

A hosszú távú ellátások kapacitás- és igénybevételi adatainak elemzése – úttalan utakon...

Dr. Gresz Miklós¹, Farkas Borbás Fanni¹, Dr. Dózsa Csaba²

¹ Állami Egészségügyi Ellátó Központ, ² Miskolci Egyetem

A demográfiai változások (az időskorú lakosság egyre növekvő aránya) hatására az utóbbi időszak központi kérdése lett az idősök hosszútávú ellátását szolgáló jelenlegi lehetőségek felülvizsgálata, az intézményi kapacitások hiányosságainak, egyenlőtlenségeinek feltárása.

Míg 2004-ben az összes Egészségbiztosítási Alap által finanszírozott kórházi napok 38%-át, addig 2014-ben már 49%-át foglalják el a 65 évnél idősebbek. A krónikus belgyógyászati osztályokon 63%, az ápolási osztályon pedig 79% a 65 évnél idősebbek aránya. Továbbá az aktív belgyógyászati osztályokon a finanszírozott kórházi napok 62%-át a 65 éven felüli betegek ellátása teszi ki. A speciálisan idős betegek ellátását célzó aktív geriátriai osztályokon viszont csupán 89% a 65 éven felüliek aránya.

Az eredményeink alapján azt tapasztaltuk, hogy a hosszútávú ellátási formák feladatai nem pontosan szabályozottak, számos kérdés pedig nem tisztázott az ellátások tartalmát, finanszírozását illetően az egészségügyi és szociális rendszer viszonyában. Hiányossága az ellátórendszernek, hogy nem rögzíti kellő konkrétsággal a krónikus osztályok szakmai tevékenységét, és a krónikus kapacitásokon is gyakran szociális és általános ápolási szükségleteket elégítenek ki.

Due to demographic changes (the growing rate of elderly population), it is necessary to revise the health care and elderly care system of Hungary.

This study presents that during ten years there has been a significant growth in the proportion of the total hospital days of the population over 65. This proportion was 38% in 2004 and now this is 49%. We found that the proportion of population over 65 is 63% in long-term care departments which are led by physicians, and this number is 79% in the nursing departments. Furthermore, this population occupies 62% of the hospital days in the departments of general internal medicine. 89% of elderly people were served by the geriatric care units, despite the fact that this care is specialized for elderly people and multi-morbid conditions.

Based on our results we have found that the tasks of the long-term care types are not sharply separated and there are some unclear questions about the financing and the content of services in the relationship between social and health care system.

The shortcoming of the health care system is that the legal regulations do not fix the concrete activities; therefore the chronic care capacities frequently serve social and basic nursing needs.

BEVEZETÉS

Az utóbbi évek kulcskérdése lett, hogy miként tudnak az egészségügyi rendszerek válaszolni a demográfiában és a betegségeik szerkezetében bekövetkezett változásokra. Nemzetközi szinten is rengeteg kutatót, szakértőt és szervezetet foglalkoztat az előregedő társadalom témája, illetve az ezekből fakadó hatások kezelése. A kérdés nem csak az, hogy miként tudjuk kezelni ezeket a kihívásokat, hanem hogyan tudjuk biztosítani az aktív és tevékeny időskorhoz szükséges feltételeket. Az OECD 1998-as definíciója szerint az aktív időskor, az idős emberek képessége arra, hogy minél tovább aktívak maradjanak a társadalomban és a gazdaságban [1]. A WHO 2002-ben az Active Ageing: A Policy Framework című munkájában megfogalmazta az aktív időskor alapelveit, amelyek között szerepelnek jogok és kötelezettségek (például: társadalmi részvétel, méltányosság, az egyénnek is mindent meg kell tennie, hogy tevékeny maradjon), illetve az időskor megközelítésére vonatkozó szemléletformáló javaslatok (inter-generációs szolidaritás, életút-megközelítés, az intézményi korlátok lebontása). Az alapelvek a megelőzés és az integráció területét is érintik, amely azt ösztönzi, hogy az idősök egészsége és az öngondoskodási képessége minél tovább megmaradjon. Ennek érdekében a szociális és az egészségügyi rendszernek is át kell állnia a megelőzésre, valamint bizonyos szolgáltatások esetében meg kell valósítani a szolgáltatások integrációját a hatékonyság javítása érdekében [2].

