

AZ INTEGRÁLT EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁS LÉTREHOZÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI

Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei

Cs. Horváth Zoltán



Az Egészségtudományi Doktori Iskola vezetője:

Prof. Dr. Bódis József

Az Egészségtudományi Doktori Iskola programvezetője:

Prof. Dr. Kovács L. Gábor

Az Egészségtudományi Doktori Iskola témavezetője:

Prof. Dr. Boncz Imre

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori iskola

Pécs, 2014.

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 idősök bentlakásos intézményeinek fejlesztése már a 2. világháború után megkezdődött, amelynek következtében a szegényházak idővel szociális otthonokká alakultak át. Ezek az otthonok „egytípusúak” voltak, fogyatékoság, 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. 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 számolhatunk be. Az 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. 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. 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 életevek 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. 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 humánerőforrások, 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. Fontos, hogy a rendelkezésre álló statisztikai, finanszírozási adatok interszektoralis megközelítésével tegyünk javaslatot az új típusú, integrált keretek között működő idősellátási modellre. Értekezésemben részletesen kívánom elemezni és bemutatni az otthoni szakápolás, a krónikus ápolás (7305-ös szakmakód), a házi segítségnyújtás, valamint az idősök számára biztosított tartós ápolást-gondozást nyújtó ellátások magyarországi helyzetét.

2. CÉLKITŰZÉS

Értekezésem témája az idősek számára biztosított ápolási szolgáltatások magyarországi helyzetének bemutatása. Célkitűzésem, hogy a rendelkezésemre álló adatbázisok elemzésével felmérjem az egészségügyi és a szociális ellátórendszerben egyaránt működő idősek 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 idősek 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. ADATOK ÉS MÓDSZEREK

- 3.1. Tanulmányunk célja az otthoni szakápolás részletes elemzése. Az otthoni szakápolás keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatások két fő csoportba sorolhatók: szakápolási ellátás illetve szakirányú terápiás szolgáltatás. A szakápolási tevékenységen belül három ellátási szükségleti fokozatot különböztetünk meg: teljes ápolásra, részleges ápolásra szoruló beteg vagy önellátó beteg. Az elemzéshez felhasznált adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozási adatbázisából származnak és az 2001 - 2012 közötti éveket ölelik fel.
- 3.2. Értekezésünkben részletesen elemezzük a szociális alapszolgáltatások közül a házi segítségnyújtást. A házi segítségnyújtás olyan gondozási forma, amely az igénybevevő önálló életvitelének fenntartását – szükségleteinek megfelelően – lakásán, lakókörnyezetében biztosítja. A házi segítségnyújtás 2012-es évi kapacitás adatait a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal bocsátotta rendelkezésünkre. A házi segítségnyújtás szociális ellátásainak finanszírozására fordított 2012. évi állami támogatások adatait a Magyar Államkincstár biztosította számunkra. A Megyei Intézményfenntartó Központok által fenntartott intézmények adatforrása a KIM volt.
- 3.3. Vizsgálatunk a szociális ellátórendszeren belül az idősek számára biztosított ápoló-gondozó célú intézményrendszer feltérképezésére irányul. Az idősek otthonában tartós ellátást biztosítanak az igénybevevők részére. Az átmeneti otthonokban ideiglenes jelleggel legfeljebb egy évi időtartamra szervezhető meg az ellátás, amely egy alkalommal, egy évvel meghosszabbítható. Az idősellátásra vonatkozóan közölt intézményi adatoknál a SZÁIR, TEIR, valamint a Központi Statisztikai Hivatala adatit használtuk fel.

