mértékben, megjegyzendő hogy az idősek célcsoportján belül megszervezhető, demens nappali ellátás a legkisebb férőhelyszámban állnak rendelkezésre.

Alapszolgáltatások megnevezése	Igénybevevők száma (fő)	Intézmények száma (db)	Szolgáltatási helyek száma (db)
<b>1.Falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás</b>	-*	<i>1.179</i>	<i>1.338</i>
<b>2.Étkeztetés</b>	<i>144.366</i>	<i>1.615</i>	<i>2.053</i>
<b>3.Házi segítségnyújtás</b>	<i>119.610</i>	<i>983</i>	<i>1.308</i>
<b>4.Családsegítés</b>	<i>81.522</i>	<i>491</i>	<i>614</i>
<b>5.Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás</b>	<i>24.294</i>	<i>207</i>	<i>233</i>
<b>6.Közösségi ellátás</b>			
<i>6.1.Pszichiátriai beteg közösségi ellátása</i>	<i>4.182</i>	<i>83</i>	<i>85</i>
<i>6.2.Szenvedélybetegek közösségi ellátása</i>	<i>4.242</i>	<i>78</i>	<i>86</i>
<i>6.3.Alacsonyküszöbű ellátás</i>	-*	<i>77</i>	<i>86</i>
<b>7.Támogató szolgáltatás-**</b>			
<i>7.1.Szállítás</i>	<i>3.768</i>	<i>274</i>	<i>275</i>
<i>7.2.Személyi segítség</i>	<i>4.165</i>	<i>274</i>	<i>275</i>
<b>8.Utcai szociális munka</b>	-*	<i>94</i>	<i>137</i>
<b>9.Nappali ellátás</b>			
<i>9.1.Nappali ellátás demens beteg részére</i>	<i>555</i>	<i>14</i>	<i>33</i>
<i>9.2. Nappali ellátás idősek számára</i>	<i>35.635</i>	<i>647</i>	<i>1.149</i>
<i>9.3. Nappali ellátás fogyatékos személyek részére</i>	<i>6.751</i>	<i>240</i>	<i>278</i>
<i>9.4. Nappali ellátás hajléktalanok részére</i>	<i>12.000</i>	<i>107</i>	<i>116</i>
<i>9.5. Nappali ellátás pszichiátriai beteg részére</i>	<i>2.499</i>	<i>61</i>	<i>71</i>
<i>9.6. Nappali ellátás szenvedélybetegek részére</i>	<i>2.891</i>	<i>67</i>	<i>70</i>

\*Jogszabály alapján nem kell jelenteni az ellátásról

\*\*Támogató szolgáltatás keretében két szolgáltatás működik, a szállítás és a személyi segítség nem önálló szolgáltatások

## 7.5. táblázat

Igénybevevőt jelentő szociális alapszolgáltatások napi kapacitás és ügyfélforgalmi adatai Magyarországon 2012.10.15. - 2012.10.21. között, az NRSZH adatszolgáltatása alapján



## **Szakosított szociális ellátások**

Az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyekről az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni, akkor szakosított ellátási formában kell őket gondozni.

Ápolást, gondozást nyújtó intézményben az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek láthatóak el. Az ellátás keretében napi legalább háromszori étkeztetésükről, szükség szerint ruházatukról kell gondoskodni. Ápolást, gondozást nyújtó intézmény az idősek otthona, a pszichiátriai betegek otthona, a szenvedélybetegek otthona, a fogyatékos személyek otthona, valamint a hajléktalanok otthona.

Az idősek otthonában meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvőbeteg - gyógyintézeti kezelést nem igénylő, a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy látható el. Az idősek otthonán belül külön gondozási egységben vagy csoportban kell ellátni azt a személyt, akinél a demencia körébe tartozó középsúlyos vagy súlyos kórképet állapítottak meg. Időotthoni ellátás kizárólag napi 4 órát meghaladó gondozási szükséglet megállapítása esetén nyújtható.

A fogyatékos személyek otthonába az a fogyatékos személy vehető fel, akinek oktatására, képzésére, foglalkoztatására, valamint gondozására csak intézményi keretek között van lehetőség. A fogyatékos személyek otthonában elkülönítetten kell megszervezni a kiskorúak és a felnőttek, valamint az enyhe értelmi fogyatékos személyek és a középsúlyos, illetve súlyos értelmi fogyatékos személyek ellátását.

Pszichiátriai betegek otthonába az a krónikus pszichiátriai beteg vehető fel, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes.

Szenvedélybetegek otthonában annak a személynek az ápolását, gondozását végzik, aki szomatikus és mentális állapotát stabilizáló, illetve javító kezelést igényel, önálló életvitelre időlegesen nem képes, de – a külön jogszabályban meghatározott – kötelező intézeti gyógykezelésre nem szorul.

A hajléktalanok otthonában olyan hajléktalan személy gondozását kell biztosítani, akinek az ellátása átmeneti szálláshelyen, rehabilitációs intézményben nem biztosítható és kora, egészségi állapota miatt tartós ápolást, gondozást igényel.

A rehabilitációs intézmény a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja. Rehabilitációs intézmény a pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek, a fogyatékos személyek, a hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye.

Pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében azt a 16. életévét betöltött szenvedélybeteget kell ellátni, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul és utógondozására nincs más mód, illetve a 18. életévét betöltött pszichiátriai beteget.

A fogyatékosok rehabilitációs intézménye azoknak a fogyatékos, valamint mozgás-, illetőleg látássérült személyeknek az elhelyezését szolgálja, akiknek oktatása, képzése, átképzése és rehabilitációs célú foglalkoztatása csak intézményi keretek között valósítható meg. A fogyatékosok rehabilitációs intézménye előkészíti az ott élők családi és lakóhelyi környezetbe történő visszatérését, valamint megszervezi az intézményi ellátás megszűnését követő utógondozást.

A hajléktalanok rehabilitációs intézménye annak az aktív korú, munkaképes hajléktalan személynek az elhelyezését szolgálja, akinek szociális ellátása ily módon indokolt, és aki önként vállalja a rehabilitációs célú segítőprogramokban való részvételt.

A lakóotthon olyan nyolc-tizenkettő, a külön jogszabályban meghatározott esetben tizennégy pszichiátriai beteget vagy fogyatékos személyt – ideértve az autista személyeket is –, illetőleg szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybevevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít. A lakóotthonok típusai: a fogyatékos személyek lakóotthona; pszichiátriai betegek lakóotthona; szenvedélybetegek lakóotthona. A lakóotthoni ellátás formái: fogyatékos személyek lakóotthona esetében rehabilitációs célú lakóotthon, ápoló-gondozó célú lakóotthon; pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek lakóotthona esetében rehabilitációs célú lakóotthon.

A rehabilitációs célú lakóotthonban az a fogyatékos személy helyezhető el, aki intézményi elhelyezés során felülvizsgálatban részt vett, és a felülvizsgálat eredménye, illetve a gondozási terv és egyéni fejlesztés alapján lakóotthoni elhelyezése az önálló életvitel megteremtése érdekében indokolt. Aki családban él és képességei fejlesztése, valamint ellátása lakóotthoni keretek között biztosítható és rehabilitációja családjában nem oldható meg, lakóotthonba kerülése időpontjában a 16. életévét már betöltötte, de a reá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt még nem érte el, részére rehabilitációs lakóotthoni ellátás biztosítható.

A fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonában – intézményből történő elhelyezés esetén a felülvizsgálat és az egyéni fejlesztés eredményeire figyelemmel – a fogyatékoság jellegétől és súlyosságától függetlenül helyezhető el fogyatékos személy. A nagykorú fogyatékos személy esetén az elhelyezésének feltétele a benyújtott orvosi dokumentáció felhasználásával lefolytatott alapvizsgálat elvégzése. Az ápoló-gondozó célú lakóotthon az ellátottnak teljes körű ellátást biztosít.

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények – a hajléktalanok éjjeli menedékhelye és átmeneti szállása kivételével – ideiglenes jelleggel legfeljebb egyévi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak. Az átmeneti elhelyezés különös méltányolást érdemlő esetben az intézmény orvosa szakvéleményének figyelembevételével, egy alkalommal, egy évvel meghosszabbítható. Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények típusai: időskorúak gondozóháza; fogyatékos személyek gondozóháza; pszichiátriai betegek átmeneti otthona; szenvedélybetegek átmeneti otthona; éjjeli menedékhely; hajléktalan személyek átmeneti szállása.

A fogyatékosok gondozóházában azok a fogyatékos személyek helyezhetők el, akiknek ellátása családjukban nem biztosított, vagy az átmeneti elhelyezést a család tehermentesítése teszi indokolttá.

A pszichiátriai betegek átmeneti otthonában az a pszichiátriai beteg helyezhető el, akinek ellátása átmenetileg más intézményben vagy a családjában nem oldható meg, viszont tartós bentlakásos intézményi elhelyezése vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése nem indokolt.

A szenvedélybetegek átmeneti otthonában az a személy helyezhető el, akinél szakorvosi (addiktológus, pszichiáter) szakvélemény alapján szenvedélybetegség került megállapításra, és ellátása átmeneti jelleggel családjában vagy lakókörnyezetében nem oldható meg.

Az éjjeli menedékhely az önellátásra és a közösségi együttélés szabályainak betartására képes hajléktalan személyek éjszakai pihenését, valamint krízishelyzetben éjszakai szállás biztosítását lehetővé tevő szolgáltatás.

A hajléktalan személyek átmeneti szállása azoknak a hajléktalan személyeknek az elhelyezését biztosítja, akik az életvitelszerű szálláshasználat és a szociális munka segítségével képesek az önellátásra.

A 7.6. táblázatban mutatjuk be a szakosított ellátások kapacitás adatait. 89.047 férőhelyet működtettek a fenntartók 1.748 szolgáltatási helyen. A szakosított ellátások közül az ápolást-gondozást biztosító férőhelyek állnak a legnagyobb számban

rendelkezésre, azon belül is kimagaslik az összes adat közül az idősek számára biztosított 49.963 férőhely, 829 telephelyen. Ezen utóbbi adatok az összes szakosított ellátás több mint 50%-a. A második legmagasabb férőhely szám a fogyatékos személyek számára állt rendelkezésre, az ő részükre tartós ápolást, gondozást nyújtó ellátások keretében 13.506 főt láttak el az intézmények. A rehabilitációs ellátásban a fogyatékos személyek részére biztosított kapacitások mellett a szenvedélybetegek számára nyújtott ellátások dominálnak. Az átmeneti ellátások között a hajléktalan személyek átmeneti szállása és az éjjeli menedékhely 8.417 férőhellyel messze a legmagasabb kapacitás adat.

Szakosított ellátások megnevezése	Igénybevevők száma (fő)	Intézmények száma (db)	Szolgáltatási helyek száma (db)
<b>1.Ápolást, gondozást nyújtó intézmények</b>			
<i>1.1.Fogyatékos személyek otthona</i>	<i>13.506</i>	<i>124</i>	<i>170</i>
<i>1.2. Hajléktalanok otthona</i>	<i>461</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
<i>1.3.Idősek otthona</i>	<i>49.936</i>	<i>637</i>	<i>829</i>
<i>1.4.Pszichiátria betegek otthona</i>	<i>8.295</i>	<i>60</i>	<i>75</i>
<i>1.5.Szvedélybetegek otthona</i>	<i>1.433</i>	<i>20</i>	<i>25</i>
<b>2.Rehabilitációs intézmény</b>			
<i>2.1.Fogyatékos személyek rehabilitációs otthona</i>	<i>844</i>	<i>21</i>	<i>22</i>
<i>2.2. Hajléktalanok rehabilitációs intézménye</i>	<i>211</i>	<i>9</i>	<i>9</i>
<i>2.3.Pszichiátria betegek rehabilitációs intézménye</i>	<i>129</i>	<i>7</i>	<i>7</i>
<i>2.4.Szvedélybetegek otthona rehab. intézménye</i>	<i>517</i>	<i>22</i>	<i>21</i>
<b>3. Lakóotthon</b>			
<i>3.1. Fogyatékos személyek lakóotthona</i>	<i>1.652</i>	<i>116</i>	<i>152</i>
<i>3.1.1. Fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona</i>	<i>1.243</i>	<i>81</i>	<i>109</i>
<i>3.1.2.Fogyatékos személyek Rehabilitációs célú lakóotthona</i>	<i>409</i>	<i>35</i>	<i>43</i>
<i>3.2.Pszichiátriai betegek lakóotthona</i>	<i>263</i>	<i>15</i>	<i>17</i>
<i>3.3.Szvedélybetegek lakóotthona</i>	<i>116</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
<b>4. Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények</b>			
<i>4.1.Fogyatékos személyek gondozóháza</i>	<i>235</i>	<i>20</i>	<i>20</i>
<i>4.2.Hajléktalan személyek átmeneti szállása</i>	<i>4.717</i>	<i>83</i>	<i>108</i>
<i>4.3.Éjjeli menedékhely</i>	<i>3.700</i>	<i>70</i>	<i>78</i>
<i>4.4.Időskorúak gondozóháza</i>	<i>2.824</i>	<i>165</i>	<i>174</i>
<i>4.5.Pszichiátriai betegek átmeneti otthona</i>	<i>102</i>	<i>7</i>	<i>7</i>
<i>4.6.Szvedélybetegek átmeneti otthona</i>	<i>106</i>	<i>7</i>	<i>7</i>

## 7.6.táblázat

Igénybevevőt jelentő napi szakosított szociális ellátások kapacitás és ügyfélforgalmi adatai Magyarországon 2012.10.15 - 2012.10.21. között, az NRSZH adatszolgáltatása alapján

## AZ INTEGRÁLT MODELL

Az előzőekben a szociális alap- és szakosított ellátásokat ismertettük részletesen. Nem csak a szolgáltatások főbb tartalmi elemeit és igénybevételének szabályait mutattuk be, hanem a szolgáltatások igénybevételi adatait és a költségvetés rendszerén keresztül az állami támogatások pontos összegét is.

A bemutatott adatok alapján felvetődik a kérdés, hogy melyek lehetnek azok a szociális ellátások, amelyeket az integrált modellben érdemes lenne, az egészségügy hasonló tartalmú szolgáltatásaival együtt további részletes vizsgálat alá vonni. Megítélésünk szerint ezek a (7.1. ábra) falugondnoki, illetve tanyagondnoki szolgáltatás, a házi segítségnyújtás, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, a családsegítés, a támogató szolgáltatás szállító szolgálata, a nappali ellátások, valamint a szakosított ellátások közül az ápolást, gondozást nyújtó intézmények, a rehabilitációs intézmények, valamint az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények lehetnek.