Az aktív időskor koncepciója összekapcsolja a közpolitika egyes ágazatait, az idősök életminőségének javítása, az identitás megőrzése és társadalmi viszonyrendszerük megerősítése érdekében. Ezt a célt szolgálja az oktatásban az élethosszig tartó tanulás, a foglalkoztatás-politikában az idősök foglalkoztatási lehetőségeinek bővítése, az egészségpolitikában és a szociálpolitikában az ellátások összhangjának megteremtése, az intézményi keretek megtörése és az ehhez szükséges támogató környezet kialakítása [2].

A probléma fontosságára tekintettel a 940/2011/EU határozat alapján 2012 az aktív idősödés és a nemzedékek közötti szolidaritás európai éve volt, amellyel az Európai Unió az idősök iránti elkötelezettséget kívánta erősíteni. Mindezek mellett számos program, kezdeményezés indult, melyek célja, hogy ösztönözze az idősök otthoni életvitelét támogató eszközök kialakítását, az aktív- és egészséges idősödés feltételrendszerét, valamint lehetővé tegye a jó gyakorlatok megosztását, kidolgozását [3-5].

Bár a két dolog legtöbbször egybeesik – mivel a 65 év feletti népesség 80 százalékát érinti valamilyen krónikus megbetegedés –, de fontos, hogy különbséget tegyünk az

idős korban jelentkező, és a krónikus betegségekből adódó ápolási-gondozási szükségletek között. A nemzetközi tapasztalatok mindkét téren az együttműködést, az integrációt ösztönzik, a különféle modellek pedig a betegek/ápolásra szoruló szükségleteihez leginkább igazodó szolgáltatások igénybevételét támogatják [6].

A MAGYARORSZÁGI KEZDEMÉNYEZÉSEK

Már a 2000-es évek elején egy szakértői csoport kezdeményezésére megjelent az ISZER program kidolgozásának javaslata, mely célul tűzte ki az egészségügyi és szociális ellátások szisztematikusan és fokozatosan egymásra épülő rendszerét. Ezt követően a 2003-2004-ben az akkori Egészségügyi Szociális és Munkaügyi Minisztériumban folytak háttér megalapozó elemzési munkák a hazai ápolásbiztosítás kialakításáról. Majd 2008-ig az Egészségügyi Minisztériumban Bondár Éva vezetésével készültek szakértői anyagok, aki szintén kiemelte a növekvő komplex ellátási szükségletet és az új típusú – vegyes profilú szolgáltatások kialakításának nélkülözhetetlenségét [7].

További lépés volt, hogy Magyarország 2009-ben elkészítette az Időügyi Nemzeti Stratégiát, amely egyik célja az egészségügyi ellátórendszer idősbaráttá tétele. A stratégia problémaként azonosítja, hogy nem megfelelő szintű a geriátriai és gerontológiai ismeretek oktatása, hiányoznak az átmeneti és vegyes ellátást nyújtó intézmények, az ápolási feladatok nem épülnek egymásra, a saját otthonban történő ápoláshoz korlátozottak a hozzáférési lehetőségek, valamint bizonyos szolgáltatások kapacitásaink szűkössége és az egyes intézményi férőhelyek korlátozottsága miatt az idősek emberek gyakran kerülnek kórházba szociális indikációval. Az elmúlt években több olyan program is született, amely szemléletváltást ösztönöz (Tízezer lépés program), az idősök foglalkoztatását segíti (TÁRS programok), illetve az egészséges életmód támogatását vagy az egészségügyi rendszer átgondolását javasolja (Simmelweis Terv, Nemzeti Népegészségügyi Program). A problémák évek óta ugyanazok, amelyekre különféle megoldási javaslatok születtek, de valós áttörésről nem beszélhetünk [8-12].