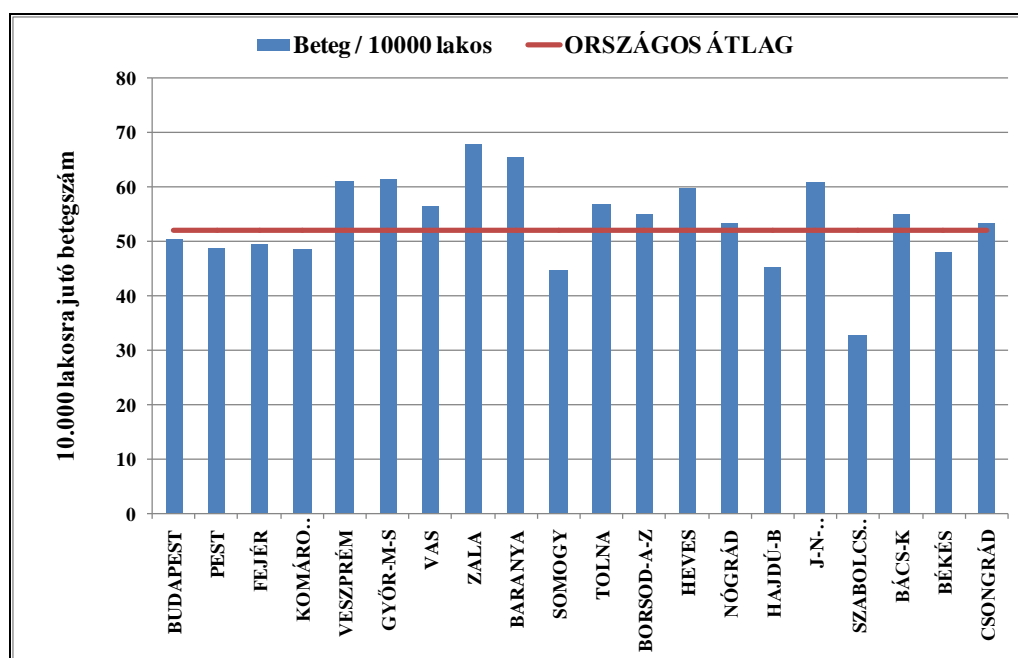
3.4. Elemzésünk célja a krónikus ellátórendszeren belüli működő, szakápolásra (7305 szakmakód) vonatkozó finanszírozási, igénybevételi és betegadatok elemzése. Az adatsort a GYEMSZI bocsátotta rendelkezésünkre. Részletesen bemutatjuk a működési engedéllyel szakápolási tevékenységet végző bentlakásos szociális intézmények adatait is. Ezen adatok az Országos Tisztifőorvosi Hivatalból származnak.

3.5. Ezen fejezet a szociális ellátórendszer teljes vertikumának a finanszírozási és igénybevételi adatait mutatja be. Az ismertetett kapacitás adatokat az NRSZH, a finanszírozási adatokat a MÁK biztosította. Az igénybevételi adatszolgáltatás a 2012. október 15. - 21. közötti állapotot tükrözi. A költségvetési adatok a 2011-es esztendőöt szemléltetik. Nevesíteni kívánjuk továbbá azokat a szociális és egészségügyi ellátásokat, amelyek alapját jelenthetik egy új típusú integrált ellátórendszernek.

4. EREDMÉNYEK

4.1. 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.

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 (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 találhatók.

