

## A szociális házi segítségnyújtás kapacitás és finanszírozási adatainak értékelése

Cs. Horváth Zoltán<sup>1,2</sup>, Dr. Boncz Imre<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet

<sup>2</sup> Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) Térségi Egészség-szervezési Központ (TESZK), Pécs

**A rendszerváltás óta (1989) folyamatosan felmerül az igény, hogy az egészségügyi ellátások közül ki kellene szűrni azokat az elsősorban szociális ellátásokat, amelyek költséghatékonyabban nyújthatók a szociális alap illetve szakellátásban. 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.**

*Since the Hungarian political system change (1989) there has been a constant need for filtering out those mainly social services from healthcare, which are provided more effectively or maybe more budget-sensibly within social funds and special sustenance. In this paper we would like to introduce a home care service, which can be formed according to the integrated model of social and healthcare sustenance. Analyzing capacity and finance data we disclose the local differences of home care provided as a basic social service.*

### BEVEZETÉS

Korábbi dolgozatunkban 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 cikkben rögzítettük, hogy további vizsgálatainkkal a szolgáltatások tartalmi elemzésével, a rendelkezésre álló kapacitások és finanszírozási adatok területi feltáráásával, választ kívánunk adni arra, hogy az integrált szociális és egészségügyi ellátás általunk kidolgozott modellje alkalmas-e arra, hogy egy hatékonyabb, fenntarthatóbb, szakmailag jobban működő ellátást eredményezzen [1].

A nemzetközi gyakorlatban már évtizedekkel ezelőtt felvetődött a szociális és egészségügyi szektor integrált megközelítése, az angol és amerikai szociális munkások egészségügyi jellegű tevékenységekben való részvétele kapcsán

[2, 3, 4]. Az Egyesült Királyságban készült friss szakirodalmi áttekintésben az integrált egészségügyi és szociális ellátások eredményeit vizsgálták az aktuális reform keretében, és arra jutottak, hogy egyelőre nehéz megfelelő értékelést adni [5]. Az angol egészségügyi és szociális rendszer teljes integrációját 2018-ra hirdették meg [6].

Probléma felvetésünk hazánkban sem új keletű, hiszen 2011. május 31-én a Kormány, 1208/2011. (VI. 28.) határozatával elfogadott Semmelweis Tervben rögzíti, hogy célszerű szakítani az egészségügyi alap- és krónikus fekvő ellátások, illetve a szociális szolgáltatások eddig dogmaszerű szétválasztásával, és a szükségletek, valamint a lehetőségek felmérésével törekedni kell a kapacitások konverziójára, az ott dolgozó ápolók és gondozók kompetenciájának pon-tosítására [7].

Az 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 a témában, ahol szintén definiálásra került az interszektoralis 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 betegút-szervezés eszközrendszerével kívántak elérni [8, 9, 10].

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



1. ábra  
Az otthonápolás jelenlegi helyzete

működjenek. Jelen tanulmányunkban a házi segítségnyújtás igénybevételi és finanszírozási adatait vizsgáljuk meg, de a komplex rendszer kialakításához elengedhetetlen az un. otthonápolási szolgáltatások szakmai feltérképezése, amely a háziorvos feladatköréhez kapcsolódó ápolási feladatokat, az otthoni szakápolási tevékenységeket és a házi segítségnyújtást öleli fel (1. ábra).

Tanulmányunk 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 szüksége van, és ez a szükséglet eléri a minimálisan napi 1 órát. A házi segítségnyújtás igénybevételi és finanszírozási adatai az általunk vizsgált részletezettséggel még nem lettek bemutatva, miközben az otthonápolási szolgáltatásokról számos szakmai publikáció látott napvilágot [11, 12]. De tágabban, a szociális rendszer orvos-egészségtudományi kapcsolódási pontjai is tárgyalásra kerültek máshol, különös tekintettel az ápolási tevékenység [13, 14, 15], az oktatás és továbbképzés [16, 17, 18], valamint az egészségügyi kutatási területekre [19, 20, 21, 22].

A házi segítségnyújtás 2012. évi kapacitás adatait az országos rendszert működtető hatóság, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) bocsátotta rendelkezésünkre. A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról szóló 226/2006. (XI.6.) 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 Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ) alapján történik. A 2012. év adatszolgáltatásainak bemutatását, havi és területi (megyei) bontásban készítettük el.

