

Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzatának
Egészségügyi Konceptiója

„Szeresd az egészségedet, mert ez a jelen.
Védd a kisgyermeket, mert ez a jövő.
Őrizd szüleid egészségét! – mert
a múlton épül fel a jelen és a jövő.”

Dunaújváros, 2010. február 11.

I. Bevezetés

Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzata felelős és elkötelezett lakossága egészségi állapotának, és az egészségügyi ellátás szakmai feltételeinek és színvonalának javításában. Ennek megfelelően 2000 – 2004. évekre már elkészítette Egészségügyi Konceptióját.

Az eltelt időszakban bekövetkezett jelentős jogszabályi, gazdasági, szervezeti és szakmapolitikát érintő változások teszik szükségessé, hogy az Önkormányzat újra végiggondolja és megfogalmazza saját programját.

Egy társadalmat – köztük annak kisebb egységét, egy települést – minősít sok egyéb tényező mellett az ott élő emberek közérzete, és a közérzetet döntően befolyásoló egészségügyi állapot.

A Magyar Köztársaság Alkotmányának 70/D. § (1) bekezdése értelmében: „A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.”

Az emberi egészség az ember testi, lelki állapotának és szociális helyzetének egyensúlya. Az egyik legfontosabb emberi érték, olyan erőforrás, amely nélkül a társadalom gazdasági alapjának fejlődése, növekedése megtorpanhat, az egyén pedig nem élhet teljes életet. A lakosság egészségügyi állapotának alakulásában az egészségügyi intézményrendszer felelőssége nem elhanyagolható. Ezért az egészségügyi intézményrendszert alkalmassá kell tenni arra, hogy a leghatékonyabban szolgálja a lakosság egészségi állapotának javítását, megőrzését.

Az egészség érték, és ez nem csak az egyén, hanem az egész társadalom értéke. A statisztikai adatok szomorú képet adnak a tekintetben, hogy az utóbbi években tovább romlott a helyzet a magyar lakosság és azon belül a felnőttek korai halálozása tekintetében. A népesség egészségi állapotának válságos helyzete kihat az ország gazdasági helyzetére. Károsan befolyásolja a munkaerő mennyiségét és minőségét, erőteljesen növeli az egészségügyi és szociális kiadásokat, kedvezőtlenül hat az egyes állampolgárok, családok életének minőségére. Tudjuk, hogy a gazdasági fejlődés, a versenyképesség fontos tényezője az egészséges,

megfelelően képzett egyén, aki fizikai és szellemi teljesítőképességének javát tudja nyújtani.

Az egészségügyi koncepció célja a város egészségügyi ellátásának elemzése, és ennek alapján az elkövetkezendő időszak egészségügyi céljainak, feladatainak meghatározása.

II. Az egészséget befolyásoló tényezők

Az egészség egyik legfontosabb értékünk, mely nem csupán a betegség, rokkantság hiányát jelenti, hanem a teljes fizikai, mentális és szociális jólétét.

Az egészséget befolyásoló tényezők:

- **Adottság**
genetikai tényezők
nem
életkor
- **Szociális és gazdasági tényezők**
munkanélküliség
szegénység
szociális kirekesztettség
- **Környezet**
gazdasági környezet
szociális környezet
lakáshelyzet
levegő minősége
- **Életmód**
táplálkozás
fizikai aktivitás
stressz
alkohol
dohányzás
drog
- **Szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetősége**
egészségügyi ellátás
szociális szolgáltatások
oktatás
közlekedés
szabadidő

Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy megértsék és növeljék befolyásukat saját egészségük meghatározói felett annak érdekében, hogy egészségük jobb legyen.

A társadalomnak javítani kell az egészséget befolyásoló, az egyéntől független szolgáltatások színvonalán, a hozzáférés lehetőségének bővítésén. Az egészségfejlesztés tehát nem csak az egészségügy kötelezettsége, hanem a társadalomé is, és az egészséges életmódon túl a jólétig terjed.

III. Helyzetelemzés

3.1 **Infrastrukturális adatok**

Városi utak hossza:	120,3 km
Területe:	707,286 m ²
Városi járdák hossza:	140,7 km
Területe:	308,930 m ²
A városi kerékpárutak hossza:	8,0 km
Területe:	14,758 m ²
Vízvezetékek hossza:	131 km
Csatorna hossza:	168 km
A város vezetékes ivóvíz-ellátottsága:	97,3 %
Közcsatorna-ellátottsága:	91,4 %
Földgáz ellátottsága:	94,7 %
Villamos energia ellátottsága:	100 %

Zöldfelületek

Városi parkok:	1.636.910 m ²
Ebből gyepfelület:	1.156.700 m ²
Cserje, sövény:	188.600 m ²
Virág:	18.590 m ²
Erdőterület:	3.463.000 m ²

3.2 Demográfiai adatok

A kezdeti dinamikus népességnövekedést követően 1987-től Dunaújváros népességének tartós csökkenése tendenciává vált, 2003. évre a lakónépesség száma 53.023 főre csökkent, és ezt követően évenként az alábbiak szerint változott :

Dunaújváros lélekszámának alakulása (minden év január 1. állapot szerint)							
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
53.023	52.426	52.103	51.457	50.730	49.589	49.531	48.531

A város népesség csökkenése ellenére is Magyarország legsűrűbben lakott városai közé tartozik. A népsűrűség 2008-ban 933,97 fő/km² volt szemben a Közép Dunántúli régió átlagos népsűrűségével, mely 99 fő/km². A nagy népsűrűség oka, hogy a városban különösen magas a többszintes (4-10 emeletes) házak aránya, s e mellett kicsi – 5.266 hektár - a város közigazgatási területe.

Dunaújvárosban a népesség természetes fogyása tapasztalható. A város népességét 1977-től 1994-ig az élve születések folyamatos csökkenése ellenére a természetes szaporodás növelte. 1995-től a természetes növekedés megállt és a halálozások 3 évtizede tartó lassú, de folyamatos emelkedése miatt ellenkező irányba fordult. Az 1990-es évek második felétől napjainkig az alacsony és csökkenő élve születések száma jellemző. A 2005-ös és 2006-os átmeneti emelkedést 2007-től újra a születések számának csökkenése jellemzi. 2000-ben mindössze 426 gyermek született, 2009-ben már csak 389.

Természetes szaporulat										
térség	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dunaújváros	426	435	410	389	388	449	475	363	388	389

A város demográfiai adatai vitathatatlanul jelzik a népesség öregedését. A változás kedvezőtlenül érinti a város korstruktúráját, olyannyira, hogy míg 1998-ban a 60 évnél idősebbek aránya alapján a város „fiatalabb” volt társainál, addigra 2001-re már „előregedett”.

térsg	60 éves és idősebb népesség aránya az állandó népességből					
	1998	1999	2000	2001	2007	Változás %-a 1998-2001
Dunaújváros	17,5	-	-	19,2	22,1	+1,7
Fejér megye	17,7	17,9	18,2	18,4	n.a.	+0,7
Ország	19,7	19,8	20,0	20,1	n.a.	+0,4
Városok (-Bp.)	18,0	-	-	18,9	n.a.	+0,9

Az átlagosnál intenzívebb öregedés a kiugróan kedvezőtlen migrációval hozható összefüggésbe, mely elsősorban a mobilisabb, fiatal generációt érinti, maga után hagyva a városban az idősebb nemzedékeket. Az öregedési folyamat eredményeképpen a korösszetétel az 1949-es, a városépítés előtti állapotoknál is rosszabb. A fiatal 0-18 éves korosztály arányának drasztikus csökkenése alapján megállapítható, hogy a népesség reprodukciója nem biztosított.

A népesség-nyilvántartásból nyert adatok szerint a 0-18 éves korosztály létszámadatai 2002-től 2009-ig az alábbiak szerint változtak:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
(fő)	10.278	9.980	9525	9337	9011	8494	8380	8022
fiú	5.307	5.130	4898	4826	4637	4486	4333	n.a.
lány	4.971	4.850	4627	4511	4374	4008	4047	n.a.

A gyermekkorúak összlakossághoz mért arányszáma 1990-től 2003-ig 22,7%-ról 13,96%-ra, majd ez az arány 2005-re 13,19%-ra, míg 2006-ra 12,83%-ra süllyedt. A 0-18 évesek esetében szintén jól látszik az arányok erőteljesen csökkenő tendenciája, mivel 2000-ben 19,91%, 2003-ban 18,82%, 2005-ben 17,92%, 2006-ban 17,51%, 2007-ben 16,74%, 2008-ban 16,89%, 2009-ben pedig 16,19% volt a kiskorúak összlakossághoz mért aránya.

Az alábbi táblázat további részletezését adja az egyes korcsoportok utóbbi 8 évben bekövetkezett létszámváltozásainak:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-3 éves korig	1.270	1.247	1.207	1.255	1.315	1.296	1673	1168
Ebből: fiú:	665	640	632	674	694	683	895	n.a.
lány:	605	607	575	581	621	630	778	n.a.
4-7 éves korig	2.191	2.097	2.002	2.007	1.982	1.968	1542	1522
Ebből: fiú:	1.145	1.084	1.040	1.058	1.047	1.034	791	n.a.
lány:	1.046	1.013	962	949	935	934	751	n.a.
8-14 éves korig	4.232	4.061	3.839	3.614	3.310	3.062	2877	2752
Ebből: fiú:	2.126	2.067	1.950	1.830	1.683	1.587	1506	n.a.
lány:	2.106	1.994	1.889	1.784	1.627	1.475	1371	n.a.
15-18 éves korig	2.585	2.575	2.477	2.461	2.404	2.368	2288	2125
Ebből: fiú:	1.371	1.339	1.276	1.264	1.213	1.182	1141	n.a.
lány:	1.214	1.236	1.201	1.197	1.191	1.186	1147	n.a.

Ilyen mértékű fogyás esetén számolni kell azzal, hogy a felnövő korosztályok száma kisebb lesz, mint a mostani munkaképes korcsoportoké. Az öregkorúak száma folyamatos növekedést mutat, ami a születések, a halálozások csökkenésének és a vándorlási korstruktúrának a következménye.

A 19 éves kor feletti lakosság életkor megoszlás szerinti adatait a 2008. és 2009. évekre az alábbi táblázat szemlélteti:

Életkor	2008	2009
19 – összesen	41.209	40.509
Ebből: férfi	19.296	n.a.
nő	21.913	
19 – 60 éves korig összesen	30.494	30.677
Ebből: férfi	15.241	n.a.
nő	15.253	
61 – összesen	10.715	10.832
Ebből: férfi	4.055	n.a.
nő	6.660	

A következő táblázatban bemutatásra kerül a 2008-as és a 2009-es évek tekintetében Dunaújváros összes lakosságának kor szerinti megoszlása:

Életkor	2008	2009	%
összes lakosság	49.589	49.531	0,998
0 – 18-ig	8.380	8.022	0,957
19 – 60-ig	30.494	30.677	1,006
61 –	10.715	10.832	1,109

Megfigyelhető, hogy a csökkenés a 0 – 18 éves korosztályt érinti, a 19 – 60 éves korig a népesség aránya lényegében nem változott, és a 61 éves kor felettiéknél növekedés tapasztalható.