Egy komplex rendszer kialakításához azonban hosszú és küzdelmes út vezet, melyhez erőteljes politikai elhatározottságra van szükség. Ennek érdekében minden szektor-nak meg kell vizsgálnia, hogy jelenleg milyen ellátásokat nyújt, milyen várható szükségletek jelennek meg, melyek azok, amelyeket a jelen formában nem tud hatékonyan kezelni. Ebben a tanulmányban szeretnénk egy rövid képet adni a hosszú távú ellátások életkori, BNO és ápolási napok szerinti megoszlásáról, illetve rávilágítani azokra a kérdéses területekre, amelyeken biztosan szükséges beavatkozást tenni, ha szeretnénk eredményeket elérni.

MÓDSZER

Az elemzésben hosszú távú ellátásnak tekintjük az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által napidíjjal finan-

szírozott ellátásokat (krónikus és ápolási ellátások), kivéve a rehabilitációt. Magyarországon ezen szempontokat figyelembe véve, a 2014-es adatok alapján 11.573 ágy áll rendelkezésre. Az ágykihasználás sajátosságainak vizsgálata során összehasonlítottuk az aktív belgyógyászati, geriátriai ellátást a krónikus belgyógyászati és ápolási ellátással. Az elemzést végül azért szűkítettük le a 65 év felettiellátási eseményeinek vizsgálatára, mert az ápolási napok vizsgálatkor egyértelművé vált, hogy 2014-ben a teljes ápolási napok 65,5 százalékát a 65 éven felüliek ellátása tette ki (1. táblázat).

A szakmák vizsgálata során a jogszabályokban meghatározott definíciókból indultunk ki. A 60/2003 (X. 20.) ESzCsM rendelet szerint geriátriai beteg „az a 65 évesnél idősebb, több betegségben szenvedő beteg, akinél komplex diagnosztikai felmérésre és rehabilitációra szoruló állapot észlelhető, amely miatt folyamatosan kezelni, törödni és gondozni kell az erre az életkorra jellemző urogenitális, pszichiai, mozgásszervi, kardiális és egyéb betegségekkel.” [13]

Belgyógyászat esetében a rendelet szerint aktív osztály keretein belül „a belgyógyászati szakma alaptevékenységeinek elvégzése zajlik”. A speciális szakmai tapasztalatot igénylő és speciális műszerigénnyel bíró ellátások magasabb progresszivitási szinten jelennek meg az ellátórendszerben [13].

Az ápolásról a rendelet ekként szól: „Olyan egészségügyi ellátási forma, amely az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 98. §-ában meghatározott ápolási tevékenységeket foglalja magába... A tevékenységek végezhető az egészségügyi ellátórendszer keretein belül, valamint a bentlakásos szociális intézményekben ellátott, szakápolásra szoruló betegek szakápolási szükségleteinek kielégítése céljából” [13].

A krónikus belgyógyászatnak külön meghatározása nincs, a 43/1999 (III. 3.) Korm. rendelet alapján „a finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú” [14].

EREDMÉNYEK

Elemzésünkben a 65 éven felüliek ellátásának főbb jellemzőit szeretnénk bemutatni, elsősorban azokban a szakmákban, ahol azt feltételeztük, hogy az ellátási keretek tisztázatlansága miatt, jelentős átfedések lehetnek.