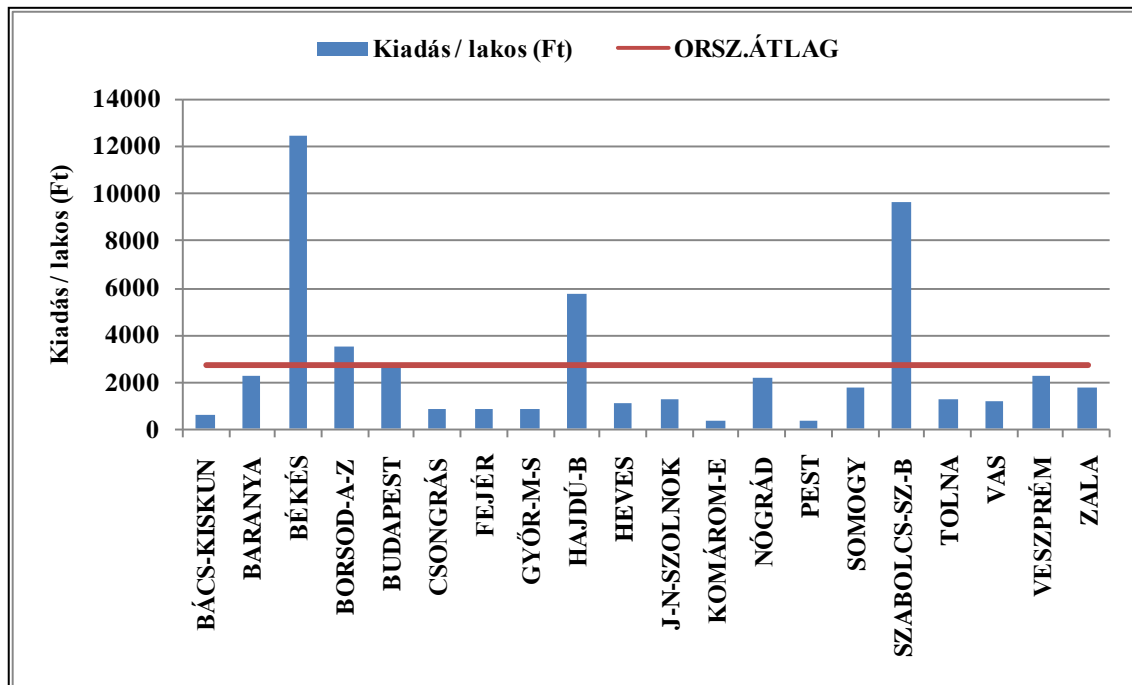


1. ábra

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

4.2. Összességében, házi segítségnyújtásra a központi költségvetés a 2012-es 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.

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 látunk, az előbbiben 367 forint az utóbbiban 329 forint támogatás jut egy lakosra (2. ábra).

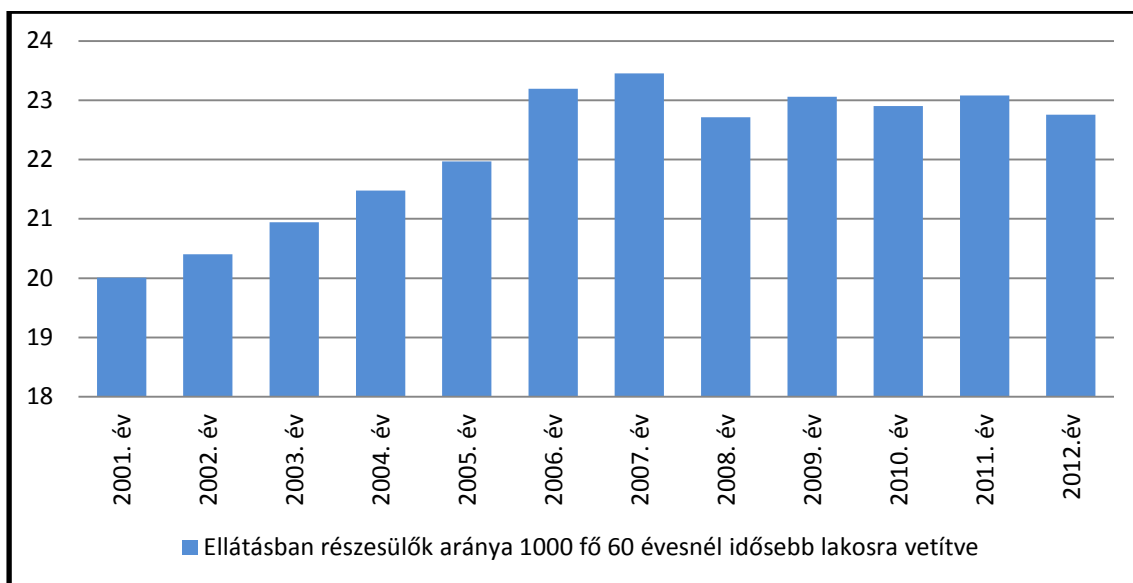


2. ábra

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

4.3. Az idősök otthonainak férőhelyi adatait 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

A 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 (3.ábra).