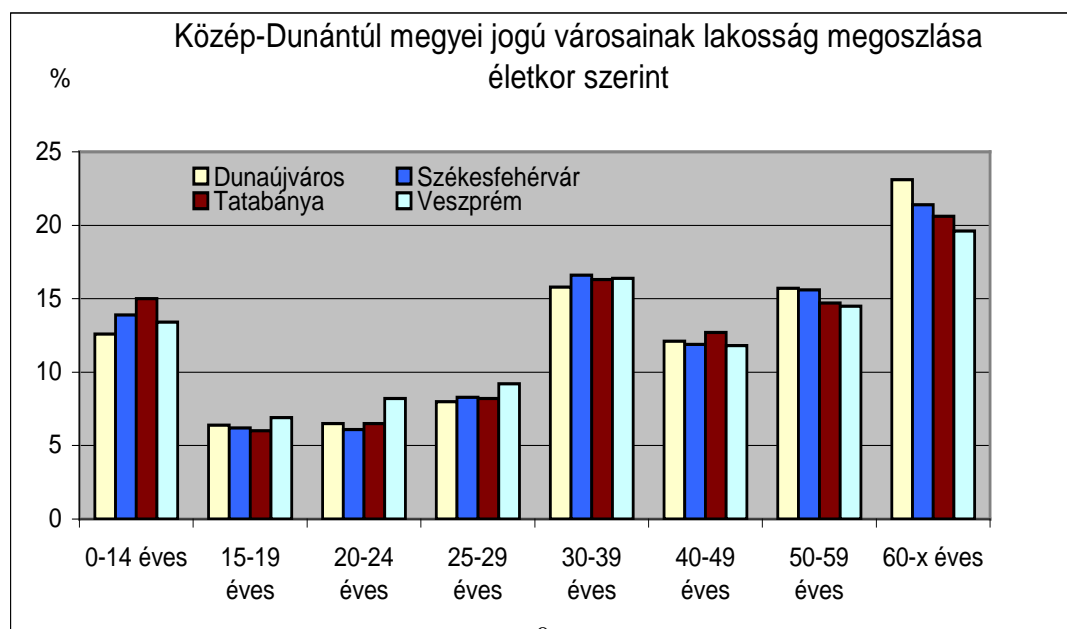
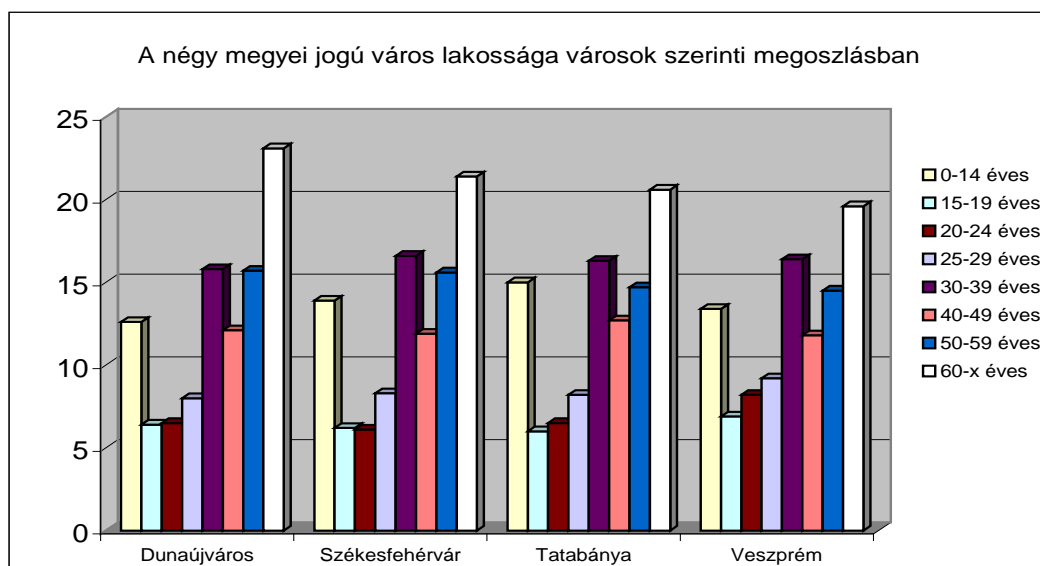
A KSH Regionális Igazgatósága a Közép-Dunántúli régió négy megyei jogú városáról (Dunaújváros, Tatabánya, Veszprém, Székesfehérvár) hasonlított össze lakónépességre vonatkozó és népmozgalmi adatokat, melyeket az alábbi táblázatok és grafikonok mutatják.

Megnevezés	Dunaújváros	Székesfehérvár	Tatabánya	Veszprém	Megyei jogú városok átlaga
Élveszületések (ezer lakosra)	7,8	9,8	10,7	9,3	9,6
Halálozások (ezer lakosra)	13,2	10,5	12,9	9,7	12,0
Fogyás üteme	5,4	0,7	2,2	0,4	2,4
Gyermeknépesség eltartottsági rátája	17,9	19,7	21,4	18,5	20,0
Idős népesség eltartottsági rátája	24,9	21,9	21,3	19,3	21,9
Öregségi index	138,8	110,7	99,6	104,6	109,7

Az összehasonlító táblázatból láthatjuk, hogy az ezer lakosra jutó élveszületések száma a legkedvezőtlenebb Dunaújvárosban volt, a megyei jogú városok átlagától jóval elmaradt. Az élveszületések mellett Dunaújvárosban a legkedvezőtlenebb a halálozási ráta is, a legmagasabb a négy város közül. Dunaújváros a közép-dunántúli megyei jogú városok között a legidősebb lakosságú település. A lakosság folyamatos öregedése az egészségügyi alapellátás rendszerére is hatással van.

A Közép-Dunántúli megyei jogú városok lakosságának korszerinti megoszlását az alábbi táblázat mutatja.

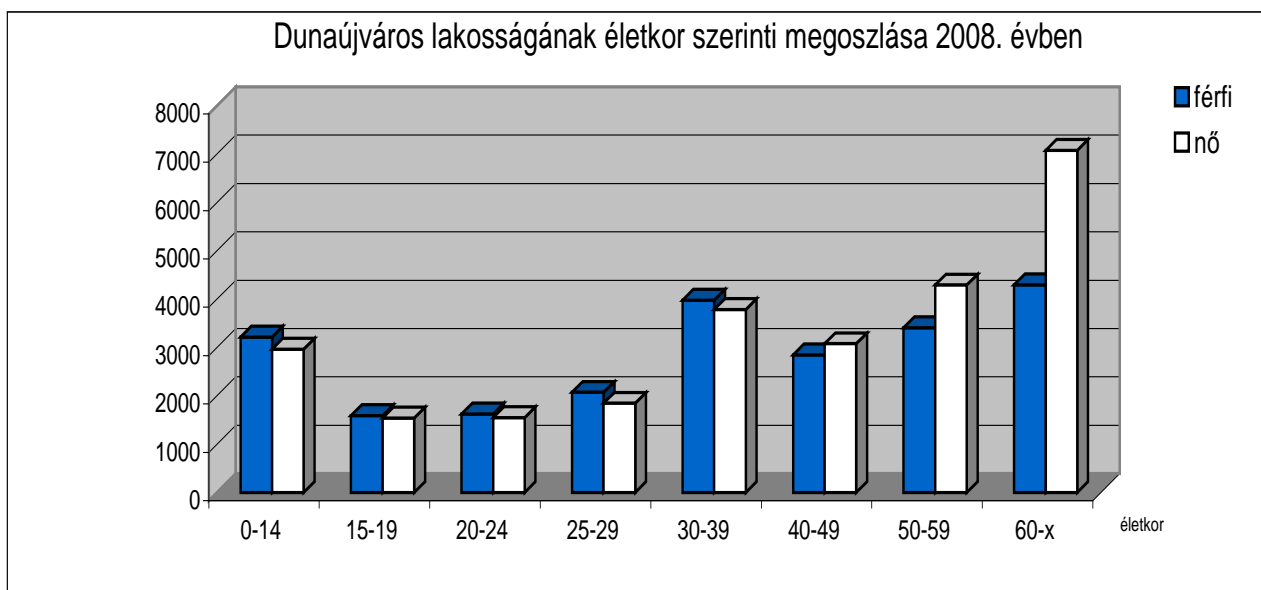
Korcsoport	Dunaújváros %	Székesfehérvár %	Tatabánya %	Veszprém %
0-14 éves	12,6	13,9	15,0	13,4
15-19 éves	6,4	6,2	6,0	6,9
20-24 éves	6,5	6,1	6,5	8,2
25-29 éves	8,0	8,3	8,2	9,2
30-39 éves	15,8	16,6	16,3	16,4
40-49 éves	12,1	11,9	12,7	11,8
50-59 éves	15,7	15,6	14,7	14,5
60-x éves	23,1	21,4	20,6	19,6
Lakónépesség összesen	100,0	100,0	100,0	100,0



Az alábbi táblázat és grafikon Dunaújváros lakosságára vonatkozó adatokat tartalmazza nemek szerint életkori megosztásban. A férfiak aránya a születéstől 30-39 éves korig folyamatosan magasabb a női lakossághoz képest, ami a 40-49 éves életkortól megváltozik és a női lakosság aránya mutat növekedést az életkor előrehaladtával.

Életkor	Férfiak száma	Nők száma	Férfiak/nők aránya
0-14 éves	3217	2963	1,08
15-19 éves	1590	1544	1,03
20-24 éves	1627	1548	1,05
25-29 éves	2074	1848	1,12
30-39 éves	3976	3785	1,05
40-49 éves	2851	3078	0,92
50-59 éves	3407	4294	0,79
60-x éves	4300	7081	0,61

A fenti táblázatban szereplő értékek grafikusán szemléltetve:



A népesség korösszetétele a demográfiai vonatkozásokban és következményekben az egyik legfontosabb népességi jellemző. Korösszetételről kettős értelemben beszélünk. Egyrészt az egyes életkorokhoz (korcsoportokhoz) tartozó népesség nagyságát, másrészt ennek a létszámnak az összlakosságon belüli arányát tekintjük fontos mutatóknak.

A népesség kor szerinti összetétele több szempontból is hatással van az egészségügyi ellátás iránti igényekre és teendőkre, mivel az egyes életkorokban más-más igények, szükségletek, feladatok fogalmazódnak meg hangsúlyosabban.

A népesség előreszámításai alapján az alábbi következmények körvonalazhatóak:

- Az alacsony termékenység és a jelentős bevándorlás megszűnésével a városok előregednek.
- A közelebbi jövőben jelentős új születési hullám kialakulása nem várható.
- A korösszetétel új hatása jelentkezik 2010 körül, amikor idős korba lépnek az 1950-es években születettek (Ratkó gyerekek). Ők ugrásszerű terhelést idézhetnek elő az időskori és egészségügyi ellátórendszerben a nyugdíj- és egészségbiztosítás területén.

IV. Dunaújváros lakosságának betegforgalmi és gondozási adatai az alapellátás területén

A nem fertőző betegségek előfordulásáról a házi orvosok által készített éves beszámolók alapján kapunk információt. A házi orvosok által készített beteggondozási adatokról szóló jelentések a város felnőtt és gyermekkorú lakosságának vonatkozásában került értékelésre. (Az alábbiakban bemutatásra kerülő összehasonlítások 2006. és 2007. évi adatokon alapulnak, mivel az anyag készítésének időpontjában nem rendelkezünk a későbbi évek adataival.)

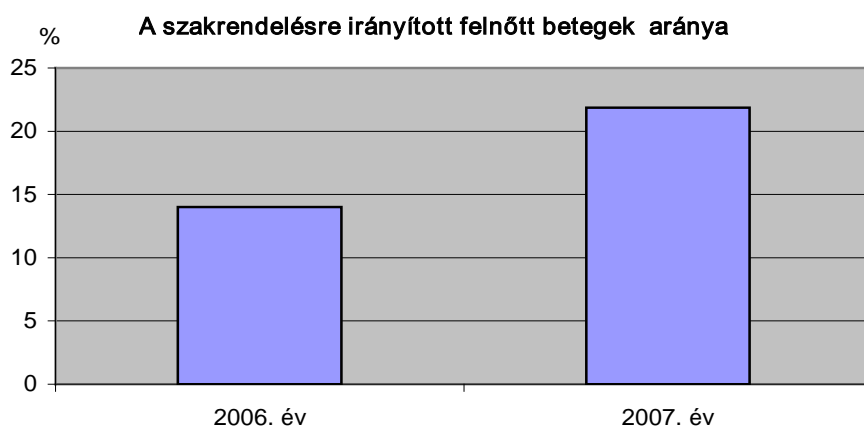
Házi orvos-beteg találkozás adatai I.

Felnőtt házi orvosi ellátás	2006. év	2007. év	Eltérés a 2006. évhez képest
Rendelési időben megjelentek száma	339241	289252	-10%
Beteglátogatás hívásra	3363	2116	0
Összes betegtalálkozás száma:	342604	291368	-11%
Szakrendelésre irányítások száma:	48014	63733	+2%
Fekvőbeteg gyógyintézetbe utalások száma:	1636	1333	0
Felnőtt házi orvosi praxishoz bejelentkezettek száma:	50977	45681	-6%

Szakrendelésre irányított felnőtt betegek száma

Időszak	Összes betegtalálkozás száma	Szakrendelésre irányítások száma	Szakrendelésekre irányított betegek aránya %
2006. év	342604	48014	14
2007. év	291368	63733	22

Dunaújvárosban 2007. évben az előző évhez képest 11 %-kal csökkent a felnőtt háziiorvosi praxishoz bejelentkezettek aránya. Ehhez képest a rendelési időben megjelentek száma még nagyobb arányban csökkent 2007.évben 15%. A nagy arányú csökkenés köszönhető a lakosság elvándorlásának, kevesebb születendő gyermeknek. 2007.évben került bevezetésre a vizitdíj, melynek érezhető hatása, hogy kevesebb az orvosnál megjelentek száma. Ugyanakkor az összes betegtalálkozásokban a szakrendelésre irányítottak aránya 2007.évben 7%-kal növekedett, ez több mint 15 ezer főt jelent az előző évhez képest.