<b>Integrált szociális és egészségügyi ellátórendszer elemei</b>	
<b>Szociális ellátások</b>	<b>Egészségügyi ellátások</b>
<b>Falugondnoki, illetve tanyagondnoki szolgáltatás</b>	<b>Betegszállítás</b>
Támogató szolgáltatás szállító szolgálata	Betegszállítás
<b>Házi segítségnyújtás</b>	<b>Otthonápolás</b>
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	Ügyeleti ellátás
<b>Családsegítés</b>	<b>Védőnői ellátás</b>
Nappali ellátás	Nappali kórházi ellátás
<b>Ápolást, gondozást nyújtó intézmény</b>	<b>Krónikus fekvőbeteg ellátás</b>
Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény	Krónikus fekvőbeteg ellátás
<b>Rehabilitációs intézmények</b>	<b>Rehabilitációs fekvőbeteg ellátás</b>

### 7.1. ábra

Integrált szociális és egészségügyi ellátórendszer elemei Magyarországon

Továbbiakban elsősorban az idősök számára szervezett szolgáltatásokat kívánjuk elemezni. Az ellátások egységes férőhelyi, igénybevételi valamint finanszírozási adatainak vizsgálatával javaslatot kívánunk tenni egy olyan új típusú ellátórendszerre amely, a rendelkezésekre álló erőforrások jobb kihasználásával, gazdaságosabban és magasabb szakmai színvonalon működtethetőek.

#### **AZ INTEGRÁLT ELLÁTÓRENDSZER SZAKMAPOLITIKAI DIMENZIÓ**

Az integrált szociális és az egészségügyi ellátórendszer együttműködésének igénye az aktuális hazai szakmapolitikai elképzelések, tervek, koncepciók között is évek óta folyamatosan napirenden van. A rendszerváltás óta szinte valamennyi kormány megpróbálta már a két ágazatot közös minisztérium alá integrálni a hatékony együttműködés jegyében. Ezek a próbálkozások kézzelfogható eredményeket – néhány kísérleti jellegű projekt megvalósításán kívül – nem hoztak.

A jelenlegi kormány szinte a teljes értelemben vett humánágazatokat: az oktatást, a kultúrát, a sportot, a társadalmi felzárkóztatások ügyét, az egyházi, civil, nemzetiségi területeket is egy minisztérium, az Emberi Erőforrások Minisztériumba integrálta. Így ebben a „csúcsmisztériumban” kaptak helyet az egészségügyért, a szociális, család- és ifjúságügyért felelős államtitkárságok is. A 2010-ben alakult új kormány által elfogadott kormányprogram is fontos szerepet szánt az egészségügyi és a szociális ellátórendszernek, megerősítését és annak újragondolását ígérve. A program a szociális ellátórendszer esetében megállapította, hogy a rendszer a működőképesség határára jutott, ezért azt elengedhetetlen újragondolni és a benne rejlő párhuzamosságokat kiiktatni. Rögzítette, hogy azok számára pedig, akik idősotthonokban kívánják, vagy tudják eltölteni életük utolsó évtizedeit, megteremti a személyre szabott szolgáltatások rendszerét. Az egészségügyi ellátás területén fontos célként definiálta, hogy összhangba kell hozni a szükségleteket a kapacitásokkal és a finanszírozással, továbbá a betegutakat a hozzájuk tartozó beutalási (progresszívítási) szintekkel [121].

De nem csak a Magyar Kormány nevesítette kormányprogramjában az egészségügyi és szociális ellátások jelentőségét. Három Európai Unió állam kormányprogramját vizsgáltunk meg abból a célból, hogy azokban szerepel-e és ha igen, milyen fontosabb egészségügyi és a szociális területekre fókuszál az adott nemzeti program.

2011 júniusa óta Finnországot Jyrki Katainen miniszterelnök által vezetett kormány irányítja. A kormányprogram terjedelmes részben foglalkozik a szociális és egészségügyi ellátásokkal. Az ellátórendszerben a szociális biztonság és az egészségügyi ellátás biztosítása és finanszírozása az önkormányzatok valamint a szociális és egészségügyi állami hatósági körzetek feladata. A kórházi körzetek és kerületek biztosítják a speciális ellátást a fogyatékos emberek részére, kiegészítve az önkormányzatok által nyújtott szolgáltatásokkal. Az önkormányzati valamint a szociális és egészségügyi hatósági körzeteknek öt területen vannak közös feladatai. Az együttműködések a centralizált szociális és egészségügyi szolgáltatások, valamint egyes kutatási, fejlesztési és oktatási területeken jelentkeznek. A 24 órás szociális és egészségügyi sürgősségi ellátásért az önkormányzatok és a szociális és egészségügyi ellátási kerületek a felelősek. Kiemeli az önkormányzati egészségügyi ellátórendszer és az egészségügyi biztosítási rendszer összehangolását annak érdekében, hogy enyhítse a többszörös finanszírozási rendszer problémáit. Az együttműködés és az egészségügyi, szociális és rehabilitációs ellátások közös adatszolgáltatása megerősíti az ellátási és szolgáltatási láncokat, így ez az ellátást igénybevevő szemszögéből célorientált és funkcionális, amelynek így a teljes költsége kezelhető. Az együttműködés javítja az átláthatóságot, a finanszírozást, miközben növeli a hatékonyságot [122].

Fine Gael és koalíciós partnerei által 2011-ben megalakult ír kormány programja is a két általunk vizsgált területhez hasonlóan, kiemeli az integrált ellátások biztosításának jelentőségét. A dokumentum rögzíti, hogy a kormányzat prioritásként kezeli az idős emberek részére nyújtott jobb ellátás kínálatának növelését. A kormány minden évben kiegészítő támogatás nyújt az idős emberek számára. Ezen támogatás több idősotthoni helyet, több otthoni ápolás csomagot, több házi segítségnyújtást, valamint közösségi ellátás biztosít. Az új, úgynevezett „Fair Deal” finanszírozási rendszerében, az otthoni ápolást felül kell vizsgálni annak érdekében, hogy biztonságos és méltányos finanszírozási rendszer jöjjön létre, amely a közösségi és a hosszú idejű ápolással támogatja, hogy az idős emberek minél tovább az otthonukban tudjanak maradni.

A hatékony egészségügyi ellátás érdekében minden körülmények között a legfontosabb, Integrált Care, amely a megfelelő helyen a megfelelő ellátást biztosítja. A gondozási feladatok megszervezése az „Integrált Ellátás” ügynökség feladata lesz, amely az egészségügyi miniszter felügyelete alatt áll. Ez az ügynökség felügyeli a központi adó

alapú források szétszétosztását a rendszer elemei között úgy, hogy különböző ösztönzőkkel a legjobb ellátást tudják biztosítani [123].

Werner Faymann osztrák kancellár által vezetett kormány 2008 decemberében lépett hivatalba. A „Regierungsprogramm 2008 - 2013 Gemeinsam für Österreich” címet viselő kormányprogramban önálló fejezete van a szociális és egészségügyi területnek. A szövetségi kormány elkötelezett az ápolás és gondozás minőségi bővítése és tartós finanszírozása mellett. A szolidáris közösségnek kell fizetnie a kiegészítő támogatást, az ápolási és gondozási szükségletek esetén, de nem viseli az összes megélhetési költséget az ápolásra, gondozásra szoruló ember helyett. Ápolásnak és a gondozásnak az ország egész területén egységesnek kell lennie. A minimumszabályok elérhetőek és könnyen hozzáférhetőek. Az egyén szabadsága, hogy eldöntse szeretné-e a gondozást, ezért biztosítani kell a változatos gondozási ajánlatokat, intézményes vagy nem intézményes formában. Az egyik legnagyobb hosszú távú kihívást a szükséges munkaerő biztosítása jelenti. A szövetségi kormány elkötelezett egy összehangolt tervezés mellett és ezért kéri a tartományoktól az összehasonlítható igény-, a finanszírozási- és az ellátási adatokat. Az ápolás és gondozás teljes megoldásának az alapja, az egységes szabályok és szolgáltatások biztosítása. Általánossá kell tenni a járóbeteg- és nappali ellátási gondozási modellek fejlesztését és bővítését. A hatékony forráselosztás garanciája, a több átlátható és összehasonlítható ajánlat, amely garantálja a teljesítményt [124].