A házi segítségnyújtás szociális ellátásainak finanszírozására fordított 2012. évi állami támogatások adatait a Magyar Államkincstár (MÁK) bocsátotta rendelkezésünkre. A MÁK a költségvetési törvény alapján az 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 is feltüntettük. 2012. január 1-től a volt megyei önkormányzatok fenntartásában működő intézményeket az állam vette át fenntartásba, pontosabban a Megyei Intézményfenntartó Központok (MIK) amelyek a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium (KIM)

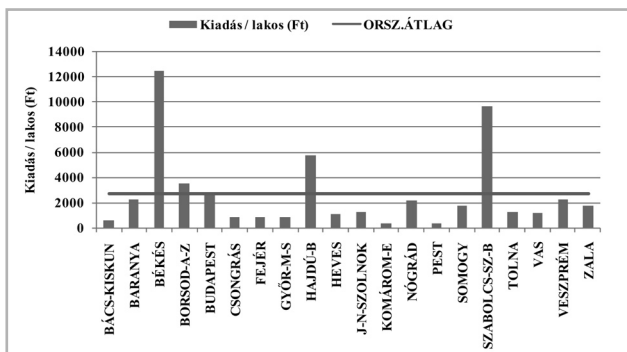
irányítása alá tartozó költségvetési szervként működnek. Az adatokat – bár a házi segítségnyújtás esetében ez csak egy megyét érint – a KIM szolgáltatta.

Elemzésünkben a következő mutatószámokat használtuk:

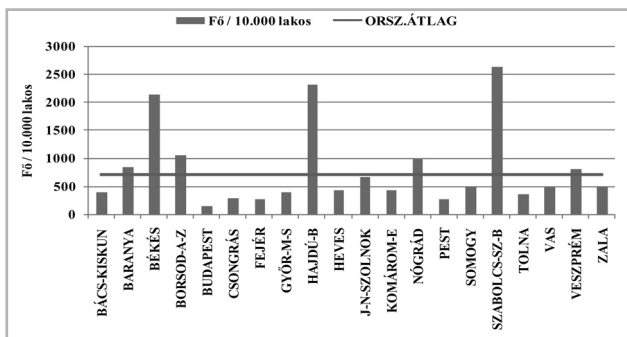
- házi segítségnyújtás szociális ellátásainak éves költségvetési finanszírozása (1. táblázat)
- házi segítségnyújtás szociális ellátásainak éves költségvetési finanszírozása megyei bontásban (2. ábra)
- tízezer fő a 60 éves vagy idősebb lakosra jutó ügyfélszám (3. ábra)
- az igénybevevők havi átlagos igénybevételi napja, kvázi „átlagos ápolási idő” (4. és 5. ábra)

Megye	Önkormányzati fenntartású	Nem állami fenntartású	Többcélú kistérségi kiegészítő támogatás	Megyei Intézményfenntartó 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	198.465.400 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
NOGRÁD	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
Orsz. összesen:	7.246.611.821 Ft	17.619.148.830 Ft	1.744.814.000 Ft	22.208.000 Ft	26.632.782.651 Ft

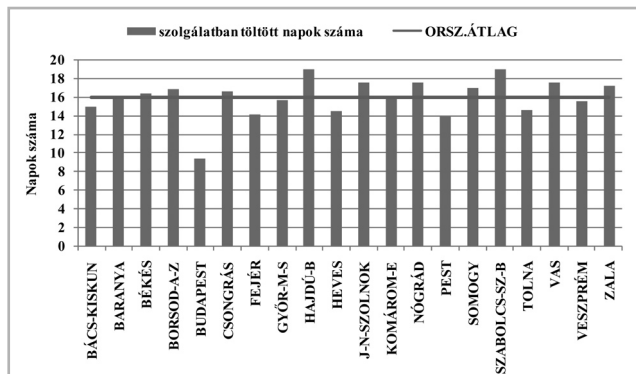
1. táblázat  
A központi költségvetés éves kiadásai a házi segítségnyújtás szolgáltatásaira (2012. év.), a MÁK adatszolgáltatása alapján