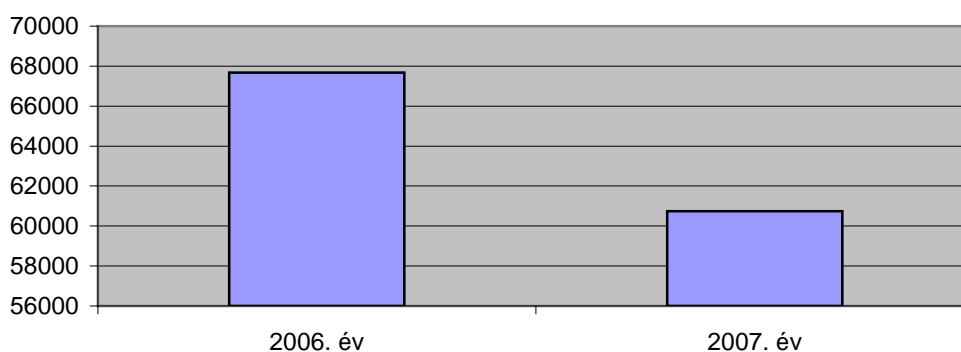
Háziiorvos-beteg találkozás adatai II.

Gyermek háziiorvosi ellátás	2006. év	2007. év
Rendelési időben megjelentek száma	66721	60127
Beteglátogatás hívásra	964	622
Összes betegtalálkozások száma	67685	60749
Szakrendelésre irányítások száma	6577	7190
Fekvőbeteg gyógyintézetbe utalások száma:	290	230
Gyermek háziiorvosi praxishoz bejelentkezettek száma	9819	9236

Szakrendelésre irányított beteg gyermekek száma

Időszak	Összes betegtalálkozások száma	Szakrendelésre irányítások száma	Szakrendelésekre irányított betegek aránya %
2006. év	67685	6577	10
2007. év	60749	7190	12

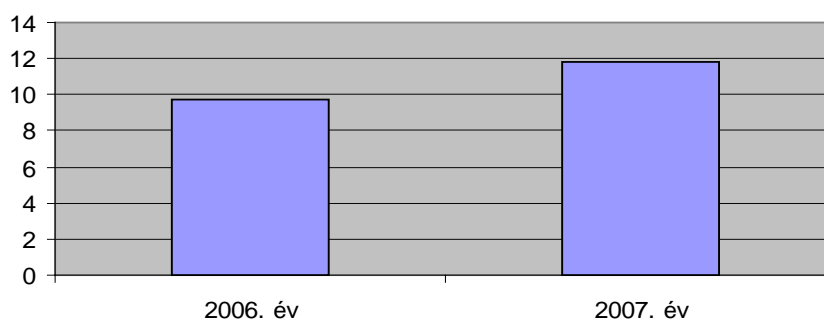
Betegtalálkozások száma a gyermek lakosság körében 2006. és 2007. évben



A gyermek háziorvosi praxishoz bejelentkezettek aránya 6%-kal, az összes betegtalálkozások aránya 11%-kal csökkent 2007.évben. A betegtalálkozások csökkenése, mint nagyobb mint 6%. A gyermek háziorvosok esetében a vizitdíj bevezetéséről nem beszélhetünk, mégis 2007.évben orvoslátogatottság kevesebb, mint 2006.évben.

A szakrendelésre irányított beteg gyerekek aránya az összes betegtalálkozások számában 2007.évben az előző évhez képest 2%-kal nagyobb volt. Ez több mint 600 fő gyereket jelent.

Szakrendelésre irányított beteg gyermekek aránya



Dunaújváros felnőtt lakosságának leggyakoribb betegségei 2006. és 2007. években

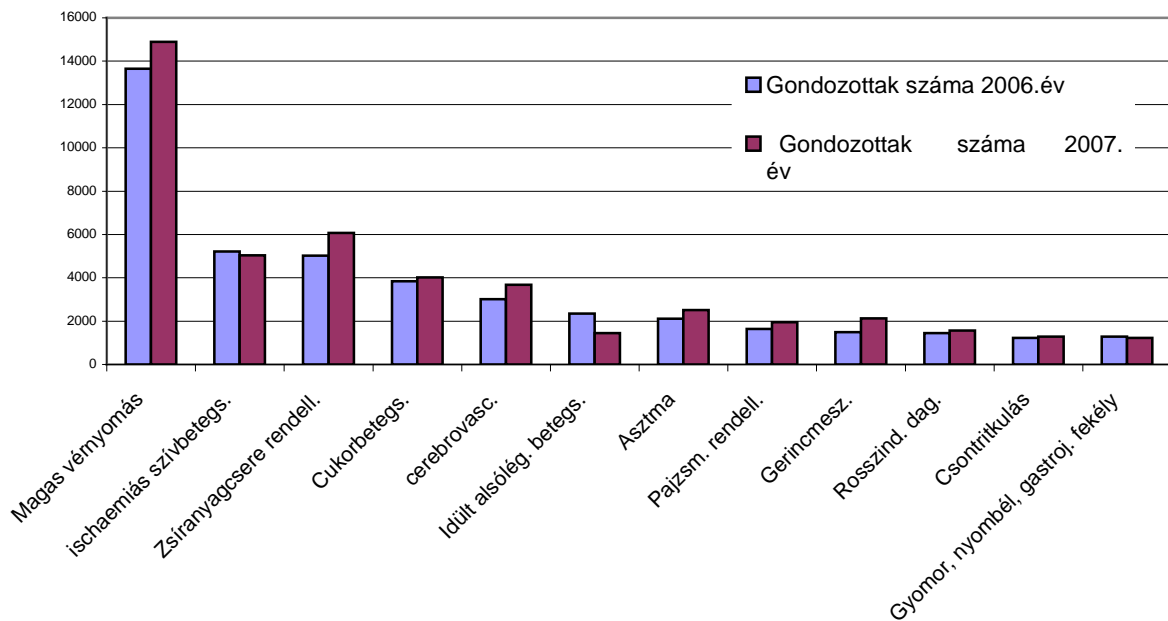
2007. évben - a KSH adatai alapján – országosan a leggyakoribb halálok közé a rosszindulatú daganatok, ischaemiás szívbetegségek, az agyér betegségei, a heveny szívizom-elhalás, a májbetegségek, és a hörghurut, tüdőtágulat, asztma tartozott. Dunaújváros gondozási adatait feldolgozva láthatjuk, hogy az országos

betegség csoportok ugyanúgy megtalálhatók a város lakosságának leggyakoribb betegségei között. Városunkban a magas vérnyomás, a szív- és érrendszeri megbetegedések, valamint a szénhidrát és zsírsanyagcsere megbetegedések vannak legnagyobb számban jelen. Az első öt betegségcsoport közül háromnál az előző évhez képest emelkedés tapasztalható. Ez azért figyelemre méltó, mert ezek a betegségek alapul szolgálnak a szív- és érrendszeri halálozások magas arányához. Dunaújváros leggyakoribb betegségei nemek szerint is áttekintésre kerültek. A férfiak körében az öt leggyakoribb betegségek közül - az előző évhez képest - négy betegségnél növekedés tapasztalható 2007. évben. A nőknél „csak” egy betegség aránya növekedett a szívbetegségeké, de az igen jelentősen (5%-kal), ami 155 főt érint.

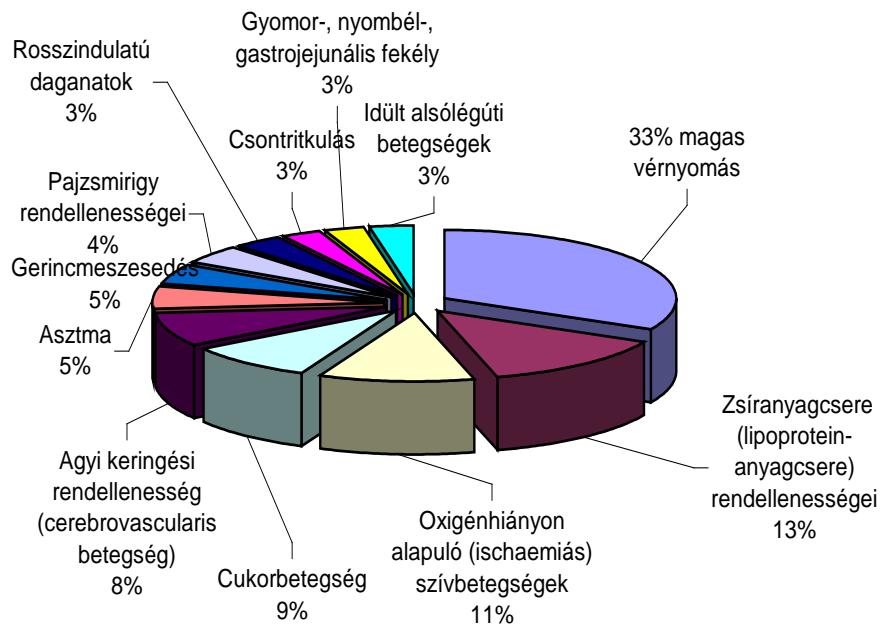
Gyakoriság szempontjából megfigyelhető a táblázatból, hogy az asztma és a légúti betegségek sorrendje a 2006. évhez képest megváltozott. A légúti betegségek számában és arányaiban csökkenést, míg az asztmás megbetegedések száma növekedést mutat 2007. évben.

V. Betegségek		Gondozottak száma 2006.év	Összes betegség arányában	Gondozottak száma 2007.év	Összes betegség arányában
1.	Magas vérnyomás	13648	32 %	14895	33 %
2.	Oxigénhiányon alapuló (ischaemiás) szívbetegségek	5215	12 %	5034	11 %
3.	Zsír-anyagcsere (lipoprotein-anyagcsere) rendellenességei	5028	12 %	6075	13 %
4.	Cukorbetegség	3845	9 %	4018	9 %
5.	Agyi keringési rendellenesség (cerebrovascularis betegség)	3016	7 %	3673	8 %
6.	Idült alsólégúti betegségek	2350	6 %	1449	3 %
7.	Asztma	2112	5 %	2507	5 %
8.	Pajzsmirigy rendellenességei	1634	4 %	1955	4 %
9.	Gerincmeszesedés	1493	4 %	2134	5 %
10.	Rosszindulatú daganatok	1441	3 %	1563	3 %
11.	Csontritkulás	1231	3 %	1284	3 %
12.	Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	1291	3 %	1229	3 %
	Összesen:	42304	100 %	45816	100 %

A dunaújvárosi felnőtt lakosság leggyakoribb betegségeinek alakulása



Betegségek százalékos elosztása 2007. évben a felnőtt lakosság körében



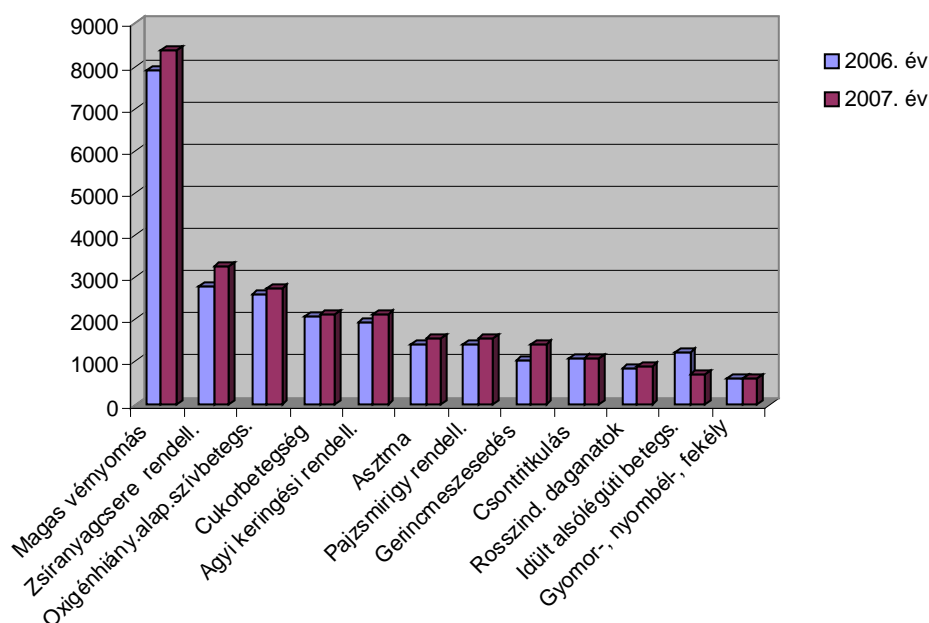
Mind nők, mind férfiak esetében első helyen szerepel a magas vérnyomás, mint szív- és érrendszeri betegségek szövődménye. Ennek a betegségnek a visszaszorítása nagyban függ az életmódtól. Éppen ezért fontos a felnőtt lakosok, gyermekek, ifjúsági korosztály ismereteinek egészségtudatos magatartásának fejlesztése.

