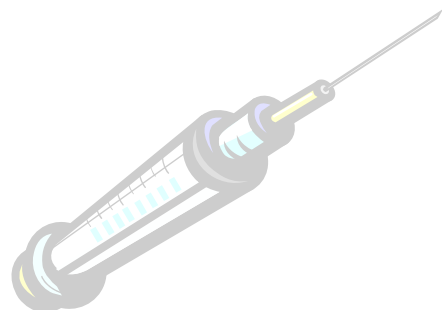


Abaúji Területfejlesztési Önkormányzati Szövetség

**A térségben élők egészségügyi
rehabilitációs programjának
kidolgozása**

Tanulmány



Készült:

a Borsod–Abaúj–Zemplén Megyei Területfejlesztési Tanács
támogatásával

Előszó

A XXI. század az egészségügy évszázada lesz. Ahhoz, hogy az elkövetkező változásokat felkészülten, hasznunkra fogadhassuk, jövőképre, megfelelő stratégiai tervre van szükségünk, ehhez pedig hiteles szakmai program kell.

A rendszerváltozáskor a Cselekvési Program hosszútávon és előremutatóan kijelölte az egészségügy fejlődési irányait, de az elmúlt 10 év szükségessé teszi a program aktualizálását, továbbfejlesztését. Az 1991-ben leírt program alapelvei és célkitűzései ma is változatlanul érvényesek, de a társadalmi-technikai környezet változása szükségessé teszi az eszközrendszer hozzáigazítását.

Az egészségügy a mindennapjainkban a politika homlokterébe került, és sikerült elérni azt, hogy az egészségügy, legfontosabb közügyünké vált, ami jó esélyt ad az egészségügy problémáinak rendezésére. Ehhez tiszta, átlátható, jól szabályozott keretek, megerősödött erkölcsi tartás, és nem utolsósorban tisztességes megélhetés és munkakörülmények kellenek.

1. Az egészségügy új struktúrája

Bár a lakosság egészségi állapotának javítása alapvetően a népegészségügyi programon keresztül érhető el, kiemelt figyelmet kell fordítani az egészségügyi ellátórendszer gondjainak oldására is. Ez elsősorban az ellátórendszer szerkezetének átalakítását jelenti. Új, az igényekhez jobban alkalmazkodó, működőképes és finanszírozható egészségügyi szolgáltatásrendszer kialakítását kell elérni, amelyhez meg kell határozni az egészségügy jövőképét.

Az egészségügyi rendszer új kihívások elé néz. A kihívások megoldásában elsődleges szempont az ellátás minőségének egységesítése és javítása, a megfelelő hozzáférés biztosítása és a hatékonyság javítása mellett. Az egészségügy tudományos-technikai fejlődésének eredményei csak egy jól szabályozott rendszerben biztosíthatóak mindenki számára. Ehhez regionális szemléletben, a progresszív ellátás elvének érvényesítésével kell újrászervezni és átalakítani az egészségügyi ellátás intézményrendszerét.

Célok:

- Az intézményrendszer struktúrájának tervszerű alakítása, az ellátó intézetek közötti *minőségjavító verseny* kialakítása.
- *Regionális szervezetű, a progresszív ellátás elveit figyelembe vevő szektorsemleges közszolgáltatási rendszer kialakítása*, amely mindenki számára biztosítja a területi egyenlőtlenségek kiegyenlítése mellett az egészségügyi ellátáshoz a megfelelő hozzáférést.

- *Az egészségügy szerkezetváltásának segítése, azaz olyan belső szerkezet kialakítása, amely a költséghatékony, lakosságközeli ellátási formákat, illetve a bizonyítottan hatékony új technológiák terjedését segíti.*
- *Az egészségügy közgazdasági megalapozottságának erősítése, azaz az egészségügy gazdasági folyamainak olyan befolyásolása, amely érdekeltségi rendszerével segíti az egészségügy forrásgondjainak oldódását, a hatékony gazdálkodást és a tőkebefogadást.*
- *A minőségpolitika intézményrendszerének megerősítése, a bizonyítékokon alapuló orvoslás eredményeinek alkalmazása.*