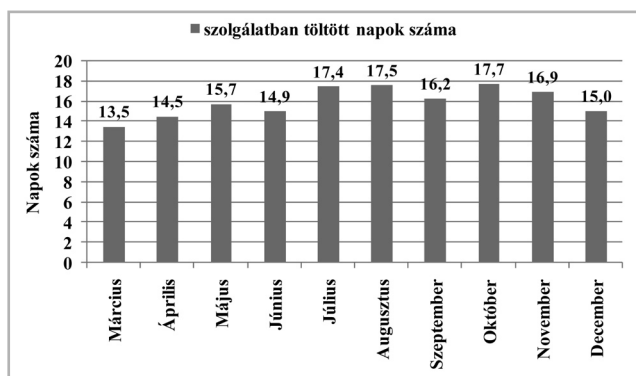
2. ábra  
A központi költségvetés éves kiadásai a házi segítségnyújtás szolgáltatásaira megyei bontásban (2012. év.), a MÁK adatszolgáltatása alapján



3. ábra  
Tízezer 60 éves és idősebb lakosra jutó ellátotti létszám a házi segítségnyújtásban megyei bontásban (2012) az NRSZH adatszolgáltatása alapján



4. ábra Szolgáltatásban töltött napok átlagos száma megyei bontásban (2012. 03.-2012. 12.) az NRSZH adatszolgáltatása alapján



5. ábra Szolgáltatásban töltött napok átlagos száma havi bontásban (2012. 03.-2012. 12.) az NRSZH adatszolgáltatása alapján

**EREDMÉNYEK**

Össességében házi segítségnyújtásra a központi költségvetés 2012-ben 26,6 milliárd forintot biztosított. Ebből az összegből 33,8%-kal részesedtek az állami, önkormányzati intézmények, és 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 (1. táblázat).

Ha a finanszírozási adatokat rávetítjük a lakosságszámra, akkor megkapjuk, hogy az adott megyében 1 fő lakosra hány forint házi segítségnyújtásra biztosított állami forrás jutott. Országosan 2012-ben 1 lakosra 2682 forint állami támogatás jutott. Ez a szám Békés megyében az országos átlag 4,6-szerese, hiszen 1 Békés megyei lakosra 12 457 forint támogatás jut. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az átlag 358,2%-a, ott 1 főre 9605 forint, míg Hajdú-Bihar megyében az országos átlag 214,1%-a, azaz 1 főre 5742 forint támogatás jutott. A legkevesebb 1 főre jutó támogatást Pest megyében és Komárom-Esztergom megyében látunk, az előbbiben 329 forint az utóbbiban 367 forint támogatás jut egy lakosra (2. ábra).

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. Az éves igénybevételi adatok igen széles spektrumban szóródnak. A legkisebb értékek Tolna megyében találhatóak, éves szinten 24 107 fő, a havi átlag igénybevétel 2009 fő, míg 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 különböző hónapok összes igénybevételi számát elemezve megállapíthatjuk, hogy az év elejei hónapokban volt a legnagyobb igénybevétel január, február, március és április hónapokban, ahol meghaladták a 170 000-es igénybevevői számot, míg az év végére ez a szám a decemberi hónapban közel 20%-os csökkenéssel 146.046 fő lett.

A 10 000 főre vetített igénybevételi adatok nem az adott megye teljes lakosságát reprezentálják, hanem a 60 éves és idősebb 10 000 lakosra jutó értéket. Az adatokból látszik, hogy az átlagos országos igénybevételi adathoz (705 fő), a 10 000 fő 60 éves vagy azt meghaladó korú lakosság számát tekintve, nagyon nagy különbségek találhatóak. Szabolcs-Szatmár-Bereg (2628 fő/10 000 lakos), Hajdú-Bihar (2310 fő/10 000 lakos) és Békés (2134 fő/10 000 lakos) megye esetében meghaladják a számok az országos átlag háromszorosát, miközben Budapesten (144 fő/10 000 lakos) ez a szám az országos átlag 20,4%-a, és Pest megyében (271 fő/10 000 lakos) pedig 38,5%-a (3. ábra).

2012 márciusától tudott adatot szolgáltatni az NRSZH az igénybevevők havi átlagos igénybevételi napjáról megyei és havi bontásban. Ilyen adatot az azt megelőző időszakról nem tudtak a rendelkezésünkre bocsátani. Az adatokat látva, azoknál a megyéknél láthatunk 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, a fővárosban pedig 9,39 nap, ami az országos átlag 59%-a volt (4. ábra).

A szezonális változásokat hónapok szerint elemezve az október, július, augusztus hónapokban regisztrálták a legmagasabb mutatókat, itt meghaladta a 17 napot az igénybevételek száma (5. ábra).