Dunaújváros felnőtt lakosságának leggyakoribb betegségei nemek szerint

Betegségek	Nők		Összes gondozott arányában	
	2006. év	2007. év	2006. év	2007. év
Magas vérnyomás	7891	8392	58%	56%
Oxigénhiányon alapuló (ischaemiás) szívbetegek	2605	2760	50%	55%
Zsír-anyagcsere (lipoprotein-anyagcsere) rendellenességei	2789	3289	55%	54%
Cukorbetegség	2081	2142	54%	53%
Agyi keringési rendellenesség (cerebrovascularis betegség)	1923	2142	64%	58%
Idült alsólégúti betegségek	1240	731	53%	50%
Asztma	1403	1585	66%	63%
Pajzsmirigy rendellenességei	1403	1582	85%	81%
Gerincmeszesedés	1033	1406	69%	66%
Roszdindulatú daganatok	855	924	59%	59%
Csontritkulás	1083	1114	88%	87%
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	617	603	48%	49%

A nők körében az első helyen lévő magas vérnyomás 2007. évben csökkenést mutat, ugyanakkor jelentősen emelkedett a szívbetegek aránya. Bízhatóan tűnik, hogy a többi betegség aránya viszont csökkenő a 2006. évhez képest.

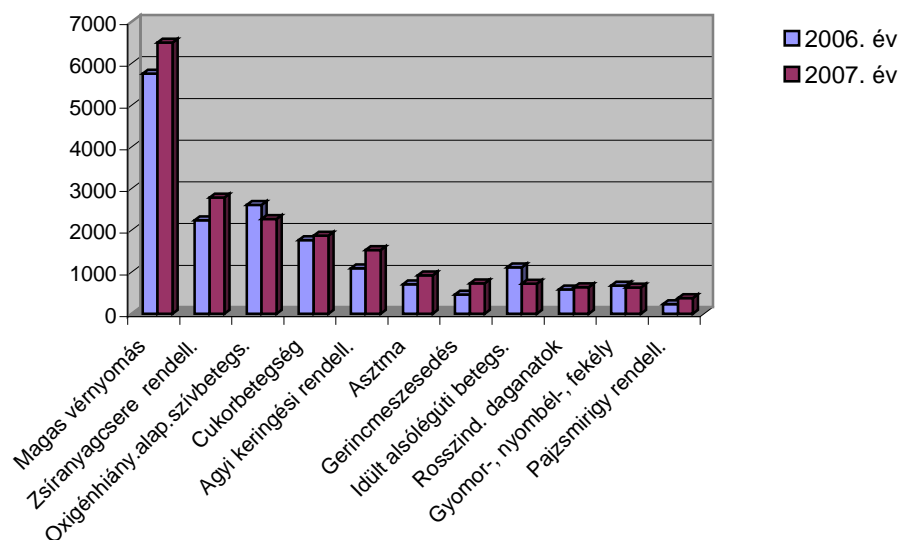
Betegségek alakulása nőknél 2006-2007. évben



Betegségek	Férfiak		Összes gondozott arányában	
	2006. év	2007. év	2006. év	2007. év
Magas vérnyomás	5757	6503	42%	44%
Oxigénhiányon alapuló (ischaemiás) szívbetegségek	2610	2274	50%	45%
Zsír-anyagcsere (lipoprotein-anyagcsere) rendellenességei	2239	2786	45%	46%
Cukorbetegség	1764	1873	46%	47%
Agyi keringési rendellenesség (cerebrovascularis betegség)	1093	1531	36%	42%
Idült alsólégúti betegségek	1110	718	47%	50%
Asztma	709	922	34%	37%
Pajzsmirigy rendellenességei	231	373	15%	19%
Gerincmeszesedés	460	728	31%	34%
Rosszindulatú daganatok	586	639	41%	41%
Csontritkulás	148	170	12%	13%
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	674	626	52%	51%

A férfiak körében olyan kiugróan magas növekedést nem figyelhetünk meg, mint a nőknél. Ugyanakkor az előző évhez képest 2007. évben a felsorolt 12 betegség közül 6-nál 2-6 %-os növekedés figyelhető meg. A magas vérnyomás szövődményeként jelentős növekedés figyelhető meg a agyi keringési rendellenesség esetében, az asztmánál, pajzsmirigy rendellenességnél.

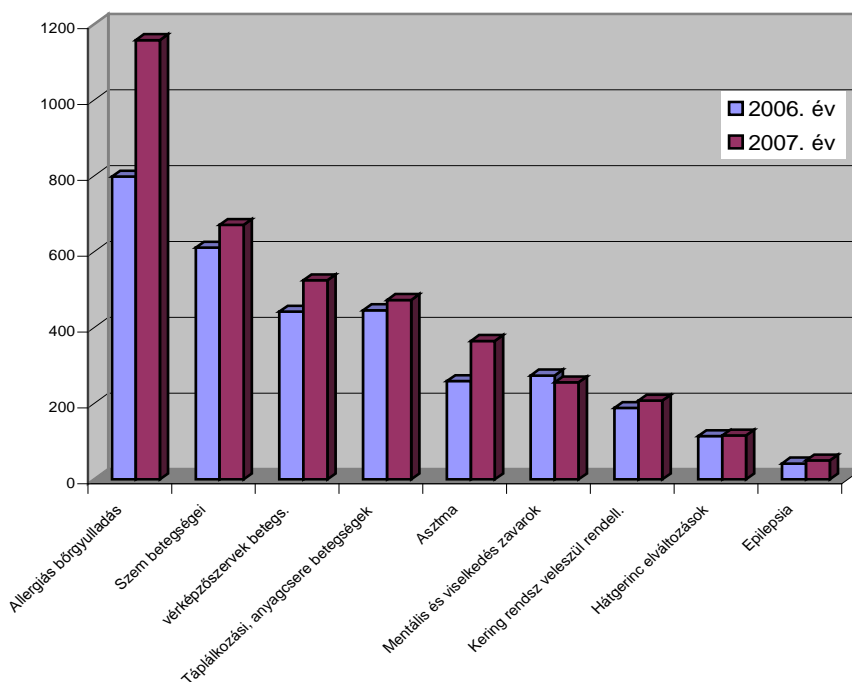
Betegségek alakulása férfiagnál 2006. és 2007. évben



Dunaújváros gyermekgondozási adatai 2006. és 2007.évben

Betegségek	2006. év	Összbetegség arányában	2007. év	Összbetegség arányában
Allergiás bőrgyulladás (atópiás dermatitis)	798	25%	1158	30%
Szemizmok, fénytörés betegségei	611	19%	671	18%
Vér-, vérképzőszervek betegségei	442	14%	525	14%
Táplálkozási, anyagcsere betegségek	446	14%	473	12%
Asztma	259	8%	365	10%
Mentális és viselkedés zavarok	274	9%	256	7%
Keringési rendszer veleszületett rendellenességei	188	6%	208	5%
Hátgerinc elváltozások	114	4%	116	3%
Epilepsia	42	11%	50	1%

Dunaújvárosi gyermekek leggyakoribb betegségei 2006.és 2007. évben



Ami a táblázatból szembetűnik, hogy gyerekbetegség közül az allergiás bőrgyulladás 5%-kal, az asztma pedig 2%-nővekedett a 2007.évben. Ez az emelkedés figyelmeztet arra, hogy a gyermekek egészsége érdekében is a környezeti ártalmak csökkentésére fokozott figyelmet kell fordítani.

V. Dunaújváros lakosságának egészségügyi ellátása

A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény, valamint az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény meghatározza azon alapfeladatokat melyek ellátása számunkra is kötelezettséget jelent. A modern egészségügyben hangsúlyos szerepet kap a betegség megelőzés, a betegség korai felkutatása. A mai struktúrában minden biztosítottnak van választott vagy területileg illetékes háziorvosa. A háziorvosok feladatkörébe tartozik az egészséges lakosság részére nyújtott tanácsadás, a szűrés, a közegészségügyi – járványügyi feladatok egy részének ellátása, valamint az egészségnevelésben és az egészségügyi felvilágosításban való részvétel.

Dunaújváros Megyei Jogú Város Közgyűlése 2002-ben megalkotta a 24/2002. (VI.28.) KR számú rendeletét az alapellátási területi ellátási kötelezettségről, melynek célja, hogy szabályozza Dunaújváros területén az alapellátási körzeteket, és lehetőséget biztosítson ezzel az adott szolgálatok E alpból történő finanszírozására.

Dunaújváros Megyei Jogú város Önkormányzata a törvényben megszabott feladatokat az alábbi résztevékenységeken keresztül biztosítja:

5.1 Felnőtt és gyermek háziorvosi alapellátás:

A felnőtt dunaújvárosi lakosság ellátását jelenleg 25 háziorvosi körzetben 24 fő orvos adja, a gyermekorvosi ellátás 10 körzetben 10 gyermekorvos közreműködésével zajlik. Valamennyien területi ellátási kötelezettség mellett végzik tevékenységüket. Az orvosokkal az önkormányzat szerződést kötött, ebben szabályozva az ellátás feltételeinek biztosítását, valamint mindkét fél jogait és kötelezettségeit. 2009. évtől az önkormányzat kiegészítő finanszírozásban részesíti az orvosokat, melynek összege jelenleg havi 25.000,-Ft. E szerződéseket a közgyűlés hagyta jóvá.

A felnőtt háziiorvosi körzetek létszámát területi ellátási kötelezettség vonatkozásában az alábbi táblázat szemlélteti:

Körzetek	Létszám
1	1680
2	1436
3	1465
4	1397
5	1670
6	2593
7	2734
8	1920
9	1328
10	1429
11	1720
12	1329
13	2408
14	2223
15	2356
16	2609
17	1352
18	1641
19	1644
20	1217
21	1580
22	1338
23	1909
24	1325
25	1478

A gyermekorvosi körzetek létszámadatai az alábbiak szerint alakulnak:

Körzetek	Létszám
1	425
2	535
3	779
4	532
5	549
6	710
7	380
8	710
9	595
10	806

2010-ben előre láthatólag a felnőtt házi orvosok létszámában további csökkenés következik be, ami azt jelenti, hogy amennyiben az önkormányzat nem tud új orvossal szerződést kötni a feladat ellátására, ellátási körzeteket kell megszüntetni. Az elkövetkezendő években az önkormányzatnak fokozott figyelmet kell fordítani, hogy megfelelő képzettségű orvost alkalmazzon az alapellátás területén, annál is inkább mivel a házi orvosok átlagéletkora igen magas, többen a nyugdíjkorhatárhoz közelítenek, vagy már most is nyugdíjasként dolgoznak. A jelenleg praktizáló házi orvosok a körzetek felosztását nem tartják elfogadhatónak, mivel a finanszírozási jogszabályok alapján degresszióba kerülnének, és ez a finanszírozási díj csökkenését vonja maga után. A helyzet megoldására az önkormányzat megpróbálja felvenni a kapcsolatot az Országos Alapellátási Intézettel, velük szerződni és a tartósan betöltetlen körzeteket az általuk biztosított helyettesítő orvossal betölteni.

A 24 fő felnőtt házi orvos közül 13 fő önkormányzati tulajdonú, 11 fő saját tulajdonú rendelőhelyiségben végzi a tevékenységet. A gyermekorvosok tekintetében 9 fő önkormányzati tulajdonú 1 fő pedig saját tulajdonú rendelőhelyiségben praktizál. A rendelő felszerelése vegyes, azaz az önkormányzat anyagi lehetőségeihez mérten biztosítja a felszerelések – berendezések egy részét.