A Magyar Kormány az egészségügyi ágazat megújítása érdekében, 2011. május 31-én a 1208/2011. (VI. 28.) határozatában elfogadta a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra - átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló jogszabályt. A határozatban szereplő felsorolások között bár nem szerepel a szociális és az egészségügyi ellátórendszer struktúrájának újragondolása, az elfogadott programban, ha még csekély terjedelemmel is, de fellelhetőek az erre utaló elképzelések.

A Semmelweis Terv rögzíti, hogy a krónikus, illetve az ápolási osztályokon tartósan ellátott betegek finanszírozása 2010-ben degresszív módon csökkent az előző kormány által bevezetett restrikciónak következtében. Ezek az intézkedések azonban nem képesek a szociális kapacitások nagyobb arányú igénybevételére ösztönözni a lakosságot, mert ilyen irányú jelentősebb férőhelybővítésre évek óta nem került sor. Célszerű szakítani az egészségügyi alap- és krónikus fekvő ellátások, illetve a szociális szolgáltatások eddig dogmaszerű szétválasztásával, és a szükségletek valamint lehetőségek



felmérésével törekedni a kapacitások konverziójára, az ott dolgozó ápolók és gondozók kompetenciájának pontosítására. Ennek előfeltétele az összefogás a többi érintett ágazat vezetésével, az új minisztériumi keretrendszer kihasználásával [125].

A kormányhatározat elfogadása óta – azaz közel másfél esztendeje – azonban a Semmelweis Tervben megfogalmazott irányok, amelyek az integrált ellátórendszer kialakítása felé mutatnak, azaz a szociális és egészségügyi kapacitások tagoltságát, illetve párhuzamosságát szüntetnék meg, sem koncepcionális, sem jogszabályi szinten nem jelentek meg.

A szociális és egészségügyi ellátások esetén az indokolatlan átfedések szétválasztása illetve az indokolt ellátások integrációja számos más ország egészségügyi rendszerében is fontos kihívásként szerepel. Svédországban az idősek otthoni és kórházi ellátása esetén pl. vizsgálják az interprofesszionális együttműködés lehetőségeit [126].

Bien és munkatársai, hat európai országban vizsgálták az idős, rokkant betegek ellátatlan szükségleteit az egészségügyi és szociális rendszerben [127]. Eredményeik azt mutatják, hogy Görögországban, Olaszországban és Lengyelországban ezen betegek jóval kevesebb szolgáltatást vesznek igénybe összességében és azt is inkább az egészségügyi rendszerben. Az Egyesült Királyságban, Németországban és Svédországban ezen betegek sokkal kiegyensúlyozottabban használták a szociális és egészségügyi rendszer szolgáltatásait.

Holmas és munkatársai, Norvégiában vizsgálták a szociális és egészségügyi rendszer közötti interdependencia hatását az átlagos kórházi ápolási időre [128]. Eredményeik azt mutatták, hogy a szociális ellátások nagyobb igénybevétele rövidebb kórházi ápolási időt eredményez, vagyis csökkenti a kezelés és ápolás aggregált társadalmi költségeit.

Az Egyesült Királyságban az egészségpolitika frontvonalába került az ápolás kérdése. A Munkáspárt (Labour) – kormányra kerülése esetén – a brit Állami Egészségügyi Szolgálat (NHS) keretébe integrálná a szociális ellátásokat is, ezáltal egy költségvetési keretbe helyezve azokat [129].

Finnországban, Dél-Karélia tartományban egyfajta kollaborációs stratégiát dolgoztak ki a szociális és egészségügyi szolgáltatások integrációjára [130].

Kanadában egy szakmák közötti és integrált egészségügyi és szociális programot (Seniors Collaborative Care Program) dolgoztak ki a családorvosi hálózatra alapozva. A programban a családorvos és az ápolók mellett bekapcsolódott gyógyszerész, dietetikus, szociális munkás és gerontológus. A program különösen sikeresnek bizonyult az

érzékeny idősök körében, a rövid beutalási idő és a szolgáltatásokhoz való könnyebb hozzáférés révén [131].

Összességében tehát elmondhatjuk, hogy a szociális és egészségügyi rendszerek együttműködése a fejlett országokban kiemelt egészségpolitikai kérdés, aminek egészség- és szociálpolitikai áttekintése hazánkban is a továbbiakban megoldandó kérdés maradt.

## IRODALOMJEGYZÉK

---

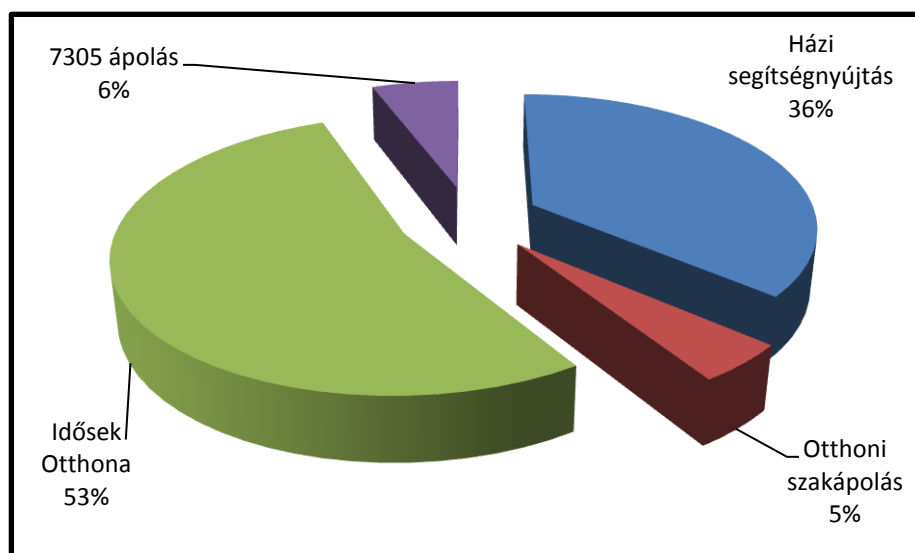
- 108 Iván L. A geriátria helyzete Magyarországon. *Mozgásterápia*, 2001; 4:6-11.
- 109 Boncz I, Gabányi J, Sebestyén A, Betlehem J, Gulácsi L, Dózsa Cs. Hosszú idejű ellátás és ápolásbiztosítás Hollandiában. *Egészségügyi Menedzsment*, 2003; 5(3): 62-67.
- 110 Gabányi J, Boncz I, Dózsa Cs. A francia egészségügyi rendszer működése, különös tekintettel a tartós ellátási formák jellemzőire. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2003; 41(6): 5-8.
- 111 Boncz I, Betlehem J, Sebestyén A. A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalainak ismertetése. *Nővér*, 2001; 14(6):7-14.
- 112 Ujvarine AS, Zrinyi M, Toth H, Zekanyne IR, Szogedi I, Betlehem J. Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary. *Journal of Clinical Nursing*, 2011;20(5-6):882-891.
- 113 Betlehem J. Hungary is already seeing an exodus of nursing staff. *Nursing Times*, 2003; 99(14-5):17-23.
- 114 Lelovics Z, Bozó RK, Lampek K, Figler M. Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49(1):190-6.
- 115 Betlehem J, Kukla A, Deutsch K, Marton-Simora J, Nagy G. The changing face of European healthcare education: The Hungarian experience. *Nurse Education Today*, 2009;29(2):240-245.
- 116 Agoston I, Sándor J, Kárpáti K, Péntek M. Economic considerations of HPV vaccination. *Prev Med*. 2010;50(1-2):93.
- 117 Palfi I, Nemeth K, Kerekes Z, Kallai J, Betlehem J. The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 2008;14(1):19-25.
- 118 Oláh A. Az ápolói készségek fejlesztése az egyetemi szintű képzésben. *Egészségügyi menedzsment*, 2003; 5(4):74-77.
- 119 Győri I, Jász I, Olsen LA, Varju J, Várkonyi Z, Vincze Zs. A szociális szolgáltatások modernizációja és fejlesztése, Szociális és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2008.
- 120 Gyarmati Andrea: A gyermekvédelmi törvény által szabályozott alap- és szakellátások országos nyilvántartása. [http://ncsszi.hu/kapocs-folyoirat-1\\_12/kapocs-2007-2\\_24/kapocs-vi.-evf.-3.-szam-\(30\)-4\\_112](http://ncsszi.hu/kapocs-folyoirat-1_12/kapocs-2007-2_24/kapocs-vi.-evf.-3.-szam-(30)-4_112) [2013.01.17.]
- 121 A Nemzeti Együttműködés Programja. 2010. <http://www.kormany.hu/download/c/27/10000/a%20nemzeti%20egy%C3%BCttm%C5%B1k%C3%B6d%C3%A9s%20programja.pdf> [2013.01.17.]
- 122 Programme of Prime Minister Jyrki Katainen's Government. 22 June 2011. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/en334743.pdf> [2013.01.17.]
- 123 Towards Recovery. Programme for a National Government. 2011-2016. March 2011. [http://www.labour.ie/download/pdf/labour\\_towards\\_recovery\\_report.pdf](http://www.labour.ie/download/pdf/labour_towards_recovery_report.pdf). [2013.01.17.]
- 124 Regierungsprogramm 2008-2013 gemeinsam für Österreich. <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=32965> [2013.01.17.]
- 125 Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. 2011.06.27. <http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf> [2013.01.17.]
- 126 Duner A. Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *J Interprof Care*. 2013 Jan 23. [Epub ahead of print]

