

ESETSZÁMOK VÁLTOZÁSA A JÁRÓBETEGSZAKRENDELÉSEKEN EGY KÓRHÁZI INTEGRÁCIÓ HATÁSÁRA

Tóth-Szivós Etelka, PhD hallgató

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola

e-mail cím: szivosetelka@gmail.com

Absztrakt

A 2011-ben írt Semmelweis Terv, a kórházi integráció magyarországi megvalósításának kézikönyve, leírja, hogy a jó egészség elérése érdekében biztosítani kell az egészség előfeltételeit, a hatékony egészségfejlesztést, az egészségvédelmet, a betegségmegelőzést és a beteg emberek gyógyítását.

Tudományos kutatásunk részterületét képezi az integráció járóbetegellátásra gyakorolt hatásának vizsgálata. Kutatási célunk, hogy összefüggést keressünk a kórházak integrációja, valamint a járóbeteg ellátás keretében szolgáltatást igénybe vevők (esetszámok) között, hipotézisünk, hogy a járóbeteg szakellátás területén az esetszámok emelkedést mutatnak az integrációt követően.

A kvantitatív, retrospektív kutatás a kalocsai Szent Kereszt Kórházban történt, a kutatási adatokat a Medworks egészségügyi rendszerből nyertük. Az adatokat a kutatási folyamat során kritériumok alapján szűrtük, majd Excel táblázatkezelő program segítségével dolgoztuk fel, az adatokat lineáris regressziós modell segítségével elemeztük SPSS-ben.

Vizsgálati idő a 2007.01.01-2019.12.31-ig tartó időszakot dolgozza fel, melynek során összehasonlító elemzést végeztünk az integráció előtti (2007.01.01-2012.12.31.) és integrációt követő időszak (2013.01.01-2019.12.31.) járóbetegszakellátást igénybe vevők esetében.

Az alkalmazott modell szignifikánsnak bizonyult. Az ellátottak számának alakulását 9,2%-ban magyarázza a modell, az integrációt követően havonta átlagosan 12,9 fővel emelkedett az ellátottak száma.

1. Bevezetés

A hazánkban működő egészségügyi ellátórendszer teljesítőképességének határán van, működése változatlan feltételek mellett, hosszú távon a továbbiakban nem fenntartható. (Hegedűs, 2019b)

A Semmelweis Terv összhangban áll a nyugat-európai törekvésekkel, középpontjában a betegségmegelőzés, az egynapos ellátás, a betegközpontú szemlélet áll. Mindez elképzelhetetlen egy hatékony egészségügyi rendszer nélkül, amely magas színvonalú szolgáltatásokat nyújt, tükrözi a korszerűséget, és az ország minden lakosa számára közel azonos feltételek mellett elérhető (Beneda, és mtsai., 2011). A terv egyik legfőbb pillérét képezi a költséghatékony ellátás, megközelítése centralizált, stílusában autokratikus (Hegedűs & Pataki, 2013) (Hegedűs, 2019a). Az integráció fontosságát egy korábbi, 2008-as tanulmányban már a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet Rendszerelemzési Osztálya is megfogalmazta, amely értelemszerűen az integrált ellátás elősegíti a szolgáltatók közötti együttműködést, ezáltal kötelező költségmegtakarítást tesz lehetővé az egészségügyi ellátásban (Waddington & Egger, 2008).

Hegedűs összefoglalja egy korábbi tudományos munkájában, hogy a járóbeteg ellátás integrációja 2013-ban tovább bonyolította az egyes intézmények feladatait, ezáltal előidézve a szakértői támogatás iránti igényt. Vizionálták, hogy a megfelelő együttműködéssel és erőfeszítések árán megvalósíthatóvá válik az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzési munkáját támogató szoftver kifejlesztése. Az integráció hatására elvárt, megvalósítandó faktorként szerepelt egy integrált, egységes szemlélet kialakítása, átlátható adatszolgáltatás, mérhető teljesítmény és értékelési elv kidolgozása, valamint egymás munkájának támogatása, a költségvetési minősítésű ellenőrök szakmai státuszának emelése (Hegedűs, 2013) (Hegedűs, 2015).