5.2 Fogorvosi alapellátás:

A fogorvosi alapellátás keretében a fogorvos feladata a fog- és szájbetegségek vizsgálata, kezelése, gondozása, valamint a sürgősségi ellátás. A feladat ellátását 11 fő vállalkozó fogorvos végzi 11 körzetben területi ellátási kötelezettség mellett. 8 fő önkormányzati tulajdonú 3 fő saját tulajdonú rendelőben praktizál. A fogorvosok is az önkormányzattal kötött megbízási szerződésben foglaltak alapján végzik feladatukat. 2009-es évtől a feladat ellátásához kiegészítő támogatást biztosít az önkormányzat havi 125.500,-Ft összegben. A fogorvosi körzetek létszámát az alábbi táblázat mutatja be:

Körzetek	Létszám
1	4821
2	4886
3	4605
4	4755
5	4609
6	4655
7	3491
8	4502
9	4356
10	4382
11	4735

A fogászati röntgen feladatait két röntgen asszisztens látja el a városban, a fogászati szakrendeléseket teljes keresztmetszetében lefedve. A röntgenre 2008-ban a beutalt betegek száma 5.936 fő volt, az összes felvételek száma 7.869 db. Az oktatási intézményekben tanuló gyermekek fogászati ellátását a 11 fogorvos végzi a rendeletben meghatározottak szerint. A fogászati alapellátáshoz tartozó ügyeleti ellátást Dunaújváros Megyei Jogú Város Közgyűlésének határozata alapján a vállalkozó fogorvosok adják a hétfői és ünnepnapokon külön díjazás mellett. Az ügyelet jelen formájában az Egészségbiztosítási Pénztár által nem finanszírozott. Mivel ez a tevékenység nem területi ellátási kötelezettséghez kötött, gyakran a

városon kívülről is érkeznek betegek, mivel a környékbeli települések eddig nem oldották meg e feladatukat. 2007-től a fogorvosok és a környező települések önkormányzatai együttműködési megállapodás keretében látják el a nem dunaújvárosi fogászati ügyeletre érkező betegeket Dunaújváros Megyei Jogú Város Közgyűlésének jóváhagyásával. A fogorvosok tekintetében is az átlagéletkor magasnak mondható e területen is számolhatunk orvoshiánnyal a következő években.

A felnőtt-, gyermek-, és fogorvosi alapellátás területén az alábbi célokat tűzzük ki:

Célok:

- Megfelelő szakképzettséggel rendelkező orvosok alkalmazása, annak érdekében, hogy a körzetek létszáma az optimális szint körül mozogjon.
- Meg kell vizsgálni azt, hogy az önkormányzat milyen további juttatásokat tud biztosítani a házi orvosoknak annak érdekében, hogy a házi orvosok körében vonzó legyen Dunaújváros.
- Eredményes tárgyalások lefolytatása az Országos Alapellátási Intézménnyel annak érdekében, hogy a tartósan betöltetlen körzetek ellátása biztosítva legyen.
- Az önkormányzati tulajdonú rendelők állagának fenntartása, a vonatkozó ÁNTSZ előírásokban rögzítettek elérése.
- Törekedni kell arra, hogy szükség esetén szakemberlakást tudjon biztosítani az önkormányzat alapellátást végző orvosok részére.
- Törekedni kell a felszereltség folyamatos karbantartásán túl a korszerűsítésre az önkormányzat anyagi lehetőségeihez képest.
- Fokozott gondot kell fordítani a jövőben a páciensek kényelmét szolgáló betegvárók komfortosítására.

5.3 Védőnői szolgálat:

A védőnők feladata az egészségügyi alapellátás részeként a családok egészségének megőrzésére, segítésére irányuló preventív tevékenység valamint az egészségnevelés. A szolgálat fenntartása az önkormányzat feladata. A védőnők jelenleg a Polgármesteri Hivatal állományába tartoznak. Szakmai felügyeletüket a vezető védőnő látja el, aki az ANTSZ dolgozója. Városunkban 25 védőnő végzi feladatát, 14 fő területi védőnői 11 fő iskolavédőnői státuszban. Feladatuk a:

- nővédelem,
- a véréads anyák, gyermekágyasok gondozása,
- a 0-6 éves gyermekek gondozása,
- a tanköteles korú gyermekek gondozása, egészségnevelése,
- és a családgondozás területén.

A védőnők főiskolai képesítéssel rendelkeznek, munkájukat a gyermekorvosokkal illetve a nőorvosokkal együttműködve önállóan végzik. Tevékenységük színtere a tanácsadó, a családok otthona, az iskola, esetleg a közösségi programokra alkalmas más hely. A városban összesen 4 tanácsadó helyiség van, ahol az önálló védőnői munka történik.

2003-ban pályázat keretében a védőnői szolgálat dolgozói közül 11 fő pályázatot nyújtott be munkájuk segítése érdekében hordozható számítógép elnyerésére, melyet mind a 11 fő meg is nyert. Az önkormányzat az elmúlt években valamennyi védőnő részére, munkájuk könnyítése érdekében biztosított számítógépet, mely nagymértékben segítette és gyorsította a feladatellátást. 2009-ben is sikeresen pályázott a szolgálat, mely pályázati forrás segítségével eszközbeszerzés valósult meg.

A szolgálat fenntartása kizárólag az Egészségbiztosítási Pénztár általi finanszírozásból kerül megoldásra.

Célok:

- A tanácsadók felszereltségének folyamatos ellenőrzése, állaguk megóvása.
- A jogszabály által előírt minimál-felszerelés folyamatos biztosítása.

- Pályázati lehetőségek folyamatos figyelemmel kísérése.
- Magas színvonalú ellátás biztosítása a nővédelem, a várandós és gyermekágyas anyák, valamint a 0 – 18 éves korú gyermekek gondozása területén.
- A körzeti védőnők, iskola védőnők, valamint az iskola ifjúságvédelmi felelősök munkájának összehangolása a fokozott egészségügyi, mentális és szociális veszélyeztetett családoknál a felismerés, megelőzés és segítségnyújtás érdekében.

5.4 Ügyeleti ellátás:

Az önkormányzat egészségügyi alapfeladatai sorába tartozik a házi orvosok rendelési idején kívüli ügyeleti feladatok ellátására szolgálat működtetése.

Lehetőség van arra, hogy önkormányzatunk a feladat ellátását természetes illetve jogi személynek átengedje. Ennek tudatában a feladat ellátására a Közgyűlés pályázatot írt ki 2008-ban. A pályázati kiírásra többen nyújtottak be ajánlatot, mely ajánlatok közül a feladat ellátására az önkormányzat az International Ambulance Service Kft. –vel kötött szerződést. A szerződés alapján a kft. Dunaújváros lakosságának teljes körű (felnőtt, gyermek) házi orvosi ügyeleti feladatait látja el. A feladat ellátására megkötött szerződés – a közbeszerzési eljárásban meghatározottak szerint – 5 éves időtartamra szól, azaz 2013. július 31-ig biztosított ebben a formában az ügyeleti ellátás.

Az önkormányzat a feladat ellátásához – a közbeszerzési eljárási kiírásnak megfelelően – a szolgáltatónak az OEP finanszírozás mellett az aktuális finanszírozási díj 33,4 %-át kiegészítő díjként juttatja.

Az eddig eltelt időszakban az ügyeleti feladatok ellátása tekintetében lakossági panasz nem érkezett.

A háziiorvosi ügyelet 2007. és 2008. évi adatai az alábbiak szerint alakultak:

Betegforgalom	2007. év fő	2008. év fő	2007. évhez viszonyított arány
Központi ügyeleten megjelentek száma (felnőtt és gyermek összesen)	10.374	10.598	+2 %
Ebből vidékiek száma	808	597	-26 %
Lakáson ellátottak száma (hívások)	1778	1734	-2,5 %
Kórházba utaltak száma	823	876	+6,4 %
OMSZ igénybevétele	408	336	-17,6 %

Ügyeleti időben az ellátás formája szerinti megoszlás 2008. évben:

Lakásra hívások	16,4 %
Kórházba utalás	8,3 %
OMSZ igénybevétele	3,2 %
Ügyeleten ellátottak	72,1 %
Összesen:	100 %

Célok:

- Meg kell vizsgálni a 24 órás háziiorvosi ügyelet létrehozását 2013. június 30. utáni időponttól.
- Javítani kell a kapcsolatot az alapellátási ügyeleti szolgálat, és a szakellátási ügyeletek között, a mentőszolgálat lehetséges bevonásával.

VI. Egészségügyi feladatokat ellátó intézmények

6.1 Egészségmegőrzési Központ:

Az intézmény 1993. január elseje óta működik önállóan. Ez alatt az idő alatt kialakult egy szakmailag magas színvonalú és nagy hatékonysággal működő mentálhigiénés és prevenciós tevékenységet végző intézmény. Feladatkörébe tartozik:

- Egészségnevelési és mentálhigiénés feladatok ellátása a város oktatási intézményeiben, iskolai prevencióval az egészséges megoldások megismertetése, és ezek felismerésének, választásának segítése céljából.
- Mentálhigiénés szolgáltatások
- Kötelező önkormányzati feladatként a középiskolások és szakmunkás tanulók iskola-ifjúságegészségügyi ellátása.

Az intézmény működésének fennállása óta folyamatosan pályázik és évek óta több sikeres pályázattal is támogatja az iskolai prevenciós programokat. Fontos szerepet játszik a drogprevenció területén. Részt vállal a tanárok pedagógiai készségének fejlesztésében, felkészíti őket prevenciós foglalkozások tartására, az eredményesség elérése érdekében Tanári Munkacsoportot hozott létre. 2009-ben elkészítette a „Segítő intézmények Dunaújvárosban” című kiadványt, melyben bemutatja az abban szereplő intézmények tevékenységét, szolgáltatásait, ezen szolgáltatások igénybevételének módját és elérhetőségeiket. Az intézmény részt vállal a városi szintű, ágazati gyermekvédelmi programban. Kiemelten kezeli a méhnyakrák megelőzésének fontosságát, melyhez kapcsolódóan egészségnapot tartott.

Az intézmény fontosnak és szükségesnek tartja a különféle tanácsadások, foglalkozások, képzések és tréningek szervezését melyeken a részvétel jónak mondható.

Az intézményen keretein belül működik az önkormányzat kötelező alapellátási feladatát képező iskola-egészségügyi ellátás. Az ellátás keretében a városban élő és tanuló 14 – 18 éves korosztály, valamint a 18 év feletti középfokú nappali tagozaton, iskolai oktatásban résztvevők megelőzési jellegű, az egészségügyi alapellátás keretében szervezett iskola egészségügyi ellátásban részesülnek. A tanulók ellátását 3 iskolaorvos végzi 2 fő asszisztens és 7 fő iskolavédőné segítségével. Évek óta gondot jelent, hogy a három iskolaorvos közül csak 1 fő végzi főállásban tevékenységét, az intézmény nem talál a feladat ellátására főállásban munkát vállaló orvost.

Az ellátás céljára az intézményben valamint 4 iskolában került kialakításra orvosi rendelő, melyek megfelelnek a szakmai jogszabályoknak.

Célok:

- Az intézmény fordítson fokozott figyelmet az iskolai jelenléten túl az ifjúság szabadidős tevékenységére is. A tanórákhoz nem kötött szolgáltatásai legyenek elérhetők az iskolai szünetekben is.
- Az Egészségmegőrzési Központ továbbra is vegyen részt az egészségnevelési és mentálhigiénés preventív tevékenységben is, valamint az ezen a területen dolgozó szakemberek továbbképzésében.
- Meg kell vizsgálni azt a lehetőséget, hogy a védőnői szolgálat az intézmény keretein belül mekkora hatékonysággal tudna működni.
- Az intézménynek továbbra is keresni kell a megoldást arra, hogy főállású iskolaorvost tudjon alkalmazni annak érdekében, hogy az iskola-egészségügyi ellátás területén a határozatlan időre szóló működési engedély előírásainak meg tudjon felelni.

6.2 Szent Pantaleon Kórház Nonprofit Kft.

Dunaújváros lakosságának fekvő és járó beteg szakellátását a Szent Pantaleon Kórház Nonprofit Kft. biztosítja. A kórház területi ellátási kötelezettsége egyes szakmáknál meghaladja a 180.000 főt.