- 
- 127 Bien B, McKee KJ, Döhner H, Triantafillou J, Lamura G, Doroszkiewicz H, Krevers B, Kofahl C. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *Eur J Public Health*. 2013 Jan 18. [Epub ahead of print]
- 128 Holmås TH, Islam MK, Kjerstad E. Interdependency between social care and hospital care: the case of hospital length of stay. *Eur J Public Health*. 2012 Dec 7. [Epub ahead of print]
- 129 Sprinks J. Labour proposes single budget and integration of health and social care. *Nurs Stand*. 2012;27(6):10.
- 130 Korpela J, Elfvengren K, Kaarna T, Tepponen M, Tuominen M. Collaboration process for integrated social and health care strategy implementation. *Int J Integr Care*. 2012;12:e42.
- 131 Moore A, Patterson C, White J, House ST, Riva JJ, Nair K, Brown A, Kadhim-Saleh A, McCann D. Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. *Can Fam Physician*. 2012;58(8):e436-41.

## 8. MEGBESZÉLÉS

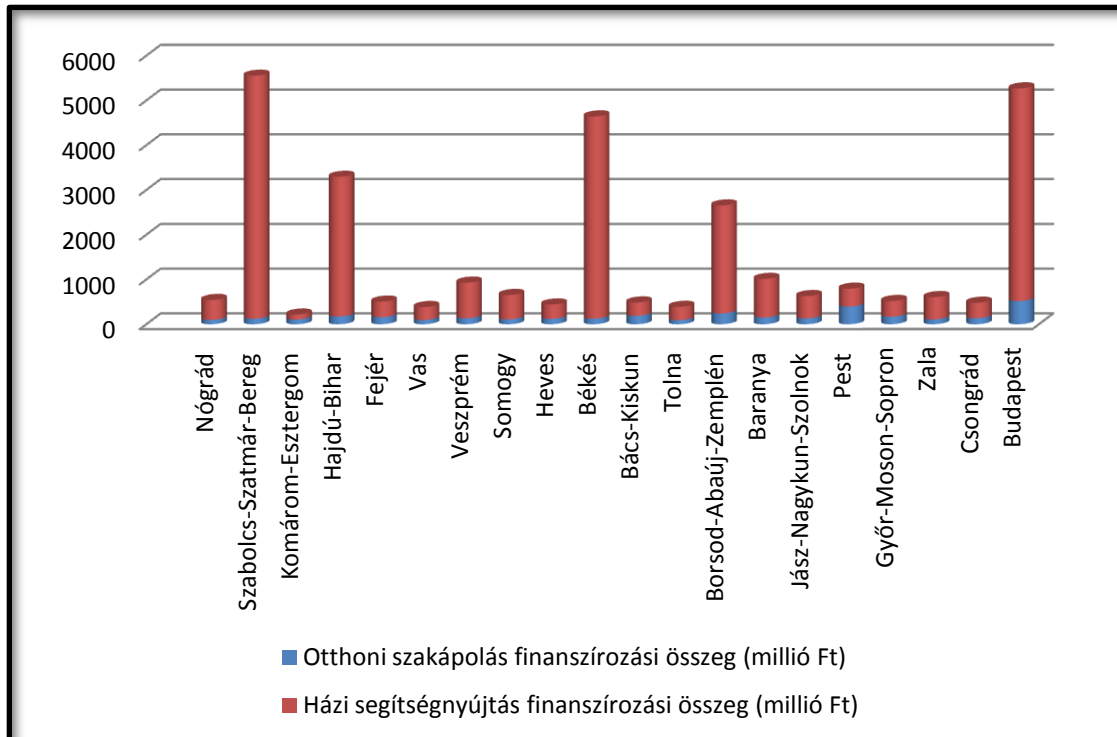
Az előző fejezetekben részletesen bemutattuk a szociális ellátások kapacitás és finanszírozási adatait. Az idősellátás integrált szemléletű megközelítése érdekében, az egészségügyi alapellátások közül az otthoni szakápolást, a szakellátások közül a 7305-ös szakmakódú ápolási ellátásokat is egy - egy fejezetben részletesen ismertettük.

A rendelkezésre álló 2012-es finanszírozási adatok segítségével egységes rendszerben közöljük az eddig külön - külön bemutatott ápolási ellátások adatait. A bemutatott szociális házi segítségnyújtás, idősek számára tartós ápolást, gondozást nyújtó (továbbiakban idősek otthona) ellátások adatait az Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal valamint a Magyar Államkincstár, az otthoni szakápolás és a 7305-ös szakmakódú ápolási ellátásoké az OEP információs rendszeréből származnak. 2012-ben az idősellátás keretében szervezett ápolási ellátásokra 73.485,9 millió Ft-ot fordított a központi költségvetés. A legtöbb forrás az idősek otthonaira (39.212,7 millió Ft) jutott. A házi segítségnyújtásra 26.632,8 millió Ft, a 7305-ös szakmakódú ápolási ellátásokra 4.263,4 millió Ft, az otthoni szakápolásra 3.377 millió Ft állami támogatást használtak fel a szolgáltatók.