ÁPOLÁSI NAPOK ÉLETKORI ÉS TERÜLETI MEGOSZLÁSA

Egy korábbi tanulmányunkban már vizsgáltuk az ápolási napok alakulását, amelyben a krónikus belgyógyászat esetében két csúcspontot találtunk, az egyiket 55 és 60 éves korban, a másikat idősebb, 85 és 88 éves kor között. Az átlagos ápolási idők a 80-90 éves korosztály esetében 35,3 nap körül alakulnak. Az ápolás esetében magas életkorban

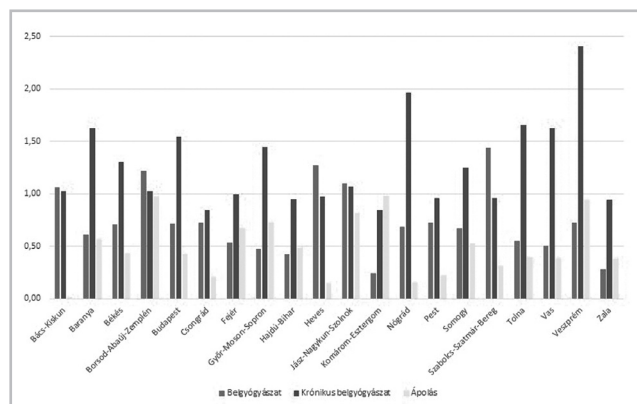
kicsúcsosodó görbét találtunk, 73 és 93 éves kor között veszik igénybe az ápolási napok 75%-át [15]. Ezt az elemzést leszűkítve a belgyógyászat, a krónikus belgyógyászat és az ápolás szakmákban a 65 év felettiek ellátása teszi ki az ápolási napok majdnem kétharmadát. A 13 797 ágyból 9044 ágyon 65 év feletti beteget láttak el 2014-ben (1. táblázat).

Szakma	Ápolási nap	Összes ágy	A 65 év felettiek által igénybe vett ágy	%
Belgyógyászat	890 215	3934	2 439	62,0%
Krónikus belgyógyászat	1 703 216	7421	4 666	62,9%
Ápolás	707 482	2442	1 938	79,4%
Összesen	3 300 913	13 797	9 044	65,5%

1. táblázat

A 65 év felettiek által igénybevett ápolási napok megoszlása a vizsgált szakmákban 2014-ben, Forrás: OEP finanszírozási adatok

Területi bontásban vizsgálva a három szakma alakulását az 1. ábrán a 65 év feletti lakosokra jutó ápolási napokat láthatjuk. Az aktív belgyógyászat és az ápolás esetében Szabolcs-Szatmár-Bereg, Heves és Borsod-Abaúj-Zemplén megyékben a legmagasabb az egy főre jutó ápolási napok száma. A krónikus belgyógyászatban Veszprém megye kimagasló, amelyet Nógrád megye követ. Végül az ápolásban Komárom-Esztergom és Borsod-Abaúj-Zemplén megyék tűnnek ki. Az egy lakosra jutó ápolási napok esetében Bács-Kiskun megyében a legrosszabb a helyzet, de Csongrád- és Heves megyékben is elég alacsony számokat láthatunk.



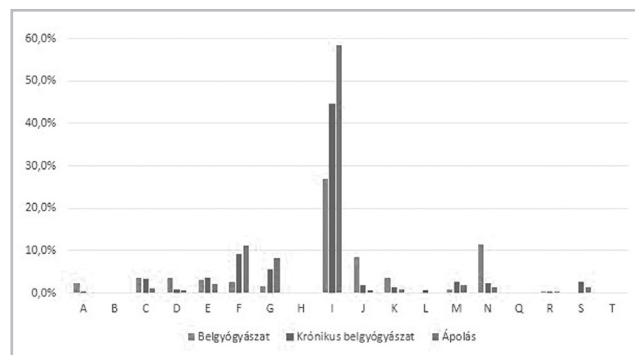
1. ábra

A 65 év feletti egy lakosra jutó ápolási napok megoszlása ágytípusonként és megyénként, 2014 Forrás: OEP finanszírozási adatok