A Szent Pantaleon Kórház 2005. december 31-ig mint önkormányzati költségvetési intézmény működött. 2006. január 1-től az önkormányzat létrehozta az egyszemélyes önkormányzati tulajdonú Szent Pantaleon Kórház Közhasznú Társaságot. 2008-ban az önkormányzat – jogszabályi kötelezettségének eleget téve, a 2006. évi IV. törvény 365. § (3) bekezdése alapján – döntött arról, hogy 2009. január 1-től a Kht. helyébe az általános jogutódlás folytán a Szent Pantaleon Kórház Nonprofit Kft lép.

Az intézmény működését a minimumfeltételek, a szakorvosok hiánya és az erősen romló likviditási helyzet nehezíti. Napjainkra a kórház olyan adósságspirálba került melyből csak alaposan átgondolt és végrehajtható stratégiák megvalósításával tud kilábalni.

A kórház jelenleg 523 aktív és 188 krónikus ágygal működik. A krónikus ágyak nagyobb részét a kulcsi illetve a várpalotai telephelyen a PalotaHosp kft. üzemelteti közreműködői szerződés alapján. A szakorvosi órák száma 2005-től folyamatos emelkedést mutat. 2008 végén az OEP által finanszírozott összes szakorvosi óraszám 2.371 óra.

Az orvosi kar 15 %-a 61 év felett van, nagyrészüket nyugdíj mellett látja el munkakörét. Az elkövetkezendő években várhatóan több orvos megy nyugdíjba. A megüresedő posztok betöltéséhez a város a letelepedés támogatásával tud hozzájárulni. A vezetők mellett szükséges a különböző hiányszakmák területén fiatal szakemberek városunkba költözését is támogatni, mivel több területen a hiány már-már a működőképességet veszélyezteti.

A 2008-2009-es években elért mutatók alapján megállapítható, hogy a kórházban folyó gyógyító munka szakmai és költségmutatói jók. A kapacitáskihasználtság javítására érdekében a területi ellátás szűkítése nem javasolt, viszont belső osztálystruktúra módosításának lehetőségét és a járóbeteg szakellátás kapacitásainak aktívabb kihasználását meg kell vizsgálni.

Az alábbi ábra a kapacitáskihasználtságunkat mutatja. Az elért eredmények többségében jók (erősek), több területen azonban a kapacitáskihasználtság növelésére van szükség. A felmérés 2008. év adataira épült és azóta már sor került a kapacitások átszervezésre, ami által a statisztika vélhetően javultak.

Osztályos kapacitások kihasználtsága

E R R Ó S		Intenzív betegellátás					
		Pszichiátria					
		Infektológia					
		Neurológia					
		Intenzív betegellátás	Szemészet		Infektológia		
		Pszichiátria	Fül-orr-gége	Intenzív betegellátás	Urológia		
		Infektológia	Csecsemő és gyermek osztály	Pszichiátria	Szemészet		
		Traumatológia és ortopédia	Szülészet-nőgyógyászat	Neurológia	Fül-orr-gége		
G Y E N G E		Neurológia	Sebészet és érsebészet	Szemészet	Szülészet-nőgyógyászat		
		Belgyógyászati mátrix	Belgyógyászati mátrix	Fül-orr-gége	Infektológia	Belgyógyászati mátrix	
		Belgyógyászati mátrix	Belgyógyászati mátrix	Fül-orr-gége	Infektológia	Infektológia	
		Egy ágyra jutó fekvő beteg eset	Egy orvosra jutó fekvő beteg eset	Egy szakdolgozóra jutó ápolási nap	Egy orvosra jutó járó beteg eset	Egy szakdolgozóra jutó járó beteg eset	Egy szerződött órára jutó elszámolt járó beteg eset
		Csecsemő és gyermek osztály	SBO	Sebészet és érsebészet	Belgyógyászati mátrix	Sebészet és érsebészet	Sebészet és érsebészet
		Urológia		SBO	Sebészet és érsebészet	Csecsemő és gyermek osztály	Csecsemő és gyermek osztály
					Csecsemő és gyermek osztály	Pszichiátria	Pszichiátria
					Fül-orr-gége		
				Urológia			
				Pszichiátria			

SZPK_benchmark_2008



A következő 3 ábra a kórházban folyó szakmai munka költséghatékonyságának elemzését tartalmazza.

Diagnosztikai protokollok

E R R Ó S			Intenzív betegellátás			
			SBO			
			Pszichiátria		Pszichiátria	
			Infektológia	Pszichiátria	Infektológia	
		Intenzív betegellátás	Intenzív betegellátás	Urológia	Infektológia	Urológia
		Intenzív betegellátás	Infektológia	Neurológia	Fül-orr-gége	Traumatológia és ortopédia
G Y E N G E		Infektológia	Traumatológia és ortopédia	Csecsemő és gyermek osztály	Csecsemő és gyermek osztály	Neurológia
		Neurológia	Fül-orr-gége	Sebészet és érsebészet	Szülészet-nőgyógyászat	Fül-orr-gége
		Fül-orr-gége	Sebészet és érsebészet	Belgyógyászati mátrix	Sebészet és érsebészet	Szülészet-nőgyógyászat
		Egy fekvő beteg esetre jutó összes labor pont	Egy fekvő beteg esetre jutó összes röntgen pont	Egy fekvő beteg esetre jutó összes patológia pont	Egy fekvő beteg esetre jutó endoszkóp labor pont	Egy fekvő beteg esetre jutó CT pont
		Belgyógyászati mátrix	Belgyógyászati mátrix	Szemészet	Neurológia	Belgyógyászati mátrix
		Csecsemő és gyermek osztály	Szülészet-nőgyógyászat	Traumatológia és ortopédia	Urológia	Szemészet
	Szemészet	Szemészet			SBO	
	Urológia	Neurológia				
	SBO	Urológia				
		SBO				

SZPK_benchmark_2008



Terápiás protokollok 1.

ERŐSSEGEK				SBO	SBO	
		Intenzív betegellátás		Pszichiátria	Pszichiátria	Pszichiátria
		SBO		Infektológia	Infektológia	Infektológia
		Pszichiátria		Urológia	Traumatológia és ortopédia	Traumatológia és ortopédia
		Infektológia	Intenzív betegellátás	Traumatológia és ortopédia	Neurologia	Neurologia
		Szemészet	Szemészet	Neurologia	Szemészet	Szemészet
				Pszichiátria	Fül-orr-gége	Fül-orr-gége
				Neurologia	Csecsemő és gyermek osztály	Csecsemő és gyermek osztály
				Szemészet	Belgyógyászati mátrix	Sebészet és érsebészet
		Egy fekvő beteg esetre jutó gyógyszer (Ft)	Egy ápolási napra jutó gyógyszer (Ft)	Egy súlyszámra jutó gyógyszerköltség (Ft)	Egy fekvő beteg esetre jutó kótszer, varróanyag (Ft)	Egy súlyszámra jutó szakmai anyag költség (Ft)
GYENGESÉGEK		Traumatológia és ortopédia	Traumatológia és ortopédia		Szülészeti-nőgyógyászat	
		SBO	Urológia		Szülészeti-nőgyógyászat	
			SBO		Urológia	

SZPK_benchmark_2008

 13

Terápiás protokollok 2.

ERŐSSEGEK				SBO	
				Pszichiátria	
				Infektológia	
			SBO	Traumatológia és ortopédia	Pszichiátria
			Infektológia	Neurologia	Traumatológia és ortopédia
			Urológia	Szemészet	Neurologia
		Traumatológia és ortopédia	Fül-orr-gége	Fül-orr-gége	Szemészet
		Szemészet	Szülészeti-nőgyógyászat	Csecsemő és gyermek osztály	Fül-orr-gége
		Sebészet és érsebészet	Sebészet és érsebészet	Sebészet és érsebészet	Csecsemő és gyermek osztály
		Egy fekvő beteg esetre jutó implantátum (Ft)	Egy fekvő beteg esetre jutó vérfehasználás (Ft)	Egy fekvő beteg esetre jutó összes gyógyítási anyag (Ft)	Egy súlyszámra jutó összes gyógyítás anyag költség (Ft)
GYENGESÉGEK		Traumatológia és ortopédia		Urológia	

SZPK_benchmark_2008

 14

A fenti ábrák adatai kiemelt jelentőséggel bírnak. Azt mutatják meg, hogy milyen az egy esetre jutó gyógyítási költség az országos átlaghoz viszonyítva. Egy kórház menedzsmentje által befolyásolható költségek döntő többségét a fenti protokoll rendszerben vizsgálták teszik ki. Megállapítható, hogy az osztályok döntő többsége lényegesen kisebb diagnosztikai, gyógyszer és szakmai anyag költséget használ fel egy súlyszám előállításához, mint más kórházak osztályai. Ez a dolgozók

költségtudatosságát, a menedzsment takarékosági intézkedéseinek helyességét igazolja és kijelenthető, hogy a megtakarítást ösztönző, osztályos keretgazdálkodási rendszer jól működik.

Ugyancsak lényegi költséghatékonysági mutatókat tartalmaz a következő ábra. Az ún. hotel-szolgálati költségek képezik a gyógyító munka költségeinek másik nagy hányadát.

A mosatás (textília) és az ételmezés költségei alacsonyok, az átlagos ápolási idő és az ágykihasználtság mutatói jók, bár ebben az összehasonlításban már több osztály esik az átlagos kategóriába.

Ápoláshoz és hotel-ellátáshoz kapcsolódó mutatók

E R Ő S			Intenzív betegellátás		
			SBO		
			Pszichiátria		
			Infektológia		
			Urológia		
			Neurológia		
			Fül-orr-gége		
	Intenzív betegellátás		Sebészet és érsebészet		SBO
	SBO		Pszichiátria		Pszichiátria
	SBO		Belgyógyászati mátrix		Csecsemő és gyermek osztály
Átlag ápolási idő (nap)		Ágykihasználtság (szerződött ágyakra)		Ágykihasználtság (működő ágyakra)	
Egy fekvő beteg esetre jutó mosott ruha (kg)		Egy ápolási napra jutó ételmezési nap			
Szemészet		Csecsemő és gyermek osztály		Csecsemő és gyermek osztály	
Urológia		Urológia			
G Y E N G E					

SZPK_benchmark_2008

 ilex 15

A korábbi ábránkon és a szöveges értelmezésben jeleztük, hogy a működés hatékonyságának fontos tényezője a humánerőforrás optimális hasznosítása. Megállapítást nyert, hogy az elmúlt 12 évben az intézmény létszámstruktúrája fokozatosan optimalizálódott, de ezen túlmenő leépítések már funkciózavarhoz vezetnének. Ezen kívül vizsgálatra került az egy ápolási napra, egy súlyszámra, egy fekvőbetegre eső bérköltségek és személyi jellegű ráfordítások aránya, tehát a bérgazdálkodás hatékonysága. A felmérésből megállapítható, hogy az intézményben a berráfordítások többnyire alacsonyabbak az országos átlagnál.

Személyi jellegű ráfordítások

E R Ő S	Pszichiátria		
	Infektológia		
	Traumatológia és ortopédia		
	Neurológia	Pszichiátria	Pszichiátria
	Szemészet	Neurológia	Szemészet
	Fül-orr-gége	Fül-orr-gége	Fül-orr-gége
	<i>Egy fekvő beteg esetre jutó bér és járulék költsége (Ft)</i>	<i>Egy súlyszámra jutó bér és járulék költsége (Ft)</i>	<i>Egy ápolási napra jutó bér és járulék költsége (Ft)</i>
G Y E N G E	SBO	Urológia	SBO
		SBO	

SZPK_benchmark_2008

 19

Az előzőekben ismertetett költséghatékonysági mutatókról már elmondtuk, hogy a menedzsment és a dolgozók teljesítménye döntően ezekre lehet hatással. A kórházban folyó kódolási munka az intézményi case mix alapján megfelel az országos átlagnak vagy jobb annál. Mindezeket figyelembe véve, látszólag ellentmondásosnak tűnhetnek az osztályos fedezetre vonatkozó megállapítások, amelyeket a következő két ábra tartalmaz.