**8.1. ábra** Az idősellátás keretében megszervezett ápolási ellátások 2012. évi finanszírozás

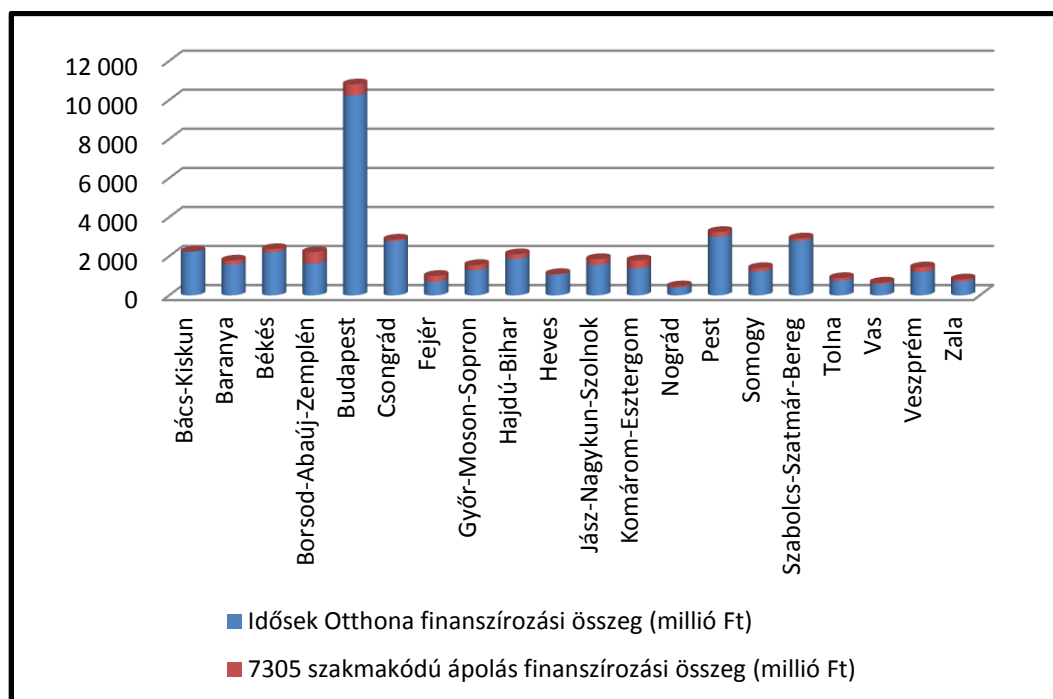
Az alapellátásként megszervezett házi segítségnyújtás valamint otthoni szakápolások működésére 30.010 millió Ft állt rendelkezésre 2012-ben. Megyei összevetésben Szabolcs-Szatmár-Bereg megyébe (5.553), Budapestre (5.269,6) és Békés megyére (4.643,5) jutott a legtöbb forrás. A legalacsonyabb értékeket Tolna megyében (389,3) Vas megyében (384,4) Komárom-Esztergom megyében (217,1) tapasztaltuk.



## 8.2. ábra

2012-ben otthonápolási ellátásokra biztosított költségvetési forrás megyei bontásban

Az intézményi keretek között működő szolgáltatásokra 2012-ben 43.474 millió Ft támogatást nyújtott a költségvetés. Megyéenkénti bontásban elemzve az adatokat, Budapest 10.806 millió Ft-al messze kiemelkedik a többi megyétől. Második helyen Pest megye (3.244), a harmadik helyen Szabolcs-Szatmár Bereg megye (2.915) található. A legalacsonyabb támogatási összegek Zala megyében (818), Vas megyében (655) valamint Nógrád megyében (464) kerültek felhasználásra.



### 8.3. ábra

2012-ben intézményi ápolásra biztosított költségvetési forrás megyei bontásban

Az egységes szemléletű ápolási ellátások rendszerének kialakítása során fontos előrelépés volt a 2/2004 (XI.17) EüM rendelet módosítása, amely 2012. június 1-étől megteremtette az idősek otthonaiban és a gyermekvédelmi szakellátás intézményeiben az egészségügyi szakápolási tevékenység jogszabályi kereteit. A változás hatására a szociális ágazatban működő intézmények 16,1%-ban engedélyeztették szakápolási tevékenységeiket. A szabályozás óta eltelt több mint másfél esztendő, rávilágított a jogszabály hiányosságaira. Az ellátórendszerekben a humán erőforrás, kapacitás-szabályozás, finanszírozás differenciáltsága a pozitív változások ellenére is fennmaradtak.

Meg kell állapítanunk, hogy az ellátórendszer egy - egy elemének szakmai közelítése nem oldja meg a párhuzamosságok kiiktatását. Konceptcionálisan a két ellátórendszer teljes szolgáltatási rendszerében szükséges a szabályozók újragondolása. A demográfia változások hatására, az ellátórendszer mai formájában, az ágazat forrásainak érdemi növelése nélkül, nem fenntartható. A megoldás az integrált szemléletű ápolási rendszer kialakítása és bevezetése, amely az ápolási törvény megalkotásában ölthet formát. Az értekezésben egyedülálló módon feldolgozott adatok jó kiindulási alapot jelenthetnek a szakmapolitikai döntések előkészítésében.

## 9. ÚJ EREDMÉNYEK, GYAKORLATI HASZNOSÍTÁS

Az értekezésben bemutatott elemzéseink számos új eredményt és gyakorlati hasznosítási lehetőséget is tartalmaznak, amelyeket az alábbiak szerint foglalom össze:

### Új eredmények:

1. Meghatároztam az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az idősök részére működtetett közfinanszírozott ápolási ellátások egészségbiztosítási kiadásait.
2. Bemutattam a különböző csatornákon finanszírozott szociális ellátások közkiadásait.
3. Feltérképeztem az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott ápolási ellátások igénybevételi mutatóit.
4. Összegeztem a különböző csatornákon finanszírozott szociális ellátások igénybevételi mutatóit.
5. Részletesen elemeztem az idősök otthonaiban 2012. évtől megszervezhető szakápolási tevékenységeket.
6. Bemutattam megyei bontásban, egységes rendszerben az idős korosztály számára szervezett ápolási ellátásokat.
7. Meghatároztam azokat a szociális ellátásokat, amelyeket az egységesen szervezett ellátórendszerben érdemes integrált módon működtetni.



### **Gyakorlati hasznosítás:**

1. Az idősellátás ápolási szolgáltatásainak integrált kialakítása érdekében végzett kapacitás és finanszírozási elemzésemel megteremttem az idősek ápolási ellátásainak szabályozására létrehozandó új ápolási törvény alapjait.
2. Az elemzés során feltárt különbségek orvoslására egységes kapacitási, finanszírozási valamint adatszolgáltatási rendszer bevezetését javaslom.
3. Az ápolási törvény bevezése előtt fontosnak tartom az ágazati szereplők felkészítését.
4. A szociális területen dolgozók szakmai felkészítésében elengedhetetlennek tartom a humánerőforrás képzési rendszerek újratervezését (átképzési programok, licenc vizsgák).
5. 2014 - 2020-as Európai Uniói költségvetési időszak esetében javaslom nevesíteni - Emberi Erőforrás Fejlesztés Operatív Program (EFOP) „a befogadó társadalom” prioritásban - az integrált szemléletű ápolási ellátások infrastruktúrális és humánerőforrás fejlesztését.

## 10. KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS

Az értekezés elkészítése nagy kihívást jelentett számomra az elmúlt évek alatt. Kutatómunkám elvégzéséhez, eredményeim összegzéséhez sok ember segítségét, támogatását kaptam. Különösen köszönettel tartozom a Magyar Államkincstár, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal valamint a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet munkatársainak a szakmai segítségért.