„Az integrált ellátás elősegíti az ellátók közötti együttműködést, így lehetővé válnak a kötelező költségmegtakarítások az egészségügyben.” (GYEMSZI, Rendszerelemzési Főosztály, 2012.p.8)

A vizsgálat célja, hogy választ kapjunk arra, hogy a Semmelweis Tervben megfogalmazott célok megvalósultak-e a kórházi integrációs modellek elindítása kapcsán, úgymint hatékonyság, igazságosság, területi ellátási egyenlőtlenségek csökkentése (Semmelweis Terv, 2011.)

Saltman,R.B.–Durán,A.–Dubois,F.W (2011) által összefoglalt tanulmány elővetít egy jövőképet, mely nyolc ország egészségügyi rendszerét vizsgálja annak érdekében, hogy egy koherens és hatékony intézményi stratégia milyen módon alakítható ki.

A Kalocsai Szent Kereszt Kórház, valamint a Kiskunfélegyházi Kórház 2013. február 01-én beolvasással integrálódott a Bács-Kiskun Megyei Kórházba (továbbiakban BKMK), így az első integrációs modellek között szerepel. Az integráció óta eltelt időszak objektív képet festhet a Semmelweis Terv megvalósíthatóságáról, a terv hatékonyságáról. Elsősorban a kalocsai telephely oldalról vizsgáltuk a célok megvalósulását, jelen vizsgálat keresztmetszetének középpontjában azon feltételezés áll, miszerint a járóbeteg szakellátás területén az esetszámok emelkedést mutatnak az integrációt követően.

Az integrációt megelőző időszakban a kalocsai telephely szakorvos hiányában nem tudta helyben biztosítani bizonyos szakrendelések tekintetében a betegek szakellátását, ennek következtében a betegeknek a 90 km-re távolabb lévő kecskeméti kórházba kellett, hogy utazzanak bizonyos szolgáltatások igénybevételéhez. Az integrációt követően egyes szakrendelések tekintetében ez a tendencia megváltozott. Az integrációval gyakorlatilag megváltozott a kalocsai telephely TEK-je, a kiszorgálandó területek kiegészültek az integrációban résztvevő kórházak, így a Bács-Kiskun Vármegyei, valamint a Kiskunfélegyházi Kórházak TEK-jével.

2. Vizsgálati anyag és módszer

A kvantitatív, retrospektív kutatás a kalocsai Szent Kereszt Kórházban történt, a kutatási adatokat a Medworks egészségügyi rendszerből nyertük. Az adatokat a kutatási folyamat során kritériumok alapján szűrtük, majd Excel táblázatkezelő program segítségével dolgoztuk fel.

Az adatgyűjtés dokumentumelemzéssel történt, melynek célcsoportja a 2007.01.01-2019.12.31-ig a Bács-Kiskun Megyei Kórház Kalocsai Szent Kereszt Kórház Telephelyén járóbeteg szakrendelésén megjelent Kalocsa területi ellátási kötelezettsége alá eső betegek voltak.

Beválasztási kritérium: 0-99 éves életkor, férfiak, nők, területi ellátási kötelezettség alá tartozó szolgáltatást igénybe vevők.

Kizárási kritérium: területi ellátáson kívüli egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők.

Tudományos kutatásunk részterületét képezi az integráció járóbetegellátásra gyakorolt hatásának vizsgálata. Az integrációban részt vett, vizsgált egészségügyi intézmény, a Kalocsai Telephely Járóbeteg Struktúráját az **1. számú táblázat** mutatja be.