3. ábra

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

4.4. Magyarországon 2012-ben 2.403 átlagos ágyszám állt rendelkezésre a 7305-ös ápolási szakmában. Ezeken az ágyakon 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) regisztráltak, addig a legalacsonyabb betegszámot Pest megyében (183), Nógrád (79), Heves (73) megyékben tapasztaltunk (1.táblázat).

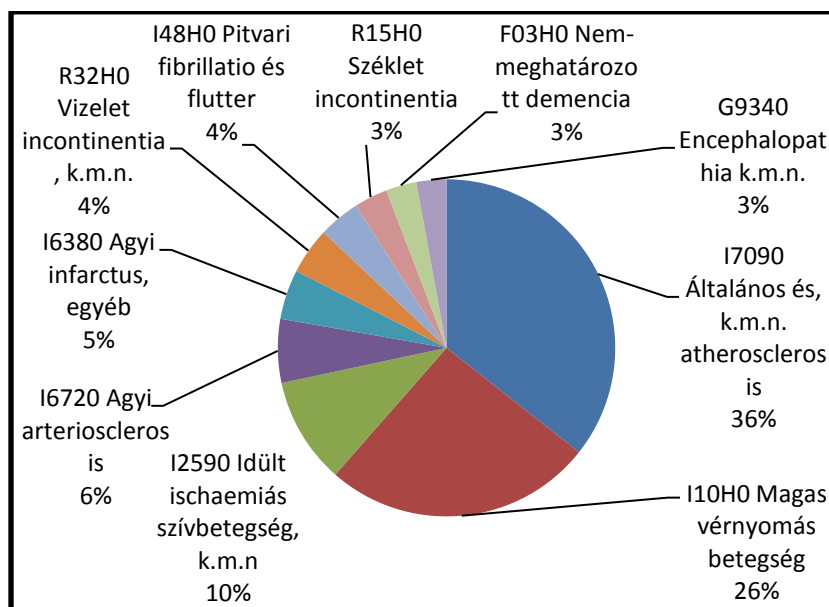
A 10 ezer lakosra jutó esetszámokat vizsgálva a legmagasabb értékeket Tolna megyében (20,1) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (17) valamint Békés megyében (15,6) rögzítettek. A 10 ezer lakosra jutó esetszámok esetében a legalacsonyabb három adat Nógrád (4), Heves (2,7) és Pest (1,9) megyékben található. 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.

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 incontinencia), az F03H0 (nem-meghatározott demencia), valamint a G9340-es (encephalopathia k.m.n.) BNO-k fordultak elő (4.ábra).

Megye	Átlagos ágyszám (db)	10 ezer lakosra jutó ágyszám	Betegszám (fő)	Esetszám (fő)	10 ezer lakosra jutó esetszám	Ágy-kihasználtság (%)	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
J-N-Szolnok	155	4,0	414	489	12,5	93,6	293,6
Komárom-E	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
Összesen	2.403	2,4	7.018	7.952	8,0	87,6	4.263,4