Köszönetemet fejezem ki,

**Boncz Imre** professzor úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar) a kutatómunkám során biztosított mérhetetlen támogatásáért, a doktori értekezés elkészítése során nyújtott témavezetői iránymutatásaiért, őszinte ösztönzéséért;

**Bódis József** rektor úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola), aki a doktori iskola vezetőjeként lehetővé tette, hogy a társadalomtudományi orientációjú értekezésem megvédhessem;

**Betlehem József** dékán úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar), aki szakmai útmutatásaival lehetővé tette tudományos munkám folytatását;

**Sebestyén Andor** igazgató úrnak (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Dél-Dunántúli Területi Hivatal, Pécs) munkám során nyújtott tanácsaiért, önzetlen segítségéért;

†**Kriszbacher Ildikó** professzor asszonynak, aki tanáromként és a doktori iskola titkáráként indította el tudományos kutatómunkámat;

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar valamennyi munkatársának, akik segítségükkel hozzájárultak értekezésem elkészítéséhez;

Családomnak, barátaimnak a támogatásukért, megértő türelmükért és feltétel nélküli szeretetükért.

## 11. PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

### KÖZLEMÉNYEK

1. Cs. Horváth Z, Endrei D, Molics B, Ágoston I, Boncz I. *A hosszú ápolási idejű, intézményi keretek között nyújtott szociális idős ellátások elemzése*. LAM. (Közlésre benyújtva)
2. Cs. Horváth Z, Barcza Zs, Endrei D, Molics B, Ágoston I, Boncz I. *Financial aspects of nursing care in the Hungarian healthcare system*. Journal of Proactive Medicine, 2014; (Közlésre elfogadva)
3. Cs. Horváth Z, Sebestyén A, Österle A, Endrei D, Betlehem J, Oláh A, Imre L, Bagosi G, Boncz I. *Economic burden of long-term care of rheumatoid arthritis patients in Hungary*. Eur J Health Econ. 2014; DOI: 10.1007/s10198-014-0601-9 (Impact factor-2012: 2,095)
4. Cs. Horváth Z, Sebestyén A, Molics B, Ágoston I, Endrei D, Oláh A, Betlehem J, Imre L, Bagosi G, Boncz I. *Az otthoni szakápolás egészségbiztosítási vonatkozásainak elemzése Magyarországon*. Orv. Hetil. 2014; 155(15):597–603.
5. Cs. Horváth Z, Boncz I. *A szociális házi segítségnyújtás kapacitás és finanszírozási adatainak értékelése*. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2013;12(S1):21-25.
6. Cs. Horváth Z, Molics B, Boncz I. *A szociális és az egészségügyi ellátórendszer gyakorlati együttműködési lehetőségei*. Egészség-Akadémia. 2013;4(1):12-27.
7. Molics B, Hanzel A, Endrei D, Cs. Horváth Z, Schmidt B, Kránicz J, Gyuró M. *Health insurance analysis of physiotherapy ambulatory care of trauma patients*. Journal of Proactive Medicine, 2014; (Közlésre elfogadva)
8. Endrei D, Hegedűs Zs, Traiber-Harth I, Decsi T, Gyuró M, Cs. Horváth Z, Ágoston I. *A PTE Klinikai Központ betegjogi gyakorlatának tapasztalatai*. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2014;1:19-23.
9. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z, Boncz I. *A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a 11-18. század kezdete közötti időszakban*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2012; 50(4): 2-13.
10. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z, Boncz I. *A magyar kórházi ellátórendszer fejlődéstörténete a felvilágosult abszolútizmustól a II. világháború végéig*. Egészség-Akadémia. 2011; 2(4): 272-85.

## NEMZETKÖZI KONFERENCIASZEREPLÉSEK ABSZTRAKT PUBLIKÁCIÓVAL

1. Cs. Horváth Z, Molics B, Ágoston I, Sebestyén A, Boncz I. *Geographical inequalities in the access to and utilization of home care (nursing) services in Hungary*. Value Health. 2013;16(7):A463-A464.
2. Molics B, Hanzel A, Kránicz J, Schmidt B, Cs. Horváth Z, Boncz I. *Age and gender distribution of outpatient care physiotherapy services for hip and thigh injuries in Hungary in 2009*. Value Health. 2013;16(7):A574.
3. Molics B, Hanzel A, Kránicz J, Schmidt B, Cs. Horváth Z, Boncz I. *Age and gender distribution of outpatient care physiotherapy services for dorsopathia diseases in Hungary*. Value Health. 2013;16(7):A574.
4. Molics B, Kranicz J, Schmidt B, Sebestyén A, Agoston I, Cs. Horváth Z, Marada G, Boncz I. *Frequency of outpatient physiotherapy services in trauma diseases in Hungary*. Value Health. 2013; 16(3): A230.
5. Molics B, Kranicz J, Schmidt B, Sebestyén A, Agoston I, Cs. Horváth Z, Marada G, Boncz I. *Distribution outpatient physiotherapy services in the different trauma diseases according to major body parts in Hungary*. Value Health. 2013; 16(3): A230.
6. Cs. Horváth Z, Molics B, Agoston I, Sebestyén A, Boncz I. *Utilization of home care (nursing) services in Hungary*. Value Health. 2013; 16(3): A200-A201.
7. Molics B, Gombos G, Ágoston I, Kránicz J, Schmidt B, Nőt L, Cs. Horváth Z, Gresz M, Boncz I. *The distribution of outpatient physiotherapy services in Hungary*. Value Health. 2012; 15(7): A524.
8. Molics B, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Nőt L, Vámhidy L, Cs. Horváth Z, Varga S, Gresz M, Boncz I. *Regional and age distribution evaluation of the outpatient care physiotherapy services for high incidence traumatic injuries*. Value Health. 2012; 15(7): A519.
9. Molics B, Turcsanyi K, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Oláh A, Nőt L, Gresz M, Cs. Horváth Z, Boncz I. *Determination of the annual health insurance cost of outpatient care physiotherapy services for musculoskeletal and connective tissue diseases*. Value Health. 2012; 15(7): A523.
10. Molics B, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Nőt L, Vámhidy L, Oláh A, Varga S, Cs. Horváth Z, Boncz I. *Determination of the annual health insurance cost of outpatient care physiotherapy services for for trauma patients*. Value Health. 2012; 15(7): A523.
11. Cs. Horváth Z, Molics B, Ágoston I, Sebestyén A, Boncz I. *Geographical inequalities of home care (nursing) in Hungary*. Value Health. 2011; 14(7): A551.