BKMK Kalocsai telephelye járóbeteg ellátó és diagnosztikai egységek OEP finanszírozási kódjai				
OEP kód	OEP név	Szakorvosi óra	Nem szakorvosi óra	Szakma
030114603	Sürgősségi betegellátás - Kalocsa	0		0046
030120108	Belgyógyászat Kalocsa	30		0100
030123005	Általános diabetológia Kalocsa	11		0103
030120117	Belgyógyászat III. - Diabetológia	8		0100
030123103	Gasztroenterológia Kalocsa	20		0104
030120118	Belgyógyászat IV. - Gasztroenterológia	10		0100
030123703	Nefrológia Kalocsa	10		0105
030120204	Általános sebészet I. Kalocsa	20		0200
030120210	Általános sebészet II. Kalocsa	35		0200
030120306	Traumatológiai szakrendelés Kalocsa	5		1002
030120413	Általános szülészeti nőgyógyászat Kalocsa	28		0400
030120414	Terhesgondozás Kalocsa	2		0400
030120503	Csecsemő és gyermekgyógyászat Kalocsa	25		0500
030120604	Fül-orr-gégészeti Kalocsa	30		0600
030125643	Audiológia Kalocsa	20		0601
030120706	Szemészet Kalocsa	30		0700
030120804	Általános bőrgyógyászat Kalocsa	18		0800
030120907	Általános neurológia Kalocsa	36		0900
030125613	EEG és EMG diagnosztika Kalocsa	15		0904
030121104	Urológia Kalocsa	30		1100
030121403	Reumatológia Kalocsa	39		1400
030125501	Aneszteziológia Kalocsa	5		1501
030121803	Pszichiátria I. Kalocsa	23		1800
030121805	Pszichiátria II. Kalocsa	18		1800
030121907	Tüdőgyógyászat Kalocsa	19		1900
030124004	Kardiológia Kalocsa	15		4000
030120119	Belgyógyászat V. - Kardiológia	12		0100
030125017	Laboratórium Kalocsa	30		5000
030125117	Központi RTG Kalocsa.	20		5100
030125315	Ultraszound Kalocsa	31		5301
030125333	Echokardiográfia Kalocsa	10		5303
030125317	Nőgyógyászati ultrahang Kalocsa	4		5304
030125412	Kórbonctan és kórszövettan Kalocsa	15		5400
030125442	Aspirációs cytológia Kalocsa	5		5403
030127415	Gyógytorna Kalocsa		30	5711
030127423	Gyógytorna Kalocsa		30	5712
030125709	Általános fizio. És mozgásterápia Kalocsa		39	5722
030126111	Transzfúziológia Kalocsa	5		6101
030127101	Pszichológia szakrendelő Kalocsa		30	7100
030126012	Foglalkozás Eü. Kalocsa	15		2502
0301G0803	Bőr és Nemibeteg gondozó Kalocsa	12		Q08
0301G1803	Pszichiátriai gondozás Kalocsa	12		Q18
0301G1904	Tüdőgyógyászat Kalocsa	10		Q19
összesen		683	129	

11. táblázat A kalocsai telephely járóbeteg struktúrája

Forrás: Saját szerkesztés

A **2. számú táblázat** mutatja be a kalocsai telephely járóbeteg forgalmiadatait, esetszámait 13 év távlatában.

Kalocsai telephely Járóbeteg forgalmi adatok, esetszámok 2007.01.01-2019.12.31.													
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Január	27 799	25 114	24 708	23 057	23 145	25 546	25 530	26 230	25 565	23 244	25 029	25 812	25 281
Február	23 734	23 601	24 545	23 584	22 051	22 158	23 384	24 139	23 923	22 635	22 716	22 114	22 674
Március	22 588	22 284	27 379	25 647	23 168	25 150	23 025	24 999	26 798	24 759	25 683	22 737	23 939
Április	21 217	26 969	24 990	24 009	21 389	23 118	24 152	24 339	25 399	25 107	20 353	22 514	23 082
Május	23 581	22 411	22 990	22 507	24 526	24 720	24 068	24 213	23 128	24 368	25 828	25 364	24 789
Június	20 954	24 030	23 579	23 781	21 952	23 307	21 901	22 036	24 935	23 827	22 558	21 938	20 306
Július	19 838	22 388	20 578	20 019	18 675	20 831	21 816	22 694	21 301	19 366	18 808	20 037	19 680
Augusztus	19 778	17 784	19 167	19 851	21 130	21 202	20 044	19 365	17 821	20 888	20 174	19 497	17 911
Szeptember	21 047	24 136	24 500	23 419	22 420	21 352	21 963	24 660	24 102	24 140	22 315	21 365	21 935
Október	24 696	24 050	23 600	22 544	22 575	23 220	23 953	24 449	23 228	23 028	23 344	23 273	24 000
November	23 246	23 965	24 364	22 721	24 418	23 483	23 449	23 773	23 671	24 363	23 090	23 292	22 244
December	18 544	21 180	19 771	18 482	19 951	18 264	18 790	20 307	19 237	19 698	17 716	17 278	17 108
összesen	267 022	277 912	280 171	269 621	265 400	272 351	272 075	281 204	279 108	275 423	267 614	265 221	262 949

12. táblázat Járóbeteg forgalmi adatok a kalocsai telephelyen 2007. január 01-2019. december 31-ig

Forrás: Saját szerkesztés MedWorks medikai rendszerből

A kalocsai Szent Kereszt Kórházban az integráció hatását vizsgáltuk a Járóbeteg szakellátás esetszámainak (ellátott betegek száma) alakulására tekintettel, ahol az adatokat lineáris regressziós modell segítségével elemeztük SPSS-ben (**3. számú táblázat**).