Az egészségügyben a hatékonyság javítása érdekében szükség van az ellátórendszer szerkezetének átalakítására. A struktúratervezésnél *a regionalitás figyelembevétele* – a hatékonyság és a mindenki számára egyenlő esélyű hozzáférés megteremtése miatt - *az EU-csatlakozástól függetlenül is elengedhetetlen az egészségügyben.* A regionalitás kialakítása ad lehetőséget a progresszív ellátás szakszerű struktúrájának a betegeket szolgáló megvalósítására: a szakmailag igényes, nagy erőforrás-igényű ellátásokat szakmai centrumokban minden egészségügyi régióban azonos hozzáférési eséllyel kell biztosítani. Az ellátás hatékonyságának és a megfelelő minőség biztosíthatóságának érdekében az ilyen ellátásokat csak a megfelelő minőségtanúsításon átesett központok nyújthatják.

Az ellátás megfelelő minőségű és biztonságú hozzáférése érdekében át kell alakítani a járóbeteg-ellátás rendszerét. A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező intézeteket a megfelelő beutalóval rendelkező betegek szabadon, korlátozás nélkül felkereshetik. Ezzel szemben a területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező rendelések igénybevétele legális co-paymenttel (önrészvállalással) jár. Ez azt eredményezi, hogy *a betegek az eddigi feltételek mellett vehetik igénybe a közszolgáltatási egészségügyi*

rendszer, de a társadalombiztosítás hozzájárul a költségeikhez, ha ellenőrzött minőségű magánrendeléseket vesznek igénybe.

Az ellátórendszer új szerkezetének kialakításához egységes rendszerként *átalakítják a minimumfeltételek, a minőségtanúsítás és a finanszírozási szerződéskötés rendszerét.* Az egyes ellátások szakmai követelményrendszerét, a hozzáférés elvárt területi szintjét, azaz a funkcionális szemléletű, progresszivitásra épülő minimumfeltételeket az *Egészségügyi Minisztérium* szabja meg, és az *ÁNTSZ* ennek megfelelően adja ki a működési engedélyeket. Az intézmények minőségtanúsításának rendjét független szervezet, a *Nemzeti Akkreditációs Testület* határozza meg. Az akkreditáció tanúsítja, hogy az intézmény rendelkezik-e az adott ellátások személyi-tárgyi-szakmai feltételeivel.

Az egészségbiztosító szolgáltatásvásárló funkciója megerősödik, az általános kapacitás-lekötés helyett szolgáltatásokat vásárol: a regionalitás figyelembevételével konkrét feladatokra, konkrét szolgáltatásokra köt szerződést az ezekre a feladatokra akkreditált intézményekkel. A szolgáltatásvásárlói funkció alapvető elemeként ki kell alakítani egy szakszerű, hatékony ellenőrzési rendszert, amelynek vezérlő elve a biztosítottak érdeke. Kialakítják az egészségbiztosító, a különböző szakmai szervezetek, az ellátórendszer szempontjait érvényesítő szervezetek munkakapcsolatát, harmonikus együttműködését biztosító felügyeleti és irányítási rendszerét.

A fenti célok megvalósíthatósága érdekében *meg kell erősíteni az egészségügyben a minőségügy intézményrendszerét és információtechnológiai megalapozottságát.* Az egészségbiztosítás finanszírozás-politikájában, a szakmai szabályok megalkotásában a

tudományos bizonyítékok alkalmazása adja a szakmai alapot. Mindez szükségessé teszi az új, illetve a már elfogadott orvosi eljárások hatékonyságának rendszerszerű vizsgálatát. Az Eljárásértékelési és Minőségügyi Intézet megalapításával megteremtik ennek az intézményrendszerét. Ez az intézmény lehet az alapja az Országos Egészségügyi Innovációs Központnak is.

A szakmai-irányítási rendszerben kiemelt szerep hárul az országos szakmai intézetekre, amelyek az egyes szakterületek metodikai és szakmai döntés-előkészítő intézményeként segítik az egészségügyi irányítás munkáját.

Mindez együttesen biztosítja, hogy a biztosítottak az ország teljes területén azonos eséllyel jussanak hozzá az ellenőrzött, egységes minőségű szolgáltatásokhoz.