## **HAZAI KONFERENCIA SZEREPLÉS**

1. Cs. Horváth Z. *Integrált szociális és egészségügyi ellátórendszer kialakításának lehetősége.* IME-META VII. Országos Egészséggazdasági Továbbképzés és Konferencia – Lehetőség vagy átok a válság, 2013. június 19-20. Budapest
2. Molics B, Kránicz J, Schmidt B, Sebestyén A, Ágoston I, Cs. Horváth Z., Marada G, Boncz I. *A fizioterápiás jellegű tevékenységek gyakorisága a járóbeteg szakellátásban a traumatológiai sérüléseket követően 2009-ben.* (Frequency of outpatient physiotherapy services in trauma diseases in Hungary) A Magyar Epidemiológiai Társaság VII. és a Közép-európai Kemoprevenációs Társaság I. közös nemzetközi kongresszusa, Pécs, 2013. április 5-6
3. Molics B, Kránicz J, Schmidt B, Sebestyén A, Ágoston I, Cs. Horváth Z., Marada G, Boncz I. *A fizioterápiás jellegű tevékenységek megoszlása az emberi test régiói alapján a traumatológiai sérülések esetében a járóbeteg szakellátásban.* (Distribution outpatient physiotherapy services in the different trauma diseases according to major body parts in Hungary) A Magyar Epidemiológiai Társaság VII. és a Közép-európai Kemoprevenációs Társaság I. közös nemzetközi kongresszusa, Pécs, 2013. április 5-6
4. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z., Boncz I. *A Magyar kórházi ellátórendszer fejlődéstörténete a felvilágosult abszolútizmustól a II. világháborúig.* IME-META VI. Országos Egészséggazdasági Továbbképzés és Konferencia – Az egészség-gazdaságtan felértékelődése forrásszüke idején, 2012. június 20-21. Budapest
5. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z., Boncz I. *A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a 11.-18. sz. kezdete közötti időszakban.* IME-META VI. Országos Egészséggazdasági Továbbképzés és Konferencia – Az egészség-gazdaságtan felértékelődése forrásszüke idején, 2012. június 20.-21. Budapest

## 12. MELLÉKLETEK

1. számú melléklet

### A szociális alapellátások 2012.évi költségvetési támogatása

Szolgáltatás megnevezése	Finanszírozott összeg (millió Ft)		
	Önkormányzati fenntarású	Nem állami fenntartású	Összesen
Falugondnoki vagy tanyagondnoki szolgáltatás	2. 387	275	2. 662
Szociális étkeztetés	6. 173	3. 093	9. 266
Házi segítségnyújtás	7. 247	17. 619	24. 866
Családsegítés	3. 554	0	3. 554
Időskorúak nappali intézményi ellátása	2. 311	658	2. 969
Demens személyek nappali intézményi ellátása	374	0	374
Fogyatékos személyek nappali intézményi ellátása	678	2. 111	2. 789
Hajléktalanok nappali intézményi ellátása	472	0	472
Pszichiátriai betegek nappali intézményi ellátása	89	2. 966	3. 054
Szenvedélybetegek nappali intézményi ellátása	104	0	104
<b>Összesen</b>	<b>23. 388</b>	<b>26. 723</b>	<b>50. 111</b>

## A szociális szakellátások 2012.évi költségvetési támogatása

Szolgáltatás megnevezése	Finanszírozott összeg (millió Ft)		
	Önkormányzati fenntarású	Nem állami fenntartású	Összesen
Időskorúak ápoló-gondozó otthoni ellátása	9. 431	13. 995	23. 426
Emelt színvonalú bentlakásos ellátás	102	111	213
Demens betegek bentlakásos intézményi ellátása	2. 724	4. 988	7. 712
Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonában és rehabilitációs intézményeiben ellátottak	1. 631	4. 346	5. 977
Pszichiátriai és szenvedélybetegek ápoló gondozó otthonában és rehabilitációs intézményeiben ellátottak	1. 448	0	1. 448
Átmeneti elhelyezést nyújtó ellátás és hajléktalanok ápoló-gondozó otthoni ellátása	1. 835	4. 028	5. 863
Fogyatékos személyek lakóotthonaiban ellátottak	50	584	635
Pszichiátriai és szenvedélybetegek lakóotthonaiban ellátottak	35	253	288
Hajléktalanok átmeneti intézményei	1. 812	3. 053	4. 865
<b>Összesen</b>	<b>19. 069</b>	<b>31. 359</b>	<b>50. 428</b>

## A szociális ellátások 2012.évi költségvetési kistérségi kiegészítő támogatása

Szolgáltatás megnevezése	Finanszírozott összeg (millió Ft)
Időskorúak ápolást gondozást nyújtó otthona	1. 060
Időskorúak és fogyatékosok gondozóháza (átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények)	27
Hajléktalanok átmeneti szállása	69
Családsegítés	1. 833
Szociális étkeztetés	183
Házi segítségnyújtás	1. 745
Idősek klubja	849
Fogyatékos és demens személyek nappali intézménye	109
Pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali intézménye	45
Nappali melegedő	43
<b>Összesen</b>	<b>5. 963</b>



**Megyei intézményfenntartó központok számára 2012.évi szociális ellátások  
működtetésére biztosított költségvetési támogatás**

<b>Szolgáltatás megnevezése</b>	<b>Finanszírozott összeg (millió Ft)</b>
Szociális alapellátás	65
Szociális szakellátás	19.244
<b>Összesen</b>	<b>19.309</b>

**2012-ben a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által finanszírozott szociális ellátások költségvetési támogatása**

<b>Alapszolgáltatás megnevezése</b>	<b>Finanszírozott összeg (millió Ft)</b>
Pszichiátriai betegek közösségi alapellátása	649
Szenvedélybetegek közösségi alapellátása	629
Támogató szolgálatok	3. 398
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	716
Alacsonyküszöbű ellátás	376
Utcai szociális munka	539
Krízisközpont	72
<b>Összesen</b>	<b>6. 379</b>

**A 2012-es év gyógyító-megelőző ellátások finanszírozási adatai szakfeladatonként**

<b>Szakfeladat megnevezése</b>	<b>Finanszírozási adat (millió Ft)</b>
Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	82.085
Védőnői szolgálat, anya-,gyermek és ifjúsági szolgálat	18.267
Fogászati ellátás	22.447
Betegszállítás és orvosi rendelvényű halott szállítás	6.247
Műveskezelés	23.171
Otthoni szakápolás	3.979
Mentés	25.471
Laboratóriumi ellátás	20.893
Járóbeteg szakellátás	106.902
CT. MRI	16.727
Aktív fekvőbeteg szakellátás	351.761
Extra finanszírozás	421
Speciális finanszírozású fekvőbeteg ellátás	62.726
Krónikus fekvőbeteg ellátás	63.663
Egyéb ellátás	37.296
<b>Összesen</b>	<b>842.054</b>

## Az értekezés során felhasznált jogszabályok

Jogszabály száma	Jogszabály címe
1993. évi III. törvény	A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1997.évi XXXI. törvény	A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
1997. évi CLIV. törvény	az egészségügyről
2011. évi CLIV. törvény	a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről
226/2006. (XI.6.) Korm.rendelet	a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról.
191/2008. (VII.30.) Korm.rendelet	a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről
213/2009. (IX. 29.) Korm. rendelet	az egyházi és nem állami fenntartású szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók normatív állami támogatásáról
329/2011. (XII.29.) Korm. rendelet	a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról szóló 226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet módosításáról
20/2006. (VII.26.) NM rendelet	az otthoni szakápolási tevékenységről
15/1998. (IV.30.) NM rendelet	a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet	a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet	az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
36/2007. (XII.22.) SzMM rendelet	a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól
1208/2011. (VI.28) Korm.határozat	a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről
1/2014. (I.3.) OGY határozat	nemzeti Fejlesztés 2030 - Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Koncepcióról

## 14. NYILATKOZAT

Alulírott **Cs. Horváth Zoltán**, nyilatkozom, hogy nem kezdeményeztem és nincs folyamatban **egészségtudomány** tudományágban doktori fokozatszerzési eljárásom, valamint két éven belül nem volt elutasított fokozatszerzési kérelmem.

Nyilatkozom, hogy nem állok doktori fokozat visszavonására irányuló eljárás alatt, illetve 5 éven belül nem vontak vissza tőlem korábban odaítélt doktori fokozatot.

Nyilatkozom, hogy a disszertáció önálló munkám, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek.

.....  
Cs. Horváth Zoltán

Pécs, 2014. április 16.