Modell összefoglaló ^b										
Modell	R	R négyzet	Korrigált R négyzet	A becslés std. hibája	Változás statisztikák					Durbin-Watson
					R négyzet változás	F változás	df1	df2	Sig. F változás	
1	,403 ^a	0,162	0,092	18,804882	0,162	2,304	12	143	0,01	1,415
a. Előrejelzők: (december, Integráció, november, október, szeptember, augusztus, július, június, május, április, március, február.										
b. Függő változó: Anaesthesiológia										
Együtthatók ^a										
Modell		Nem szabványosított együtthatók		Standardizált együtthatók	t	Sig.	95,0%-os konfidenciaintervallum a B		Kollinearitási Statisztika	
		B	Std. hiba	Béta			Alsó határ	Felső határ	Tolerancia	VIF
1	(Állandó)	44,952	5,463		8,228	0,001	34,153	55,751		
	Integráció	12,959	3,02	0,328	4,291	0,001	6,989	18,929	1	1
	Február	-1,141	7,376	-0,016	-0,155	0,877	-15,721	13,439	0,545	1,833
	Március	11,377	7,376	0,16	1,543	0,125	-3,202	25,957	0,545	1,833
	Április	7,918	7,376	0,111	1,073	0,285	-6,662	22,498	0,545	1,833

Május	3,22	7,376	0,045	0,437	0,663	-11,36	17,8	0,545	1,833
Június	-2,934	7,376	-0,041	-0,398	0,691	-17,513	11,646	0,545	1,833
Július	1,502	7,376	0,021	0,204	0,839	-13,077	16,082	0,545	1,833
Augusztus	0,813	7,376	0,011	0,11	0,912	-13,767	15,393	0,545	1,833
Szeptember	4,944	7,376	0,069	0,67	0,504	-9,636	19,524	0,545	1,833
Október	9,439	7,376	0,133	1,28	0,203	-5,14	24,019	0,545	1,833
November	4,251	7,376	0,06	0,576	0,565	-10,329	18,831	0,545	1,833
December	10,625	7,376	0,149	1,44	0,152	-3,955	25,204	0,545	1,833

a. Függő változó: Anaesthesiológia

13. táblázat Járóbeteg szakellátás esetszámok elemzése

Forrás: Saját szerkesztés SPSS-ből

A modell függő változója az ellátott betegek száma (fő/hó) a 2007.01.01-2019.12.31 közötti időszakban.

A modell független változói:

- az egyes hónapok dichotóm változói (január-december) (a modellekből a januári hónap változója elhagyásra került, ehhez került viszonyításra a többi hónap);
- a 2013.01.01-től bekövetkezett integráció dichotóm változója (Integráció: 0=integráció előtti hónap, 1=integrációt követő hónap).

3. Eredmények

A modell szignifikáns, melyet a **4. számú táblázatban** mutatunk be.

Kalocsa járóbeteg szakellátás forgalmi adatainak elemzése 2007.01.01-2019.12.31.		
Független változó	Béta	t-érték
Allandó	44,952	8,228 (***)
Integráció	12,959	4,291 (***)
Február	-1,141	-0,155
Március	11,377	1,543
Április	7,918	1,073
Május	3,220	0,437
Június	-2,934	-0,398
Július	1,502	0,204
Augusztus	0,813	0,110
Szeptember	4,944	0,670
Október	9,439	1,280
November	4,251	0,576
December	10,625	1,440

F = 2,304 (***), korrigált R² = 0,092
 (***) - p < 0,001; ** - p < 0,01; * - p < 0,05)

14. táblázat Kalocsai Telephely Járóbeteg Szakellátás forgalmi adatainak elemzése

Forrás: Saját szerkesztés SPSS-ből

Az ellátottak számának alakulását 9,2%-ban magyarázza (F = 2,304; p < 0,001, korrigált R² = 0,092). A modellben az integráció változója szignifikáns, az integrációt követően **havonta átlagosan 12,9 fővel emelkedett az ellátottak száma** (t = 4,291; p < 0,001). A szezonális hatásokat reprezentáló hónapok változói közül egyik sem bizonyult szignifikánsnak, nincs szezonális hatás az ellátásban. A tényleges statisztikai elemzést a **5. számú táblázat** mutatja be.