2. Észak-Magyarország egészségügyi helyzete

Mindhárom megyeszékhelyen működik megyei kórház (Miskolc, Eger, Salgótarján). Ezen kívül Miskolcon három, Sátoraljaújhelyen, Kazincbarcikán, Ózdon, Szikszón, Gyöngyösön, Hatvanban, Balassagyarmaton és Pásztón egy-egy általános kórházban látják el a betegeket. Miskolcon található a régió egyetlen egyházi kórháza, a Máltai Gondozó KHT. Állami fenntartású intézmény a közigazgatásilag Gyöngyöshöz tartozó Mátrai Állami Gyógyintézet, illetve a parádfürdői Állami Kórház. 1998 végén a régióban összesen 9 709 kórházi ágy működött, tízezer lakosra jutó számuk 76, a főváros nélkül számított országos átlagnál 4-gyel több.

Minden városban van járóbeteg-szakellátás, amely a környékükhöz tartozó községek lakosságának is nyújtanak ellátást, ezen kívül Izsófalván addiktológiai gondozó, Csitáron tüdőbeteg-gondozó, Nógrádgárdonyban Megyei Tüdőintézet, Mezőkövesden Megyei Reuma Kórház, Edelényben tüdőbeteg gyógyító ház működik. A járóbeteg-szakellátásban teljesített orvosi munkaórák 50%-a a megyeszékhelyek kistérségei, másik fele a többi térség között oszlik meg, utóbbin belül a miskolci 34; az egri 11; a salgótarjáni pedig 5 százalékot képvisel.

1998 év végén a régió kistérségeiben egy házi orvosra (gyermekorvosokkal együtt) az országos átlagnál 82-vel több, 1 570 lakos jutott. A régiós átlaghoz képest a rétsági (1 386), a salgótarjáni (1 401) és a miskolci (1 421) kistérségekben számottevően kedvezőbb, a hevesiben (1 767), a szikszóiiban (1 805), valamint az ózdiiban (1 849) rosszabb volt az ellátottsági mutató. Házi gyermekorvosok leginkább városokban, a körzetközpontokban dolgoznak, a községek közül mindössze 21 helyen, de ők ellátják a környező települések lakosságát is. A kistérségekben 238

gyógyszertár üzemel, ebből 106 községekben, a többi városokban.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások körébe az alap- és nappali ellátás, a tartós bentlakásos, illetve átmeneti elhelyezést nyújtó gondoskodás tartozik. Az alapellátás biztosítását valamennyi önkormányzat részére törvény írja elő. Nappali ellátást biztosítanak az idősek klubjai, a fogyatékosok és szenvedélybetegek intézményei. Idősek klubját a 2 000 fő feletti, az egyéb feladatokat ellátó szervezeteket a 20 ezer főt meghaladó lélekszámú települések önkormányzatainak kell létrehozni.

A vizsgált időszakban a kistérségekben 253 idősek klubja működött, ezer 60 éves és idősebb lakosra 25 férőhely állt rendelkezésre az országos 20-al szemben. Legjobban ellátott az encsi 67, a sátoraljaújhelyi 62, a sárospataki 47 kistérség volt.

2.1. Borsod – Abaúj – Zemplén megye összefoglaló adatai

- **Terület:** 7 247 km²,
országos százalékban: 7,8 %
- **Népesség:** 738 877 fő,
országos százalékban: 7,3 %
- **Népsűrűség:** 102 fő/km²
- **Orvosok száma:** 1 862 fő
- **10 000 lakosra jutó orvos:** 25,2
(Országos átlag: 34)
- **Háziorvosok száma:** 370
- **Egy háziorvosra jutó lakos:** 1 997
(Országos átlag: 1 965)
- **Egy háziorvosra jutó 60 éven felüli lakos:** 379
(Országos átlag: 384)