Osztályos Fedezet 1

E R Ő S			Neurológia
			Szemészet
	Intenzív betegellátás	Neurológia	Fül-orr-gége
	Fül-orr-gége	Fül-orr-gége	Belgyógyászati mátrix
	Fedezet 1%	<i>Egy működő ágyra jutó fedezet 1 (mFt)</i>	<i>10 000 lakosra jutó fedezet 1 (mFt)</i>
G Y E N G E	Belgyógyászati mátrix	Sebészet és érsebészet	Sebészet és érsebészet
	Sebészet és érsebészet	Szülészeti-nőgyógyászat	Szülészeti-nőgyógyászat
	Szülészeti-nőgyógyászat	Csecsemő és gyermek osztály	Urológia
	Csecsemő és gyermek osztály	Traumatológia és ortopédia	Infektológia
	Traumatológia és ortopédia	Urológia	Pszichiátria
	Urológia	Infektológia	SBO
	Infektológia	Pszichiátria	
	Pszichiátria		
	Központi képző		

SZPK_benchmark_2008

 21

Osztályos Fedezet 2

E R Ő S		Infektológia	Infektológia
		Infektológia	Neurológia
		Fül-orr-gége	Fül-orr-gége
		Fül-orr-gége	Fül-orr-gége
	Fedezet 2 %	<i>Egy ágyra jutó fedezet 2 (mFt)</i>	<i>10 000 lakosra jutó fedezet 2 (mFt)</i>
G Y E N G E	Belgyógyászati mátrix	Belgyógyászati mátrix	Sebészet és érsebészet
	Sebészet és érsebészet	Sebészet és érsebészet	Szülészeti-nőgyógyászat
	Szülészeti-nőgyógyászat	Szülészeti-nőgyógyászat	Traumatológia és ortopédia
	Csecsemő és gyermek osztály	Csecsemő és gyermek osztály	Urológia
	Traumatológia és ortopédia	Traumatológia és ortopédia	Pszichiátria
	Urológia	Urológia	SBO
	Pszichiátria	Pszichiátria	

SZPK_benchmark_2008



Mint látható, az osztályos fedezet 1, illetve 2 kategóriában a gyógyító osztályok nagyobb része a gyenge kategóriába került. Ez azt jelzi, hogy az egy működő ágyra, illetve 10 000 lakosra jutó fedezeti összegek alacsonyabbak, mint máshol. Ennek korrekt értelmezéséhez az alábbiakat kell figyelembe venni.

A fedezeti összegek számos egyéb költségelemet is vizsgálnak. A kórházi kubatúra nagyságától függő rezsiköltségek (gáz, villany, víz), az ún. háttér szolgáltatások szolgáltatási ára (informatika, labor, CT), a takarítás, a hiteltörlesztések, a bérleti- és lízingkonstrukciók osztályokra vetített költsége és egyéb vásárolt szolgáltatások ára mind itt kerül rávetítésre az osztályos költségekre. Amennyiben ezek összegzett költsége magas, erősen romlik az intézmény által megtermelt bevételek fedezeti értéke.

Megállapítható, hogy az adósságállomány növekedéséért nagyrészt az állami finanszírozás aránytalanul nagymértékű devalválódása, csökkenése felelős, melyhez képest az intézmény feladat-ellátási kötelezettségei nem változtak. A likviditásromlásnak azonban, ezen túlmenően okai is vannak.

A kiemelt okok között szerepel, hogy a bérlet- és lízingkonstrukciók formájában történő műszerbeszerzések, a szakmai minimumfeltételek biztosítása, jelentősen terhelik az intézményt. Az állami, illetve önkormányzati beruházásokat kiváltó outsourcing szolgáltatások a működési költség kárára valósultak meg. A törvényi

szabályozásból, adóváltozásból és bér-, illetve járulékfizetésből eredő kötelezettségek minden intézménynél nőttek, de a gazdasági társaságokat ez diszkriminatív módon terhelte. A kórház menedzsmentje, mind kinevezésekor, mind pedig a gazdasági társasággá alakulásakor jelentős, rendezetlen adósságteherrel vette át az intézmény működtetését. Ennek rendezésére hitelfelvétel (300.000.000,- Ft-os tartozásátvállalási hitel) vált szükségessé, melynek törlesztése a magas kamatokkal együtt intézményt terhelte.

Nyilvánvaló, hogy az említett tényezőknek komoly hatása van abban, hogy lényegesen rosszabb fedezeti mutatók jellemzik működést, mint amit a költséghatékonysági vizsgálatok eredményei alapján jogosan várni lehetne.

Alapstratégia és jövőkép

A kórház súlyponti – kiemelt – státuszát missziós nyilatkozatával összhangban meg kell őrizni.

A működést kisebb üzemméretben célszerű folytatni, ami az aktív fekvőbeteg-ellátásban változatlan össz-ágyszám mellett mátrix megoldásokkal és ágyszám átcsoportosítással érhető el. Ezzel kiegyenlítődnek a különböző osztályok eltérő kihasználtsági mutatói, racionalizálható a kubarúra, mégsem kényszerül a finanszírozást hátrányosan érintő ágyszám csökkentésre. Továbbra is preferálni kell a kis költségű esetek ellátását, de a súlyponti státusz okán nem tekinthet el a nehezebb, és ezáltal költségesebb területi betegek ellátásától sem.

Az új struktúra alapelemeként 2006-ban megvalósult a sürgősségi osztály, mely 2007-től üzemszerűen működik. Ezzel a háttérügyeletek leszűkültek, bár ezt a megtakarítást az SBO-n emelt bérezésre kellett fordítani. Az SBO fejlesztésére kiírt TIOP-2.2.2 számú pályázaton az intézmény 201.445.143,-Ft támogatást nyert, melyből hamarosan megkezdheti a pályázatban vállalt építészeti illetve műszer fejlesztési elképzeléseit.

Ennél is nagyobb volumenű beruházást tesz lehetővé a TIOP 2.2.4. számú struktúraátalakítási pályázat. Ennek elnyerése esetén a pályázati forrásból új műtőblokk épülne, melyben a műtőkön kívül elhelyezésre kerülne az intenzív osztály,

a központi sterilizáló, valamint bővíthető lenne az SBO és megvalósítható lenne a városi alapügyelet teljes integrálása az SBO-hoz. A beruházás jelentős műszerpark megújítást is lehetővé tenné.

A főépületben felszabaduló helyek a kórtermek komfortosítására adhatnak lehetőséget. Szükség esetén további járóbeteg kapacitások is behozhatóak lehetnek a főépületbe.

10 éven belül elengedhetetlen lesz a főépület rekonstrukciója. Ennek során gondoskodni kell a közüzemi hálózatok energia-hatékony felújításáról, az épület hőszigeteléséről és külső nyílászárócseréről.

A másik jövőbeni cél a járóbeteg-ellátás racionalizálása. Jelenleg 2 telephelyen működik rendelőintézet. Ez minden szempontból gazdaságtalan. Logisztikai szempontból legcélszerűbb a kórházhoz közelebbi, azzal alagsori összeköttetésben levő I. sz. Rendelőintézet használata. A II. sz. Rendelőintézetből a kórházi működtetésű ellátásokat ki kell vonni és részben az új élményfürdő gyógyászati részlegébe, részben az I. sz. Rendelőintézetbe, részben a kórház területére (főépület és fertőző épület) kell helyezni. Ezzel egy teljes külső telephelyet meg lehet szüntetni, melynek a bérleti díjától történő megszabadulásra az Önkormányzattal és a tulajdonossal közösen kell megoldást találni. A funkciók áthelyezése természetesen beruházás igényes. Átgondolásra érdemes abban az esetben amennyiben a struktúraátalakítási pályázat befogadást nyer és a központi épületben területek szabadulnak fel az I. Rendelőintézetből történő teljes kivonulás is.

A gazdaságtalanul működtethető és felújítást, beruházást igénylő funkciókat (konyha, mosatás, labor, CT, művese, intézeti gyógyszertár stb.) eddig is külső vállalkozóval látta el az intézmény és a szolgáltatási díjjal megfizette az általuk elvégzett beruházást is. A velük történő szerződéseket oly módon kell módosítani, illetve új tendert oly módon kiírni, hogy a költség rugalmasan igazodjon a hektikus finanszírozási környezethez, tehát elsősorban az esetszámtól és a központi finanszírozástól függő változó költségek formájában jelenjen meg, ne fix költségként, hiszen éppen ez a célja a tevékenységek kiszervezésének. A bebetonozott, magas alapdíjat tartalmazó szerződések gúzsba kötik a menedzsmentet, nincs mozgástér a változékony környezethez való adaptálódásra.

A szolgáltatók, beszállítók is jobban tolerálnák, ha a kórházat ért finanszírozási megszorítások esetén szabályozott módon csökkentett díjakat kapnának, mint a számlák tartós ki nem fizetését. A krónikus ellátásokat (ápolás, rehabilitáció) jelenleg a kulcsi és várpalotai telephelyen működő külső szolgáltató végzi. Elemezni kell, hogy célszerű lenne-e átadni ezeket a tevékenységeket, hogy a külső vállalkozó maga szerződjön az OEP-pel vagy ezeket az ellátási formákat teljesen vagy részben saját működtetésbe lenne-e jobb visszavenni.

Korszerű eszköz- és műszerparkkal kell rendelkezni. Súlyponti kórházként nem megengedhető a technológia elszegényedése. Ugyanez vonatkozik a humánerőforrás rendelkezésre állására. Meg kell felelni a törvényben előírt minimumfeltételeknek, ellenkező esetben elveszik a regionális ellátó szerepe a kórháznak.

Teljes körű, integrált minőségirányítási rendszert került létrehozásra, mely a kórházi és járóbeteg-ellátási standardoknak, a munkabiztonsági és környezetvédelmi szabványoknak való megfelelést biztosítja. Ezt továbbra is karban kell tartani, nemcsak azért, hogy megfeleljen a különböző pályázati feltételeknek, hanem a működés szabályozottságának megőrzéséért, fejlesztéséért és a betegellátás, valamint az azt kiszolgáló folyamatok minőségfejlesztésének, optimalizálásának biztosításáért is.

Esztétikus, barátságos, higiénikus környezet kialakítására kell törekedni, mely megfelel a munkabiztonság és környezetvédelem elvárásainak. Ide tartozik az épületek, parkok, belső terek és a dolgozók külső megjelenése, viselkedése, rendezettsége is. Ennek elvei arculati kézikönyvben került rögzítésre.

Cél az esélyegyenlőség jegyében az akadálymentes hozzáférés biztosítása. Az új beruházások már eszerint valósulnak meg. A meglévő épületekben is törekedni kell ennek szem előtt tartására.

A beszállítókkal, egyéb partnerekkel, és a médiával továbbra is korrekt, mindkét fél számára előnyös kapcsolatokra kell törekedni. Fontos a lakossággal történő kommunikációt. Saját honlapot üzemeltet az intézmény, a sajtóval való kapcsolatot a médiastratégiában meghatározott módon működteti.

Költözések, felújítások

A telephelyek számának változását a tulajdonos önkormányzat döntései határozták meg. A döntések célja az volt, hogy a különálló telephelyek és a nagy kiterjedésű kubatúra fenntartásának és szükséges felújításának költségeit mérsékelni lehessen. A kórháztól visszavett épületek értékesítéséből befolyt pénzt az onnan kiköltöztetett szakellátások új helyének kialakítására, illetve a kórház adósságállományának csökkentésére kerültek felhasználásra. Első lépésként az Építők úti fogászat épülete került értékesítésre, a rendelések átköltöztek az I. Rendelőintézet VI. szintjére. A Semmelweis utcai telephelyről, a pszichiátriai épületből a központi telephelyen került elhelyezésre az aktív és krónikus pszichiátriai ellátás. A Semmelweis utcai épületben működő rehabilitációs osztály elhelyezését a Tűzoltó Hatóság a II. Rendelőintézet épületében nem engedélyezte, így az osztály elhelyezésére Kulcson a „K-Klinika” épületét kellett kibérelni. Ugyanebben az épületben került elhelyezésre az ápolási osztály is.

Kiürítésre került a Váci Mihály úti gyermekpszichiátriai gondozó, a tevékenység a II. Rendelőintézetbe került betelepítésre. Új telephelyként jelent meg a 2006. évi országos struktúramódosítás/ágyszámleépítés során, a PalotaHosp Kft-nek átadott pszichiátriai és krónikus belgyógyászati ágyak üzemeltetésének helyet adó várpalotai intézmény. Az itt kezelt betegekért az utánuk folyósított OEP finanszírozás átadásra kerül.