Modell összefoglaló ^b										
Modell	R	R négyzet	Korrigált R négyzet	A becslés std. hibája	Változás statisztikák					Durbin-Watson
					R négyzet változás	F változás	df1	df2	Sig. F változás	
1	,403 ^a	0,162	0,092	18,804882	0,162	2,304	12	143	0,01	1,415
a. Előrejelzők: (december, Integráció, november, október, szeptember, augusztus, július, június, május, április, március, február.										
b. Független változó: Anaesthesiológia										
Együtthatók ^a										
Modell		Nem szabványosított együtthatók		Standardizált együtthatók	t	Sig.	95,0%-os konfidenciaintervallum a B		Kollinearitási Statisztika	
		B	Std. hiba				Alsó határ	Felső határ	Tolerancia	VIF
1	(Állandó)	44,952	5,463		8,228	0,001	34,153	55,751		
	Integráció	12,959	3,02	0,328	4,291	0,001	6,989	18,929	1	1
	Február	-1,141	7,376	-0,016	-0,155	0,877	-15,721	13,439	0,545	1,833
	Március	11,377	7,376	0,16	1,543	0,125	-3,202	25,957	0,545	1,833
	Április	7,918	7,376	0,111	1,073	0,285	-6,662	22,498	0,545	1,833
	Május	3,22	7,376	0,045	0,437	0,663	-11,36	17,8	0,545	1,833
	Június	-2,934	7,376	-0,041	-0,398	0,691	-17,513	11,646	0,545	1,833
	Július	1,502	7,376	0,021	0,204	0,839	-13,077	16,082	0,545	1,833
	Augusztus	0,813	7,376	0,011	0,11	0,912	-13,767	15,393	0,545	1,833
	Szeptember	4,944	7,376	0,069	0,67	0,504	-9,636	19,524	0,545	1,833
	Október	9,439	7,376	0,133	1,28	0,203	-5,14	24,019	0,545	1,833
	November	4,251	7,376	0,06	0,576	0,565	-10,329	18,831	0,545	1,833
	December	10,625	7,376	0,149	1,44	0,152	-3,955	25,204	0,545	1,833
a. Független változó: Anaesthesiológia										

15. táblázat Járóbeteg Szakellátás esetszámok elemzése

Forrás: Saját szerkesztés SPSS-ből

4. Összegzés

Erős (2011) által írt cikk álláspontja szerint, az egészségügyi rendszer működésének hatékonyabbá tétele érdekében az első teendő, feltárni az érintett szakmák tekintetében azokat a problémákat, amelyek megakadályozhatják a színvonalas munkát.

A tanulmány célja annak bemutatása volt, hogy Magyarországon, a Dél-Alföldi régióban, Kalocsa város és közel 68 000 lakosa számára, a kórházi integrációval megvalósultak-e a Semmelweis Tervben előírt célkitűzések, úgy, mint az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés, hatékonyság.

A tanulmány közel másfél évtizedes speciális vizsgálatot képvisel a magyarországi egészségügyi ágazatban, összehasonlítást végezve az integrációt megelőző időszakot, az integrációt követő időszakokkal. A tanulmány próbált azon egyéni igényből fakadó kényszernek megfelelni, hogy a Semmelweis Terv céljait követve, egy ma már telephelyként működő, korábbiakban önálló kórházként funkcionáló szolgáltató esetében az integráció hatását vizsgálja a járóbeteg szakrendelések igénybevételének tekintetében.

A vizsgálat nem mérte közvetlen hatásait az integráció távolabbi gazdasági hatásainak tükrében, azonban következtetések így levonhatóak.