- **Háziorvosok betegforgalma:**
 - ☞ *Rendelésen megjelentek:* 3 789 262
 - ☞ *Lakáson meglátogatottak (hívásra):* 163 770
 - ☞ *Lakáson folyamatosan ellátottak:* 195 944
 - ☞ *Összes megjelent és látogatott:* 4 148 976
- **Házi gyermekorvos:** 99
- **100 000 lakosra jutó házi gyermekorvos:** 13,4
(Országos átlag: 15,4)
- **Körzeti- háziorvosi gyermekgyógyászok:** 469
(Országosan összesen: 6 716)
- **Egy gyermekgyógyászra jutó lakos:** 1 575
(Országos átlag: 1 509)
- **Működő kórházi ágy:** 5 446
(Országosan összesen: 83 485)
- **Működő kórházi ágy 10 000 lakosra:** 73,7
(Országos átlag: 82,4)
- **Elbocsátott betegek száma:** 172 803
- **Ápolás átlagos tartama:** 10 nap
- **Ágykihasználás:** 86,8%
(Országos átlag: 80,4%)
- **Halálozási arányszám:** 3 %
(Országos átlag: 3,1 %)
- **Mentőállomások száma:** 20
- **Mentőgépkocsik száma:** 111
- **Mentőorvosok száma:** 8
- **1000 lakosra jutó elsősegély:** 25,3
(Országos átlag: 22,3)
- **1000 lakosra jutó mentőfeladat:** 423,8
(Országos átlag: 264,2)

(A KSH adatai)

2.2. Egészségügyi adatok

A megye orvosainak száma az 1980 évi 1 600 főről 2 109-re (1990), majd 2 144-re nőtt, közülük viszont csak 1 949 praktizál (90%). 10 000 lakosra 26 orvos jut, ezzel a megyék közötti rangsorban Borsod-Abaúj-Zemplén a 12. helyen áll. Az orvosok közül 368 háziorvos, 99 gyermekorvos. Miskolc rendelkezik az összes háziorvos egynegyedével, a gyermekorvosok 44%-ával. Az egy háziorvosra jutó lakosok száma a megyében 1 605 fő, ami a megyék közötti sorrendben a 10. helyet jelenti. Az orvosok között 1 027 férfi és 922 nő van. Életkor szerinti megoszlásuk alapján közel 60%-uk 30 és 49 év közötti. A közsolgálati orvosok száma 174, az 1993-tól létező magánorvosi szolgálat keretében praktizáló orvosoké 192. A megyében 87 vállalat foglalkoztat üzemorvost, szemben az 1990 évi 132 vállalattal. Az üzemorvosok 70%-a csak részfoglalkozásban látja el ezt a feladatot. Gond, hogy közel 200 községnek nincs helyben orvosa.

(Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kézikönyv)

2.3. Teljes körű egészségügyi ellátás

Borsod megye azon kevesek egyike, ahol a szívsebészet kivételével az egészségügy minden területén önálló kapacitás van a megyében. A járóbeteg-ellátás megerősítése és a fekvőbeteg kórházi férőhelyek csökkentése jegyében 1995 óta közel 600 ágyat építettek le, jelenleg 5 370 ágyon folyik a gyógyítás. Az edelényi Koch Róbert Kórház nemrégiben visszakerült a megyei önkormányzattól a városhoz, így a megye 11 kórházából jelenleg 5 tartozik a megyei önkormányzathoz, és ez 2 661 ágyat jelent.

1995-ben befejeződött az a program, amelynek keretében 102 millió forintot biztosítottak a kórházak halaszthatatlanul fontos felújításaira,

energiarendszereket, lifteket, tetőket korszerűsítettek. Nagy hangsúlyt helyeznek a műszerellátás javítására is, amire cégtámogatásokat is igénybe véve 750 millió forintot költött az önkormányzat. A megyében két kiemelkedő egészségügyi fejlesztés volt az elmúlt években. 1991 és 1995 között több mint 400 millió forintos beruházással korszerűsítették a Szent Ferenc kórház központi épületét, ahol szakambulanciákat, tüdőgondozókat alakítottak ki. A kórház kihelyezett részlegében, a Csanyikban 160 férőhelyes részleget hoztak létre, ahol légzőszervi rehabilitációs osztály is nyílt, barlangterápiával. A másik, egy nagymértékű beruházás, a Megyei Kórház egymilliárd forintos korszerűsítése, ami 1998-ban ért véget. A kórházvárosnak is nevezhető, pavilonrendszerű Megyei Kórházban minden speciális szakellátás jelen van, s oktatóközpontként is funkcionál.