A ténylegesen üzemeltetett – és így fenntartási, felújítási költségeket jelentő – telephelyek száma és területe tehát csökkent.

Az elmúlt 10 év során a kórház központi épületének, valamint fertőző osztályának gyakorlatilag a teljes területe jelentős részben felújításra került. A munkálatok pénzügyi forrását részben a korábban említett épületrészek értékesítéséből, vissza nem térítendő vagy visszterhes önkormányzati támogatás segítségével, illetve a működési költséget terhelő banki hitelből, kisebb részben elnyert pályázati forrásból kerültek finanszírozásra. Több szakmai, illetve kiszolgáló funkciót külső partnernek való átadással sikerült működőképesen tartani, illetve a felújításukhoz szükséges jelentős forrásokat ily módon biztosítani. Ilyen egységek a laboratórium, amely szerződés nemcsak a laboratórium területének felújítását, hanem a laborautomaták amortizációját, elhasználódásuk esetén azok cseréjét is biztosítja. A művese állomás

a II. emeleti „C” szárny teljes építészeti és épületgépészeti felújításával jött létre. A CT berendezés beruházását, üzemeltetését és ennek vizsgálóhelységeinek kialakítását szintén az üzemeltető – kezdetben Raditech, később DunaRad Kft. – vállalta magára. A gyógyszerár üzemeltetését közbeszerzési pályázaton elnyerő Saninvest Kft. a teljes patikaüzemet, a gyógyszerraktárakat újíttotta fel a hozzá tartozó épületrészekkel együtt, valamint mindkét rendelőintézetben közforgalmú patikát hozott létre.

Az Eurest Kft. átvéve az étkeztetést, a konyhát, az éttermet, a teljes betegétkeztetéshez szükséges tálalórendszert is lecserélte. A kazánház a fűtésrendszer és gőzellátás, valamint ehhez kapcsolódóan a vészvilágítási rendszer, az inverter és az aggregát felújítása a területet működtetésre átvevő DVCSH-nak köszönhető. Kétségtelen, hogy mindezen szerződések szolgáltatási áraikban tartalmazzák az általuk elvégzett beruházások költségeit, ily módon ezeket a felhalmozási kiadásokat az intézmény működési költségére terhelik. Ezt valamelyest kompenzálja, hogy az általuk igénybe vett területek után ezen partnerek bérleti díjat fizetnek (nem egy esetben előre, egy összegben, amivel a kórház likviditási helyzetét az adott pillanatban jelentősen javították), valamint a rezsiköltséget is ők állják, miáltal gyakorlatilag kubatúra csökkenésnek is minősül a részükre átadott terület.

A bérköltségeket és az alkalmazotti létszámot is csökkentette a közreműködők által átvett dolgozói létszám. Hasonló hatást gyakorol a kulcsi ápolási és rehabilitációs osztály, valamint a Várpalotára telepített krónikus belgyógyászati és pszichiátriai rehabilitációs kapacitásoknak a PalotaHosp Kft. részére, mint közreműködőnek történt átadása.

A Szent Pantaleon Kórház Nonprofit kft. 2010 – 2015. időszakra vonatkozó stratégiai tervének szakmai alapjai

A közép- és hosszú távú szakmai stratégia kidolgozása során alapvető tényként kell figyelembe venni a kórház földrajzi helyzetét, meglévő épületállományát, technológiai felszereltségét, összefüggésben a szűkebb és a potenciálisan elérhető tágabb ellátási terület statisztikai és morbiditási adataival.

A kórház földrajzi elhelyezkedését tekintve 50 km-es átmérőjű körben az egyetlen akut ellátásra és folyamatos sürgősségi ellátásra képes sokszakmás intézmény. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. tv. 4/A §-ának (4) bekezdés a. pontja előírja, hogy a sürgősségi ellátást oly módon kell biztosítani, hogy „a lakosság legalább 95 %-a számára legalább az alapszakmákban ellátást nyújtó aktív fekvőbeteg intézmény elérhetősége 60 percnél kevesebb legyen”. A város és a kórház jelentős közlekedési csomópontban jó elérhetőségi mutatókkal rendelkezik. A jelen állapotot tükröző 2008. évi OEP ellátási statisztikák szerint saját kistérségünk lakosságának 73 %-át, a paksi kistérség lakosságának 15 %-át és a kunszentmiklósi kistérség betegeinek 10 %-át a Szent Pantaleon Kórház látja el. Ezen tendenciák a jövőben várhatóan erősödő igényként fognak jelentkezni.

A sürgősségi ellátás folyamatos biztosíthatósága sokrétű szakmai háttérrel igényel, részben diagnosztikai, részben szakkonziliáriusi rendelkezésre állás szintjén. Az egyes szakmák konziliáriusi elérhetőségét és a sürgősségi esetekben adekvát beavatkozásuk lehetőségét csak oly módon lehet biztosítani, ha ezen szakterületek napi folyamatos működése – azaz osztályháttére - is rendelkezésre áll. Mindebből az következik, hogy az alapszakmákon (belgyógyászat, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, gyermekgyógyászat) túlmenően a baleseti sebészet, a neurológia és a kis manuális szakterületek folyamatos működését biztosítani kell.

A régióon belül Fejér megyében a legalacsonyabbak a 10 ezer lakosra jutó ágyszámok, illetve a járóbeteg-ellátás óraszámai. A meglévő szakmai struktúra szervesen illeszkedik a megyei ellátásba, egyes szakterületek esetleges megszüntetése a megyei kórház számára kezelhetetlen forgalomnövekedést eredményezne. A megbetegedési statisztikák alapján a szív- és érrendszeri, a mozgásszervi és balesetes, valamint a cerebrovasculáris betegségek számának növekedése várható.

A szakmai lehetőségek, új diagnosztikus, terápiás és műtéti eljárások az aktív kórházi ápolási idők rövidítését, egyes esetekben ambuláns ellátásra való terelését fogják eredményezni. Ennek hatására a meglévő ágyszám tényleges csökkenése várható, amely azonban az intenzívebb ápolási igények növekedése miatt a szakember igényt várhatóan nem fogja mérsékelni és a betegek komfortigénye - összhangban a minőségi elvárásokkal - a kubarúra szükségletet sem fogja befolyásolni.

A kórház szakmai kapacitása, infrastruktúrája és gazdasági társaságként való működési formája lehetővé teszi, hogy a nem TB finanszírozott ellátások területén is szolgáltatásokat működtessen. Ez a fizio- és balneotherápiás lehetőségeken túl a VIP ellátás, a már jelenleg is működő plasztikai sebészet fejlesztése mellett, a volumenkorlát (azaz az OEP által lekötött kapacitások) feletti szakmai kapacitás értékesítése lehet. Az új műtőblokk megépültével a „D” szárny V. emeletének két műtőjét és a jelenlegi intenzív osztály területét magas színvonalú VIP egységgé lehet alakítani, s térben elkülönítve, teljes térítés ellenében diagnosztikus és műtéti lehetőségeket nyújtani fizető betegeknek (a várólistákat kikerülni kívánó hazai betegeken kívül a környező nagyvállalatok külföldi állampolgárságú dolgozóinak vagy akár az EU-n belüli más külföldieknek is).

Nemcsak kórházunkban, hanem országosan, sőt, az egész EU-ban kritikus a szakember-ellátottság, különösen az orvoshiány. Legalább hazai szinten versenyképes bérezés mellett is, csak akkor számíthatunk megfelelő számú kvalifikált orvosra, ha a szakmai működés korszerű feltételeit biztosítani tudjuk. Mindezek mellett fel kell készülnünk rá, hogy egyre több területen lesz jellemző, hogy szerződéssel, részfoglalkoztatásban vagy szabadfoglalkozású státuszban kell a szükséges szakembereket alkalmazni. Folytatni és bővíteni kell azt a gyakorlatot, hogy egyes specialitások területén a megyei kórházzal vagy más nagy intézménnyel együttműködve, az ő szakmai- és orvos háttérüket felhasználva, de kórházunkban tudjunk nyújtani ellátást. E téren az érsebészet, az idegsebészet, a mellkas-sebészet és a kézsebészet azok, amelyeknek sürgősségi vonatkozásai is lényegesek, s nem elhanyagolható az onkológiai ellátásba ilyen formában való bekapcsolódás fontossága sem.

Az épületek működőképesen tartását a folyó finanszírozásból csak nagy nehézségek árán és csak kompromisszumokkal lehet biztosítani. Az I. Rendelőintézet épületének, valamint a főépület nagy rendszereinek (fűtés, elektromos hálózat, nyílászárók) felújítását külön forrásból kell megoldani. Hasonlóan elkülönített forrást kell találni a szakmai minimumfeltételekben meghatározott feltételek biztosítására, a nagy értékű műszerek cseréjére.

Önkormányzatunk elsődleges célja a kórház további eladósodásának csökkentése a likviditási gondok kezelése, a működés költséghatékonyságának javítása. Mindezek megvalósításához az alábbi feladatok végrehajtását tűzi ki.

Célok:

- Az aktív fekvőbeteg szakellátás fenntarthatóságának, szakmai színvonalának megőrzése illetve emelése, a gyógyító-megelőző tevékenység körülményeinek, feltételrendszerének korszerűsítése, a Kórház gyógyító-megelőző szolgáltatásaihoz történő hozzáférés javítása.
- A TIOP-2.2.4 számú pályázaton történő eredményes részvétel esetén új központi technológiai tömb létrehozása, melyben centralizálásra és egységesítésre kerül a műtői tevékenység, továbbá a központi sterilizáló szolgálat mely az eddigieknél hatékonyabb működést eredményez.
- Meg kell kezdeni a jelenleg hatályos szolgáltatási, illetve outsourcing szerződések teljes körű felülvizsgálatát és kezdeményezni olyan jellegű módosítását, mely igazodik az egészségügyi finanszírozás értékcsökkenésének mértékéhez
- Meg kell vizsgálni a kubatúra csökkentésének lehetőségeit, különös figyelemmel az I. – II. Rendelőintézetekből történő kivonulással.
- Tárgyalásokat kell folytatni annak érdekében, hogy az élményfürdő területén található gyógyászati részleg a lehető legrövidebb időn belül elfoglalható legyen.
- Meg kell vizsgálni azokat a tevékenységeket melyek veszteségesen működnek és kezdeményezni ezen tevékenységek megszüntetését.
- A hatékonyabb működés érdekében az ágyszám átcsoportosítást és bizonyos osztályok esetében a mátrixosítást előtérbe kell helyezni.
- Meg kell vizsgálni a dolgozói ösztönző rendszer, valamint a műszak és készenléti rendszer átalakításának lehetőségeit.

Az előzőkben leírtakból láthatjuk, hogy az egészségügyi alrendszer valamennyi szereplőjénél a finanszírozás elégtelensége okozza a legfőbb problémát. Ezen önkormányzatunk nem tud változtatni, de anyagi lehetőségeihez képest megpróbálja a lehető leghatékonyabb segítséget nyújtani.

VII. Általános célkitűzések:

Törekedni kell arra, hogy

- mind az ifjúság, mind pedig a felnőtt lakosság körében bővüljenek az egészséggel, egészségmegőrzéssel, betegségekkel kapcsolatos ismeretek, és növekedjen az egészségtudatos magatartás.
- a lakosság táplálkozási szokásai, és rendszeres testedzéssel kapcsolatos attitűdje és gyakorlata kedvező irányba változzék
- a káros szenvedélyekkel (dohányzás, szeszital, drog) kapcsolatos lakossági elutasító szemlélet és magatartás erősödjön
- az egészséget befolyásoló lakóhelyi, környezeti tényezők kedvező irányba változzanak, összhangban és harmonizálva a városfejlesztési programmal
- az egészséges élethez való esélyegyenlőség javuljon, az ehhez szükséges ismeretek és feltételrendszer egyenlőtlenségei csökkenjenek
- az egészségügyi ellátórendszer szakmai és intézményi feltételrendszere fejlődjön

Fokozott figyelmet kell fordítani, arra hogy

- a szűréssel, szakszerű gondozással megelőzhető (szív-, érrendszeri, daganatos) megbetegedések halálozási aránya értékelhető mértékben csökkenjen
- a stratégiai együttműködő partnerek felkutatására, szövetségek kötésére, (oktatásügy, piaci, gazdasági szereplők, média... stb.)
- az egészséget támogató épített és természeti környezet állapotának kialakítására, javítására.