A mikroszinten kedvező egészségügyi feltételek megteremtése döntő szerepet játszik a termelékenység és ezáltal a makroszintű gazdasági teljesítmény fokozásában (Bloom & Canning, 2000).

A kutatás alapján az integráció kézzelfogható előnyökkel járt, mint például az egészségügyi ellátás területi egyenlőtlenségek mérséklése.

A Semmelweis Terv hatékonyságra, méltányosságra és az ellátás területi egyenlőtlenségeinek csökkentésére vonatkozó célkitűzéseivel összhangban a kórházi integráció hatékonyan lehetővé tette a helyi lakosság számára, hogy magas színvonalú járóbeteg szakellátási szolgáltatásokhoz jusson, anélkül, hogy a költségek növelésére lenne szükség.

Az ellátás területi egyenlőtlenségei nagymértékben csökkentek.

A jóléti rendszerek az erőforrások hiánya miatt csak részben képesek alkalmazkodni a változásokhoz, ezért az egészségügyi integráció önmagában nem értékelhető (Josep, Martin, Suszy, & et al., 2008). Josep és munkatársai 2008-ban közzétett kutatási eredménye helytálló, azonban az allokációs technikák alkalmazása segítheti az erőforrások elosztásának helyes megválasztását, melyre példaként szolgálhat jelen kutatás.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyi Államtitkársága struktúra-átalakítás tervzetének egyik alappillére, egy megyei integrált ellátó rendszer kialakítása, melyhez olyan intézkedések kapcsolódnak, amelyek a betegellátás javításához szükségesek (EMMI, 2021) (Hegedűs, 2017).

5. Új tudományos eredmények

A modell az országban úttörő integrációs kezdeményezést képvisel. Ez az egyedülálló kontextus kiemeli a tanulmány fontosságát, mivel empirikus bizonyítékokat és visszajelzéseket szolgáltat, amelyek elengedhetetlenek az integrációs erőfeszítések hatékonyságának értékeléséhez, amint azt a Semmelweis Terv is felvázolja.

Teljes kutatásunk során olyan mutatókat képeztünk, melyek segíthetik az integrációs törekvések megértését, ennek egy szegmensét mutatja be jelen vizsgálat.

Hipotézisünk vizsgálatának eredménye, mely szerint a járóbeteg szakellátás területén az esetszámok emelkedést mutatnak az integrációt követően, **igazolódott**. A vizsgált időszak 13 évet ölelt át. A szignifikáns eredményeket mutató lineáris regressziós modell bebizonyította, hogy az integrációt követően havonta átlagosan 13 fővel emelkedett az ellátott esetek száma a kalocsai telephely Járóbeteg Szakrendeléseiben.

Tekintettel a hasonló tanulmányok hiányára, valamint a valós adatok és visszajelzések kulcsfontosságú szerepére a jövőbeli integrációs stratégiák kialakításában, a tanulmány eredményei jelentős értéket képviselnek az egészségügyi integrációval kapcsolatos tudásanyag bővítése kapcsán. A tanulmányból nyert meglátások nemcsak az egyes kórházak szintjén megvalósuló integráció konkrét eredményeire és következményeire világítanak rá, hanem alapként szolgálhatnak a későbbi integrációs törekvések irányításához az egész magyarországi egészségügyi ellátásban.

6. Kutatás korlátai

A kutatási időszak (2007. január 1. és 2019. december 31. között) nem feltétlenül ragadja meg a hosszú távú hatásokat vagy a betegek demográfiájában és egészségügyi szükségleteiben bekövetkező esetleges változásokat. Továbbá, a tanulmány egy kórház aspektusából vizsgálja az integráció kapcsán jelentkező hatásokat, az egészségügyi ellátást és a betegek eredményeit befolyásoló egyéb tényezőket nem vettük teljes mértékben figyelembe.

A jövőbeni kutatásoknak fel kell tárnuk a kórházi integrációnak a betegellátás eredményeire gyakorolt tartós hatásait a kezdeti végrehajtási szakaszon túl. Bár ez a tanulmány kiemeli a kórházi integráció kézzelfogható előnyeit a betegellátás javításában és az egészségügyi

méltányosság előmozdításában, további kutatásokra van szükség a hosszú távú hatások teljes megértéséhez és a jövőbeli egészségügyi politika és gyakorlat tájékoztatásához.