2.4. Kórházi ágyak száma (1997. január 1-jén)

↵ Miskolc Megyei Kórház:	1689
↵ Semmelweis Kórház:	1035
↵ Szent Ferenc Kórház:	411
↵ Diósgyőr:	323
↵ Ózd:	357
↵ Szikszó:	287
↵ Edelény:	190
↵ Mezőkövesd:	118
↵ Izsófalva:	118

(Magyar Hírlap cikke)

2.5. A lakosság egészségi állapotának néhány jellemzője (országos)

A lakosság születéskor várható élettartama, ha kis mértékben is, de lassan növekszik, miközben a férfiak születéskor várható élettartama az

ötvenes évek szintjére süllyedt vissza, mert hihetetlenül magas az aktív korú férfiak halálozása. Míg 1970-ben ezer 20 és 60 év közötti férfi közül 26-an haltak meg, ma 39-en. A halálozások és az élve születések száma közötti különbség tragikusan rossz irányba változott: 1970-ben egy halálozásra 1,26 élve születés jutott, 1996-ban már csak 0,74 volt. A 14 éven aluliak aránya 1980 és 1997 között 25,5%-ról 17,7%-ra csökkent.

E korösszetételből adódóan a jelenlegi és a jövőbeni idők egészségügyi ellátása nagy megterhelést fog jelenteni az ellátórendszer számára. A legfőbb halálokok közül a daganatos megbetegedések okozta halálozások száma a férfiaknál fokozatosan emelkedik: 1970-ben 2 774-en, 1996-ban 5 800-an haltak meg. A szív és érrendszeri betegségek a halálozások több mint, 50 %-áért felelősek. A férfiak halálozásában még mindig az érelzáródásos szívbetegségek találhatók az első helyen, az agyi ér megbetegedések okozta halálozások a negyedik helyen szerepelnek. Nőknél a vezető halálokok ezen megbetegedésekből fakadó halálozások állnak az első helyen.

Becslések szerint a dohányzás és az alkoholizmus évente legalább negyvenezer ember halálában meghatározó szerepet játszik, ez az összes halálozás 27 %-a! Ugyancsak évről évre növekszik a balesetekben meghaltak száma. Átlagos életkoruk nem éri el az 50 évet. A halálozási statisztikák jelentős eltéréseket mutatnak az ország különböző térségei, a városok és a falvak, valamint a főváros kerületei között, továbbá a különböző foglalkozású, műveltségi szintű és anyagi helyzetű csoportok tagjai között.

(Egészségügyi Minisztérium)

2.6. Egészségügyi Intézmények

↳ **BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI KÓRHÁZ**

3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 72.

- ↪ **SEMMEI WEIS KÓRHÁZ**
3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.
- ↪ **VASGYÁRI KÓRHÁZ**
3533 Miskolc, Kórház u. 1.
- ↪ **AVASI SZOCIÁLIS DECENTRUM**
3529 Miskolc, Klapka György u. 6-8.
- ↪ **CSALÁDSEGÍTŐ SZOLGÁLAT**
3529 Miskolc, Budai J. u. 4.
- ↪ **IDŐSKORÚAK SZOCIÁLIS OTTHONA**
3526 Miskolc, Szentpéteri kapu 111.
- ↪ **ÁLLAMI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ÉS TISZTIORVOSI SZOLGÁLAT**
3529 Miskolc, 3530 Meggyesalja u. 12.
- ↪ **ORSZÁGOS MENTŐSZOLGÁLAT**
3530 Miskolc, Petőfi Sándor u. 18.

A történelmi Abaúj térsége az egészségügyi ellátás szempontjából lényeges jellemzők és problémák tekintetében egységességet mutat, továbbá a terület egyetlen fekvőbeteg-gyógyintézete is az egységes egységként való kezelés mellett szól.

A tanulmány kidolgozása során ez a szemléletmód szolgált a fejlesztési elképzelések kiindulópontjául.