BNO SZINTŰ ELEMZÉS

Megvizsgáltuk, hogy melyek a 65 éven felüliek ellátásának a meghatározó BNO főcsoportjai a 3 vizsgált szakmában (2. ábra). A belgyógyászat esetében a vezető főcsoport a keringési rendszer, de az urogenitális rendszer és a légzőrendszer megbetegedései is jelentősek. A krónikus belgyógyászat esetében szintén a keringési rendszer megbetegedései vezetnek, ezt a mentális- és viselkedészavarok, majd az idegrendszer betegségei követik. Az ápolás eseté-

ben a vezető főcsoportok a krónikus belgyógyászathoz hasonlóan alakulnak.



2. ábra

A 65 év felettiek ellátásának BNO főcsoport szerinti megoszlása, 2014 Forrás: OEP finanszírozási adatok

Megnéztük, hogy melyek a vezető diagnózisok a 65 év felettiek körében az aktív belgyógyászati osztályokon, és azt találtuk, hogy az első helyeken krónikus diagnózisok szerepelnek. Legnagyobb arányban krónikus veseelégtelenség (7,8%) és a pangásos szívelégtelenség (7,5%) jelent meg.

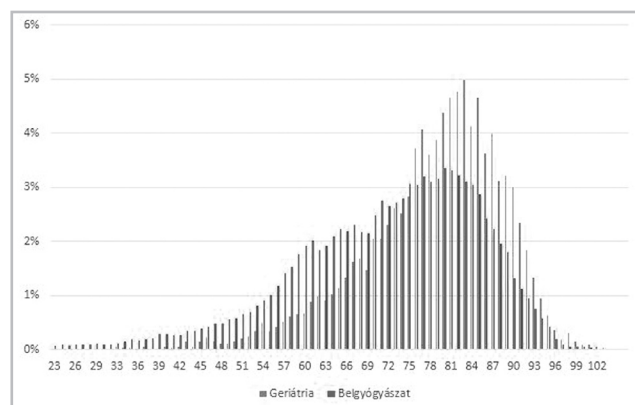
BNO	Diagnózis neve	Összes nap	Átlagos ápolási nap	Az összes belgyógyászati nap arányában
N1890	Krónikus veseelégtelenség, k.m.n.	112 192,00	8,21	7,8%
I5000	Pangásos szívelégtelenség	108 125,00	9,01	7,5%
J1890	Tüdőgyulladás, k.m.n.	54 928,00	8,46	3,8%
I48H0	Pitvari fibrillatio es flutter	51 013,00	5,98	3,6%
I5090	Szívelégtelenség, k.m.n.	41 014,00	9,03	2,9%

2. táblázat

A 65 év felettiek vezető diagnózisai a belgyógyászati osztályokon, 2014 Forrás: OEP finanszírozási adatok

GERIÁTRIA ÉS AKTÍV BELGYÓGYÁSZAT ÖSSZEVETÉSE

A 3. ábrán a geriátriai és az aktív belgyógyászati osztályok életkori megoszlásának alakulását mutatjuk be. Jól látszik, hogy az aktív belgyógyászat esetében 50 éves kortól



3. ábra

Életkori megoszlás a geriátriai és a belgyógyászati osztályokon, 2014 Forrás: OEP finanszírozási adatok

fokozatos emelkedést látunk az esetszámokban, majd 80 éves kortól csökken, a geriátriai esetében 75 éves kortól tapasztalhatunk egy megugrást, amely 90 éves korig húzódik. Jól látszik, hogy a két szakma a 70-90 éves korosztály esetében átfed egymással.