Irodalomjegyzék

- Beneda, A., Bíró, M., Burány, B., Cserhádi, P., Egresits, T., Gaál, P., Vokó, Z. (2011): Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. 4-133. Budapest, Pest, Magyarország: Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság. <https://www.scribd.com/document/50782944/Semmelweis-Terv-pdf-letoltes> Letöltve: 2025.07.15.
- Bloom, D., & Canning, D. (2000): The Health and Wealth of Nations. 287. évf. 5456 sz., 1207-1209. doi: 10.1126/science.287.5456.1207 <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20002011093> Letöltve: 2025.07.15.
- EMMI (2021): Egészséges Magyarország 2021-2027. Emberi Erőforrások Minisztériumának Államtitkársága. Budapest: EMMI. https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/HUN_Hungary_Healthy-Hungary-Health-Sector-Strategy_2021-2027.pdf Letöltve: 2025.07.15.
- Erős D.Z (2011): Integrált betegellátás-de hogyan? <http://vaol.hu/hirek/integralt-betegellatas-de-hogyan-1229883> Letöltve: 2025.07.15.
- GYEMSZI - Rendszerelemzési Főosztály (2012): Integrált ellátási modellkísérlet Londonban. <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=2839> Letöltve: 2025.07.15.
- Hegedűs, M. (2017): Az egészségügy átalakításának dilemmái. Fata, I.; Kissné, Budai R.: Oknyomozó tudomány : Tudományos Mozaik 13. kötet. Budapest, Magyarország : Tomori Pál Főiskola. 231 p. pp. 86-105. , 19 p.
- Hegedűs, M. (2015): Az egészségügy intézményi rendszerében végbement és folyamatban lévő integrációs folyamatok gazdasági hatásainak értékelő elemzése. NymE KTK Széchenyi István Gazdálkodás- és Szerveztudományi Doktori Iskola, Pataki László <http://doktori.uni-sopron.hu/id/eprint/505/> Letöltve: 2025.07.15.
- Hegedűs M. (2013): Az egészségügyi szolgáltatók könyvvizsgálatának módszertani kérdései. SZÁMVITEL ADÓ KÖNYVVIZSGÁLAT: SZAKMA 55: 2 pp. 83-85., 3 p.
- Hegedűs, M. (2019a): Az egészségügyi szektor gazdasági helyzetképe és a hálapénz szerepe. Gazdaság és társadalom/Journal of Economy & Society, 4., 5-30. https://www.epa.hu/05000/05050/00087/pdf/EPA05050_get_2019_04_005-030.pdf Letöltve: 2025.07.15.
- Hegedűs, M. (2019b): A versenyképességi problémák Magyarországon 2019-ben. Veresné, Somosi M., Lipták, K.: „Mérleg és Kihívások” XI. Nemzetközi Tudományos Konferencia. Miskolc. Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar (2019) 565 p. pp. 130-141. , 12 p. Konferenciaközlemény (Könyvrészlet).
- Hegedűs, M., & Pataki, L. (2013): Az egészségügy átalakításának és finanszírozásának kérdései. Növekedés és egyensúly. In H. M. (Szerk.), Kautz Gyula emlékkonferencia. https://www.researchgate.net/publication/374531685_Az_egeszsegugy_atalakitanak_es_finanszirozasanak_kerdesei Letöltve: 2025.07.15.
- Josep, F., Martin, M., Suszy, L., & et al. (2008): Egészségügyi rendszerek, egészség és jólét: az egészségügyi rendszerekbe való befektetés eseteinek értékelése. WHO, 11-71. Koppenhága, Dánia: Európai Regionális Iroda, az egészségügyi rendszerek és politikák

európai megfigyelő központja. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347997/WHO-EURO-2008-3962-43721-61507-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Letöltve: 2025.07.15.

Saltman,R.B.–Durán,A.–Dubois,F.W (2011): Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No. 25. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf Letöltve: 2025.07.15.

Waddington, C., & Egger, D. (2008): Integrated Health Services – What and Why? Technical Brief No.1. Department of Health System Governance and Service Delivery, 1-8. https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Docs_Ppt_Apr2014/10_session_chil_d_health_services/Apr2014_session10_integrated_health_services.pdf Letöltve: 2025.07.15.