1. táblázat

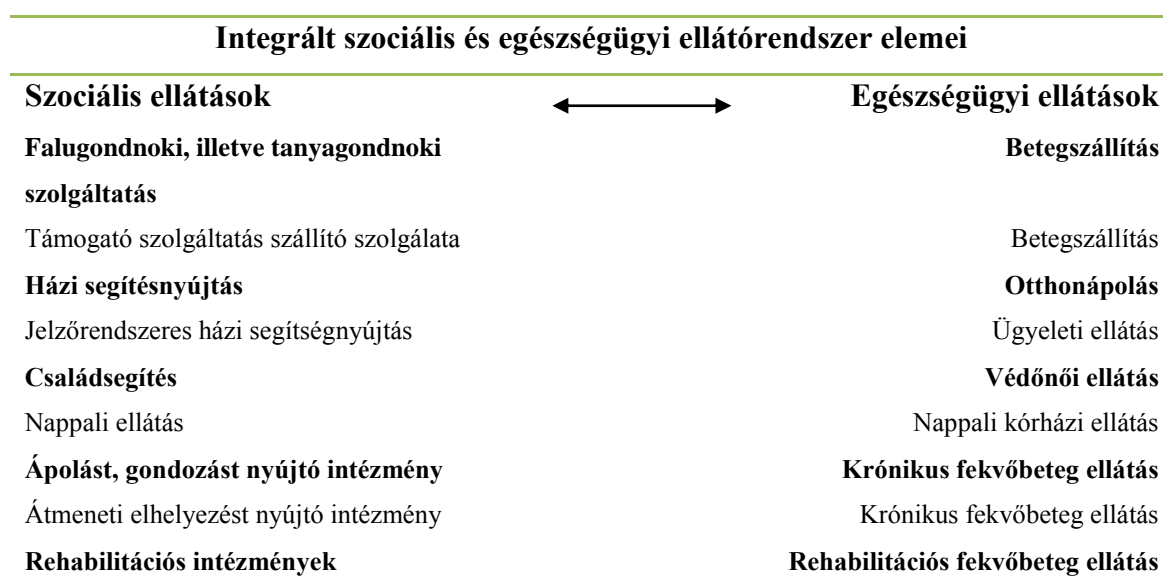
Magyarország egészségügyi intézményeiben végzett szakápolás (2012)



4. ábra

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

4.5. 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. 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 (5.ábra).



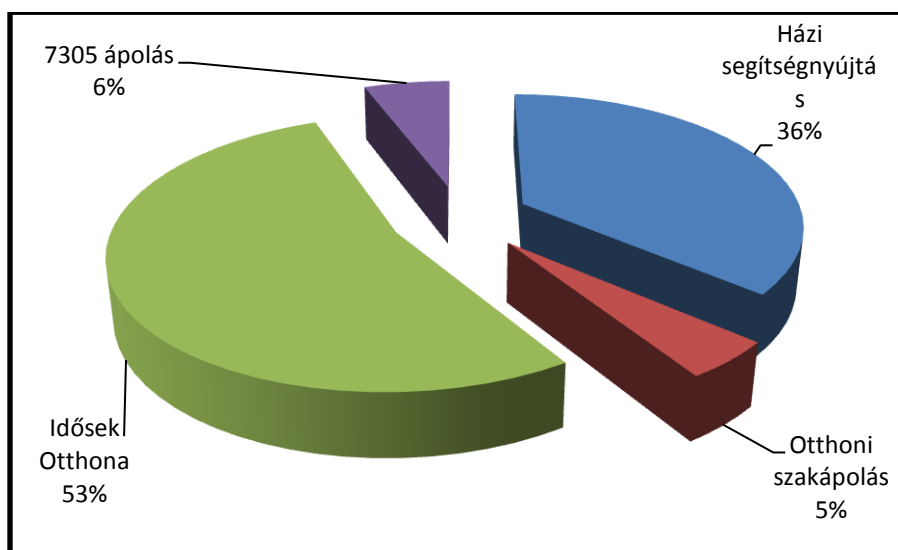
5. ábra

Integrált szociális és egészségügyi ellátórendszer elemei Magyarországon

5. MEGBESZÉLÉS, ÖSSZEFOGLALÁS

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 ápolását, 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 (6. ábra).