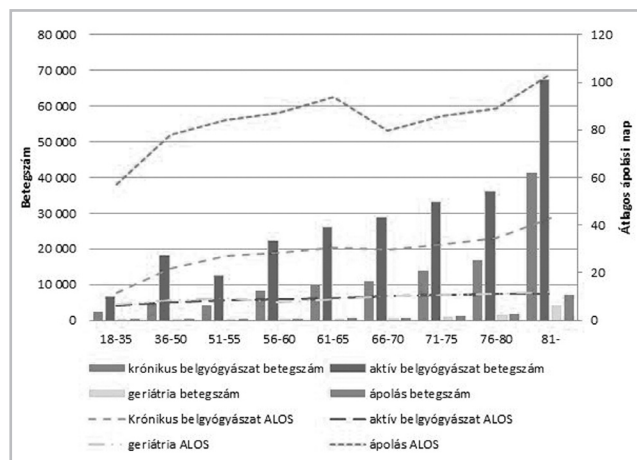
A geriátria esetében a vezető diagnózisok nagy hasonlóságot mutatnak az aktív belgyógyászattal, de itt már megjelenik a demencia is (3. táblázat).

BNO	Diagnózis neve	Összes nap	Átlagos ápolási nap	Az összes belgyógyászati nap arányában
I5000	Pangásos szívelégtelenség	3998	10,95	7,3%
N1890	Krónikus veseelégtelenség, k.m.n.	3221	8,71	5,9%
F0180	Egyéb vaszkuláris demencia	3140	14,4	5,7%
F0310	Nem-meghatározott demencia	2521	12,67	4,6%
I5090	Szívelégtelenség, k.m.n.	2478	9,99	4,5%

3. táblázat

A 65 év felettiek vezető diagnózisai a geriátriai osztályokon, 2014
Forrás: OEP finanszírozási adatok

A négy szakma átlagos ápolási idejét és betegszámát mutatja a 4. ábra. A betegszám esetében látszik, hogy az aktív belgyógyászat esetében döntően 70 év felettieket látnak el. Az ápolás esetében a leghosszabbak az átlagos ápolási idők (122 nap), ezt a krónikus belgyógyászat (40 nap) követi, az aktív belgyógyászat és a geriátria azonosak (11 nap). Az átlagos ápolási idők a krónikus belgyógyászat és az ápolás esetében az életkor előrehaladtával folyamatosan nőnek, a geriátria és az aktív belgyógyászat esetében közel azonos szinten maradnak.



4. ábra

Átlagos ápolási napok (average length of stay – ALOS) és betegszámok alakulása az aktív és krónikus belgyógyászat, geriátria és ápolás szakmákban, 2014. Forrás: OEP finanszírozási adatok

ÖSSZEGZÉS

A 65 év felettiekre jutó ápolási napok és az ellátási esetek BNO szerinti megoszlása esetén jól látszik, hogy nagy az átfedés a vizsgált szakmák között. Míg 2004-ben az összes Egészségbiztosítási Alap által finanszírozott kórházi nap 38%-át, addig 2014-ben már 49%-át foglalják el a 65

évnél idősebbek. Az aktív (62%) és krónikus belgyógyászati (63%) ágyak többségén 65 év feletti betegek fekszenek. A geriátria, amely kifejezetten a 65 év feletti, az életkorra jellemző urogenitális, pszichiátriai, mozgásszervi, szív-érrendszeri és egyéb betegségekben szenvedők ellátására specializálódott szakma esetében, ugyanakkor 11%-ban 65 éven aluli eseteket találtunk. Az életkor mellett a vezető BNO főcsoportok és diagnózisok esetében is nagy a hasonlóság a krónikus belgyógyászat és az aktív belgyógyászat között. Sem az átlagos ápolási idők, sem a vezető diagnózisok, sem pedig az életkor tekintetében nem találunk jelentős eltéréseket az aktív belgyógyászati és a geriátriai osztályok ellátás között. Az adatokból egyértelműen látszik, hogy nagy igény lenne a geriátriai kapacitások bővítésére, hiszen a jelenlegi 150 ágy meglehetősen csekély, arról nem is beszélve, hogy a geriátriai ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlen.