**MEGBESZÉLÉS**

A szolgáltatások szakmai elemzése megerősítette azon feltételezésünket, hogy az ápolási, gondozási feladatokat lehet és kell is szakmailag és szervezetileg integrálni. Jelen értekezésünknek ugyan nem célja ezen szervezeti keretek tekintetében állást foglalni, de megítélésünk szerint az integrált otthonápolási szolgálat szervezeti kerete az egészségügyi alapellátás környezetében lenne a legideálisabb helyen. Érdemes ezeket a rendszerirányítási funkciókat to-

vább elemezni, további lehetséges megoldási alternatívák felvetésével.

A házi segítségnyújtás, mint az integrált otthonápolási ellátás egyik meghatározó elemének kapacitás és finanszírozási adatait tekintve megállapíthatjuk, hogy igen jelentős eltérések vannak a szolgáltatás területi lefedettségében 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. E három megye nemcsak az adott 1 főre jutó kapacitás tekintetében rendelkezik kiugróan magas értékekkel, hanem a finanszírozás tekintetében is, és ezekben a megyékben a leghosszabb a havi átlagos igénybevételi napok száma is. A finanszírozás tekintetében láthatjuk, hogy a fenntartók közül a nem állami fenntartók dominálnak. A nem állami fenntartású intézmények közül az egyházi intézmények kiegészítő támogatásra jogosultak. Bár pontos adataink arról nincs, hogy a nem állami fenntartók közül mekkora az egyházi kiegészítő támogatást igénylők aránya – az egyházi kiegészítő támogatás mértéke 2012. január 1. és július 31. közötti időszakokra 94,5% volt, és a 2012. augusztus 1. és december 31. közötti időszakban 80% –, de a számok alapján jól látható, hogy jelentős lehet ezen egyházi kiegészítő támogatás mértéke. Jól jelzi, hogy mekkora eltérést tud adni ez a kiegészítő támogatás, ha a főváros számait vizsgáljuk. Miközben a 60 éves vagy azt meghaladó korú lakosokra vetített kapacitás a fővárosban országosan a legkevesebb (144 fő), ami az országos átlag 20,4%-a, addig a finanszírozását tekintve 1 főre 2.751 forint jut, ami az országos átlagot meghaladja (102,6%). Ez azzal magyarázható, hogy a nem állami fenntartású intézmények aránya az összes intézményi finanszírozásából 93,4%.

Mivel ezek a kiegészítő támogatások (egyházi kiegészítő támogatás, többcélú kistérségi társulások kiegészítő támogatása) torzítják az ellátórendszert, érdemes a szociális ellátások esetében is az egészségügyi ellátórendszerhez hasonló, szektor semleges finanszírozásra áttérni. A kompenzációkat, kiegészítő támogatásokat nem direkt az ellátás finanszírozásába, hanem attól elkülönítetten kell megjeleníteni. Az integrált otthonápolási 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 [23].

Angliában felvetődött az ápolók kulcsszerepe az integrált egészségügyi és szociális ellátások szervezésében bizonyos speciális ügyfélkör esetében [24, 25]. Az idősek ellátásán esetében az ápolási otthonok és az egészségügyi rendszer mélyebb együttműködésének kérdéseit vizsgálják [26].

Az Amerikai Egyesült Államokban az Integrated behavioral health (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 [27]. Norvégiában is korábban előtérbe került az integrált ellátás kérdése és ennek előmozdítása a kurrikulum fejlesztés révén [28].

A magyar egészségügyi és szociális rendszer párhuzamosságainak, átfedéseinek illetve esetleges integrációjának kérdése további vizsgálatokat igényelnek.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Cs. Horváth Z, Molics B, Boncz I: A szociális és az egészségügyi ellátórendszer gyakorlati együttműködési lehetőségei, Egészségakadémia 2013;1: 12-27
- [2] Huntington J: The proper contributions of social workers in health practice, Soc Sci Med, 1986;22(11):1151-60.
- [3] Borland JJ: Social work in health settings in the USA, Public Health Rev, 1976;5(2):161-70.
- [4] Dworkin J: Social workers and national health care: are there lessons from Great Britain? Health Soc Work, 1997;22(2):117-23.
- [5] 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]
- [6] Boland B: Integration of health and social care would better safeguard adults from harm, BMJ, 2013 May 21;346:f3266.
- [7] Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére, <http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%2011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf> [2013.10.18]
- [8] Gaál P, Sinkó E: Egészségügyi menedzsment és rendszerirányítás a magyar egészségügy átalakításában, Népegészségügy, 2012;2:111-118
- [9] Hanzel A, Berényi K, Molics B: Az időskori önellátás és a szociális otthoni ellátás kérdése a térdizületi mozgáskorlátozottság szemszögéből, statisztikai analízis, Magyar Epidemiológia, 2012; 9(2): 119-27.
- [10] 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.
- [11] Boncz I, Takács E, Belicza É, Szaszko D, Vinnai Á, Oláh A, Sebestyén A, Betlehem J, Kriszbacher I: Az OEP otthoni szakápolási kassa igénybevételének te-