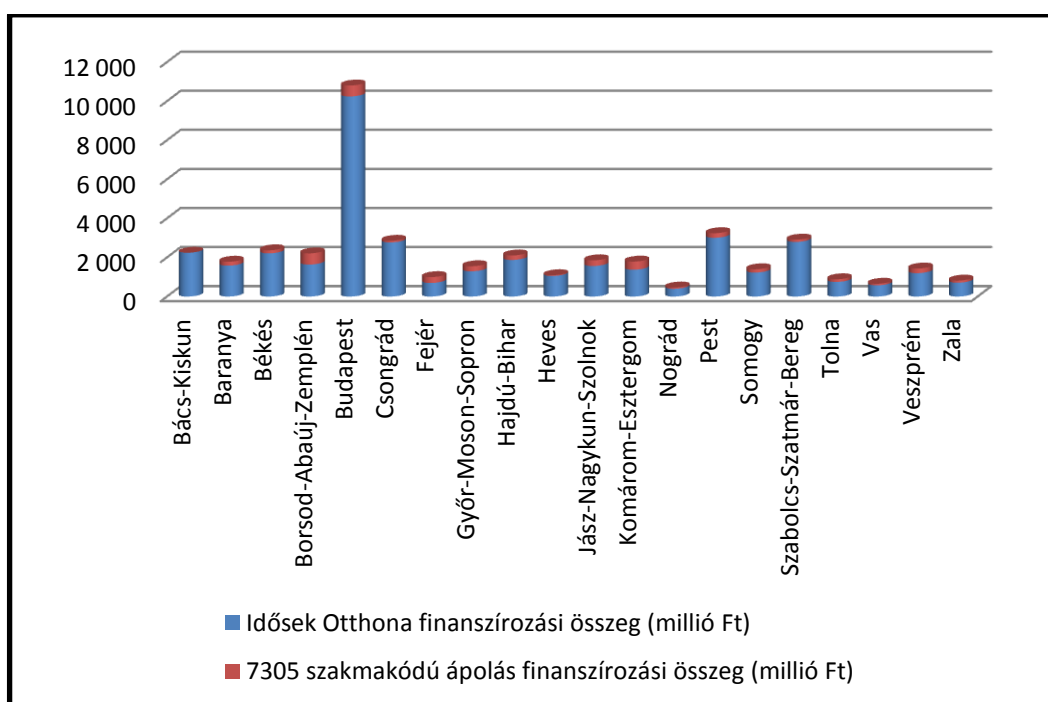


6. ábra

Az idősellátás keretében megszervezett ápolási ellátások 2012-es évi finanszírozása

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.

Az intézményi keretek között működő szolgáltatásokra 2012-ben 43.474 millió Ft támogatást nyújtott a költségvetés (7. ábra). 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.



7. 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 közel másfél esztendő, rávilágított a jogszabály hiányosságaira. Az ellátórendszerekben a humánerőforrás, 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.

6. 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-es 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 elemzéssel megteremttem az idősok ápolási ellátásainak szabályozására létrehozandó új ápolási törvény alapjait.
2. Az elemzés során feltárt különbségek orvoslására egységes kapacitási, finanszírozási valamint adatszolgáltatási rendszer bevezetését javasolom.
3. Az ápolási törvény bevezése előtt fontosnak tartom az ágazati szereplők felkészítését.
4. A szociális területen dolgozók szakmai felkészítésében elengedhetetlennek tartom a humán erőforrás képzési rendszerek újratervezését (átképzési programok, licenc vizsgák).
5. 2014 - 2020-as Európai Uniók költségvetési időszak esetében javasolom nevesíteni - Emberi Erőforrás Fejlesztés Operatív Program (EFOP) „a befogadó társadalom” prioritásban - az integrált szemléletű ápolási ellátások infrastruktúrális és humán erőforrás fejlesztését.

7. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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.

8. 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, Nöt 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, Nöt 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, Turesanyi K, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Oláh A, Nöt 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, Nöt 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 Zoltán ***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