TOVÁBBGONDOLÁSRA JAVASOLT SZEMPONTOK

A jelenlegi ellátórendszerben nagyon nehéz eligazodni, hogy ki, hol és milyen ellátást vehet igénybe. Az igénybe vehető ellátások pedig nem a rászorulóknak szükségletei alapján, hanem az üres helyek függvényében alakulnak. A szociális ellátórendszer férőhelyeinek kihasználtsága 2012-től folyamatosan 100%-os, emiatt hosszas várakozási idők alakulnak ki, amelyek közel fele a várakozó halála miatt szűnik meg. Az intézményekben ellátottak egyharmada 24 órás gondozási szükséglettel rendelkezik és közel fele szakápolást igényel. Évek óta rendezetlen a szociális és egészségügyi ellátórendszer kapcsolata a szakápolási feladatok kérdésében és azok finanszírozásában. A szociális ellátórendszer kapacitásproblémái pedig lecsapódnak az egészségügyi ellátórendszer krónikus belgyógyászati és ápolási osztályain [16].

Az országban nagyon kevés geriátriai osztály működik. A geriátria speciális ellátás, amely nem csupán annyit jelent, hogy a betegkör 65 év felettiekből áll, hanem integrált medicínai ismeretanyagon alapuló speciális szemlélettel fordul a betegek felé, amely célja, hogy felismerje a több egyidejűleg fennálló kórfolyamat egymásra hatását, ugyanakkor magában foglal rehabilitációs lehetőségeket az idős egyén életminőségének fenntartása, javítása érdekében [17]. Tekintve, hogy ilyen nagy arányt tesz ki a 65 éven felüliek ellátása, el kellene gondolkodnunk a krónikus és az aktív belgyógyászati ágyak átstrukturálásán, a geriátriai kapacitások bővítésén, a geriátriai szakma vonzóbbá tételén. Mindez azon alapul, hogy pontosan rögzítsük az egyes ellátások feladatait, kereteit, finanszírozását és az egymáshoz való kapcsolódási pontjait (aktív belgyógyászat-geriátria, aktív belgyógyászat-krónikus belgyógyászat, ápolás-szociális intézetben folyó ápolás).

A tevékeny időskor egyik alapeleme az intézményi korlátok lebontása, az idősek képessé tétele az öngondoskodásra. Fontos, hogy egy új rendszer építése során ne csak az intézményesült ellátásokat, hanem olyan ellátási formákat és technikákat is támogassunk, amelyek ezt a célt erősíthetik. A betegek, idősek otthonában nyújtott szolgáltatások kapacitásainak bővítésére van szükség, emellett pedig

a házi segítségnyújtás és az otthoni szakápolás közötti kapcsolatot megerősítésére, illetve koordinációjára [18]. Ehhez a ponthoz hozzátartozik, hogy a legfrissebb Európai lakossági egészségfelmérés eredményei alapján a 65 évesek egyharmada legalább egy tevékenységben korlátozott. Az önellátási problémákkal küzdők 55%-a vesz igénybe segítséget, de 48%-uknak a jelenleginél is több támogatásra lenne szüksége. A 65 év felettiek 40%-ának pedig egyáltalán nincsen segítsége [19]. Mindezek mellett nem tekinthetünk el attól a tényről sem, hogy a 60 év felettiek harmada végez önkéntes munkát (legfőképpen családon belül), de a segítségük kiterjed a barátokra, ismerősökre is. Az idősebb generáció nem csak munkájával, idejével, hanem anyagi transzferekkel is támogatja a fiatalabbakat [20].