- rületi egyenlőtlenségei, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2007;4:29-35
- [12] 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.
- [13] Betlehem J: Hungary is already seeing an exodus of nursing staff. *Nursing Times*, 2003; 99(14-5):17-23.
- [14] 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.
- [15] Olah A, Jozsa R, Csernus V, Sandor J, Muller A, Zeman M, Hoogerwerf W, Cornelissen G, Halberg F: Stress, geomagnetic disturbance, infradian and circadian sampling for circulating corticosterone and models of human depression? *Neurotoxicity Research*, 2008; 13(2):85-96.
- [16] Betlehem J: Átalakuló egészség tudományi felsőoktatás, *Nővér*, 2005; 18(4):27-31.
- [17] 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.
- [18] Oláh A: Az ápolói készségek fejlesztése az egyetemi szintű képzésben, *Egészségügyi menedzsment*, 2003; 5(4):74-77.
- [19] Molics B, Leidecker E, Endrei D, Gyuró M, Schmidt B, Kránicz J: A fizioterápiás jellegű tevékenységek igénybevétele mutatói a járóbeteg szakellátásban traumatológiai kórképek esetében, *Egészség-Akadémia*, 2012; 3(3): 203-11.
- [20] Józsa R, Olah A, Cornelissen G, Csernus V, et al: Circadian and extracircadian exploration during daytime hours of circulating corticosterone and other endocrine chronomes, *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 2005; 59(S1):S109-S116.
- [21] Agoston I, Sándor J, Kárpáti K, Péntek M: Economic considerations of HPV vaccination, *Prev Med*, 2010;50(1-2):93.
- [22] Kriszbacher I, Koppan M, Bodis J: Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease, *N Engl J Med*. 2005;353(4):429-30
- [23] Strand de Oliveira J: Access to care: Beyond health insurance, *JAAPA*, 2013;26(11):40-5.
- [24] 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]
- [25] 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]
- [26] 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.
- [27] 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.
- [28] Norwegian Official Report. Coordination in health and social care, Angol nyelvű honlapunkkal is, annak lehetőségeit kihasználva, Norway: NOU; 1986.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Cs. Horváth Zoltán** 1999-ben az Eszterházy Károly Tanárképző Főiskolán szerzett diplomát pedagógia szakon, 2003-ban a Pécsi Tudományegyetem Pollack Mihály Műszaki Karán vállalkozás menedzseri szakon, 2006-ban Pázmány Péter Katolikus Egyetemen szociális menedzseri szakon. 2009-ben a Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Karán egészségügyi menedzseri diplomát szerzett. 2010-ben végezte el a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának egészségügyi szoci-

ális munka (MsC) szakját. A Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Doktori Iskolájának PhD hallgatója, 2012-ben abszolutóriumot szerzett. 2006-2010 között a Baranya Megyei Önkormányzat közgyűlésének alelnöke, majd 2011-ben elnöke volt. 2012-től parlamenti képviselővé választásáig, a GYEMSZI Térségi Egészség-szervezési Központ igazgatója. Jelenleg a Magyar Országgyűlésben országgyűlési képviselő, az Egészségügyi Bizottság tagja. Kutatási témái közé tartozik a szociális és egészségügyi ellátórendszer párhuzamossága, a szociális ellátórendszer finanszírozása, az Európai Unió támogatások hasznosulása a Magyarországi humánágazatokban.

**Dr. Boncz Imre** bemutatása lapunk VIII. évfolyamának 4. számában olvasható, kiegészítve azzal, hogy jelenleg a Pécsi Orvostudományi Intézet Egészség-gazdaságtani, Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék tanszékvezető egyetemi tanára.