Rengeteg lehetőség, kitérés pont van tehát az idősök számára nyújtandó vegyes profilú, integrált ellátások terüle-

tén. Számos nemzetközi és hazai ajánlás segíti a döntéshozókat, a szektorok szereplőit abban, hogy elmozdulás történjen ebben a kérdésben. Tekintettel a demográfiai trendekre, biztosan kijelenthetjük, hogy az idősök ellátásával kapcsolatos feladatok (egészségügyi és szociális ellátási szükségletek) csökkenni nem fognak a következő évtizedekben, így komoly összhangra és együttes fellépésre van szükség, ha valóban tenni szeretnénk valamit. Itt az ideje, hogy az úttalan utak járása helyett, a kijelölt célok mentén, elkezdődjön a párbeszéd, az aktív együttműködés a szereplők között. Majd erre szorosan ráépülve kerüljenek kidolgozásra a szükséges jogszabályok és jogszabály-módosítások, valósuljon meg az intézményi hálózat fejlesztése, melyhez a következő években hathatós segítséget tudnak nyújtani a most induló Széchenyi2020 és Horizon2020 hazai és nemzetközi Európai Unió támogatású programjai.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] OECD, 1998: Maintaining prosperity in an aging society, <http://www.oecd.org/els/public-pensions/2429430.pdf> (2015.11.11.)
- [2] WHO, 2002: Active ageing: A policy framework, http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/ (2015.11.11.)
- [3] 940/2011/EU határozat, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P7-TA-2011-0332+0+DOC+PDF+V0//HU> (2015.11.11.)
- [4] The Ambient Assisted Living (AAL) Joint programme, "More Years, Better Lives" Joint Programming Initiative, <http://www.healthyageing.eu/european-policies-and-initiatives/joint-eu-and-member-states-initiatives> (2015.11.11.)
- [5] European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP AHA), http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing (2015.11.11.)
- [6] http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/reflection_process_cd_en.pdf (2015.11.11.)
- [7] Bondár É: Mit oldhat meg az ápolásbiztosítás? Biztosítás az egészségügyben I, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 49. évf. 4. sz. 2011. október.
- [8] Időügyi Nemzeti Stratégia, 2009: <http://www.parlament.hu/irom38/10500/10500.pdf> (2015.11.11.)
- [9] Tízezer Lépés Program, www.oefi.hu/regiweb/.../Tizezer_lepes_gyaloglo_program_felmeres.doc, (2015.11.11.)
- [10] Az önzetlen segítségnyújtás iskolája, 2011 www.nefmi.gov.hu/download.php?docID=2721 (2015.11.11.)
- [11] Semmelweis Terv, 2010, www.nefmi.gov.hu/download.php?docID=2650 (2015.11.11.)
- [12] Nemzeti Népegészségügyi Program, 2003, <http://www.oefi.hu/nepeuprg.pdf> (2015.11.11.)
- [13] 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- [14] 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- [15] Gresz M, Borbás F, Csordás A, Dózsa Cs: Elemzési javaslatok az idősellátás és az átmeneti ellátások témakörére: A hosszú távú ellátások kapacitás- és igénybevételi adatainak elemzése, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, XIII. évfolyam 2. szám, 2014. március, 7-12. oldal, http://www.imeonline.hu/article/2025/7_12.pdf (2015.11.11.)
- [16] Dózsa Cs, Cseh B, Borcsek B: Szakápolási tevékenység elemzése az időskori bentlakásos szociális intézményekben, IME – META IX. Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia, 2015. június 24.
- [17] Szakács B: Geriátria, Az időskori gyógyászat/egyetemi tankönyv, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2005
- [18] Az integrált ellátás koncepcionális keretrendszere és az integráció lehetőségei az alapellátásban, Orvosi Hetilap, 156(22), 881-887. oldal <http://dx.doi.org/10.1556/650.2015.30157>
- [19] Európai lakossági egészségfelmérés, 2014, KSH, https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/jollet_nemzetkozi.pdf (2015.11.11.)
- [20] Vén Európa – október elseje, az idősök világnapja, Statisztikai Tükör 2015/69, KSH, 2015. október 1., <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/veneuroopa.pdf> (2015.11.11.)

Dr. Gresz Miklós, Farkas Borbás Fanni és Dr. Dózsa Csaba bemutatása lapunk XIII. évfolyamának 2. számában olvasható.