2.6.1. A Göncön található Sziget Gondozóház és az Encsen felépült Idősek Ápoló – Gondozó Otthona

Göncön működik a Sziget Gondozóház, ahol kedély- és szenvedélybetegek gyógyítását végzik. Ezen betegségeket munkaterápiával (szövés, fonás, varrás, stb.) kezelik. Emellett szakorvosi ellátást biztosítanak. A Gondozóházban sportolási lehetőség is van. A betegek az

intézmény fenntartásában is részt vesznek azáltal, hogy egyes feladatokat elvégeznek (pl.: favágás). A betegek gyógyítását azáltal idézi elő, hogy társaságban vannak, együtt dolgozhatnak, oldja a magányt.

Az intézetbe Sátoraljaújhelyből jár ki szakorvos, ezáltal a betegeket megkímélik a távolabbra való utazástól. A Sziget Gondozóház 2001. szeptemberétől működik.

Encsen felépült az Idősek Ápoló – Gondozó Otthona. A szép, új épület nem is kerülhetett volna jobb helyre, hiszen Abaújban, megyénkben nagyon sok a gondozásra, ápolásra szoruló idős ember és a családok anyagi helyzete, a nagy munkanélküliség és az alacsony jövedelmek ebben a térségben teszik legkevésbé lehetővé az idős, beteg emberek otthoni gondozását, esetleg magángondozó otthonban történő ellátását.

2002. április 28-án a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei önkormányzat tizenhatodik, szociális, személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos intézményét adták át, amelyben önmagukat ellátni nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes idős korúak teljes körű ápolása-gondozása történik majd. Az intézet létrehozásának célja az volt, hogy az ott ellátottak emberi méltósághoz való jogát és életminőségét megfelelő módon biztosítani tudják. A bentlakókat egy olyan környezet vegye körül, amely családi hangulatot, szeretetet és tiszteletet sugároz, hogy érezzék, ott minden értük történik, értük van ez a gyönyörű, tágas épület.

Az intézmény 120 időskorú emberen hivatott segíteni, és közel 75 új munkahely teremődik, tehát befolyásolja a kedvezőtlen munkaerőpiacot is, és így visszahat a kedély- és szenvedélybetegségek előfordulására.

3. Az egészségügy és szociális ellátás jelenlegi rendszere

3.1. Az egészségügy országos helyzete

Az gazdasági, társadalmi átalakításnak, korszerűsítésnek része az egészségügyi ellátó rendszer modernizálása.

A magyar lakosság egészségi állapota a 60-as évek közepétől fokozatosan romlik, ez a változás régiókban az országos átlagnál is kedvezőtlenebb.

A magyar egészségügy eddigi történetének legsúlyosabb és – mert évekre elhúzódó – legpusztítóbb válságát éli.

A magyar egészségügy válsága – hasonlóan a gazdaság más területeihez – elsősorban strukturális jellegű. A válság megoldása azonban javuló gazdasági helyzetben is kilátástalan az intézmény rendszer alapvető megváltoztatása, átalakítása nélkül.

A strukturális átalakítás a legnehezebb feladat, mert amellett, hogy a lakosság jelentős részét érinti, egzisztenciális változásra kényszeríti az ellátókat, szinte a teljes egészségügyi társadalmat is.

A gazdasági kényszer többé-kevésbé jól működő, de mindenképpen szükséges struktúrák működtetését már nem teszi lehetővé a jelenlegi finanszírozási feltételek mellett. Ezek további fenntartása csak - lehetőleg konszenzus alapján kialakított – új formában lehetséges.

Az egészségügyi rendszer működése akkor megfelelő, ha:

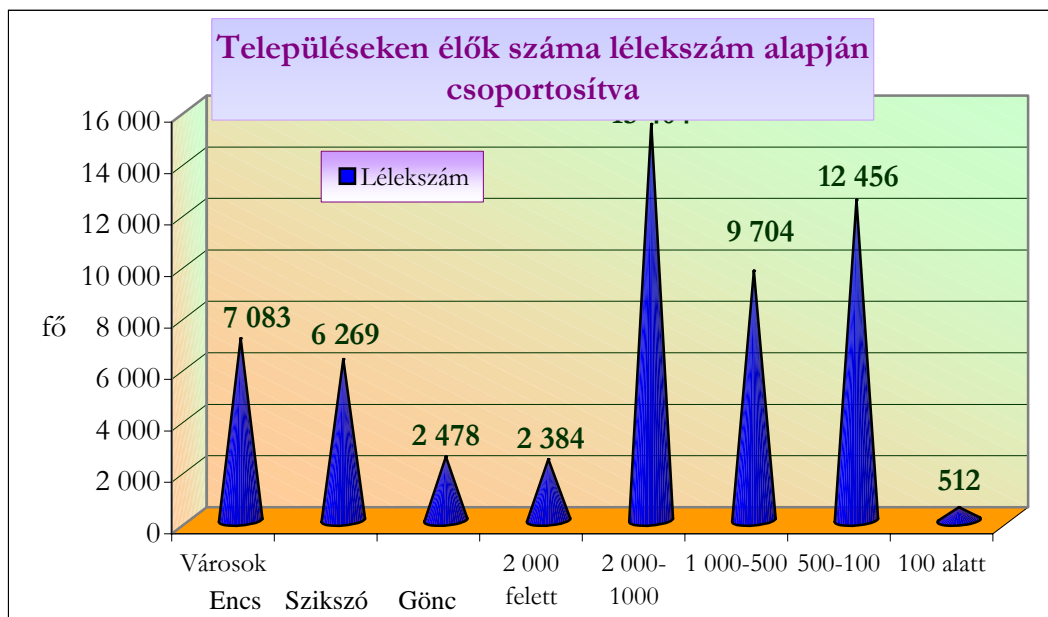
- ➔ mindenki hozzájut az alapvető és garantált minőségű egészségügyi ellátáshoz,
- ➔ az eljárások hatásossága, hatékonysága megfelelő,
- ➔ az egészségügyi finanszírozható rendszerben működik,
- ➔ a szolgáltatások rendszere a rájuk költött közpénzek sorsa átlátható,
- ➔ a szolgáltatási struktúra a valós egészségügyi szükségleteket rugalmasan követi.

Az átalakításoknak tekintettel kell lennie a realitásokra.

3.2. A térség jellemzői

Az abaúji régió összlakosság száma 56 289 fő, ezen lakosság 79 településen él.

TELEPÜLÉS NAGYSÁGRENDJE	TELEPÜLÉSEK SZÁMA	ÖSSZLAKOSSÁG
Városok	(3) <i>Encs</i>	7 083
	<i>Szikszó</i>	6 269
	<i>Gönc</i>	2 478
2 000 felett	<i>Forró</i>	2 384
2 000-1 000	12	15 404
1 000-500	14	9 704
500-100	42	12 456
100 alatt	7	512
ÖSSZESEN	79	56 289



A területen élők jelentős része 22 160 fő az 500 fő körüli lakosság számú aprófalvakból tevődik össze, a két város 13 351 lakosság számú.

Az önkormányzati törvény az ellátási felelősséget a helyi önkormányzatokhoz rendelte.

A háziorvosi ellátások működtetése a helyi önkormányzatok feladata, amit közalkalmazotti viszonyban álló orvossal vagy szerződött vállalkozó orvossal is elláthatják, utóbbi esetben is az önkormányzat feladata a működési feltételek biztosítása.

3.3. Az egészségügyi ellátás a térségben

Az egészségügyi ellátás összetevői az alapellátás – háziorvosi, házi gyermekorvosi, védőnői, iskola, ifjúsági egészségügyi, házi szakápolás, foglalkozás egészségügyi, fogászati szakellátás, ami két fő részére osztható, járóbeteg szakellátás, fekvőbeteg szakellátás. Az utóbbin belül elkülönül az akut ellátás, valamint a krónikus mely jellege szerint lehet gondozó, utókezelő, ápolási feladatot ellátó.

A járóbeteg szakellátáson belül elkülönül még a járóbeteg gondozási rendszere: ideg-elme, bőr- és nemibeteg, tüdőgyógyászat, onkológia, alkoholgondozó.

A rehabilitációs rendszeren belül működnek a különleges ellátást nyújtó rehabilitációs centrumok, szanatóriumok.

Területünk a területi ellátási kötelezettségeknek megfelelően az egészségügyi ellátás minden területén lefedett. Az alapellátás részletes adatai és jellemzői területünkön az alábbiak.

A három városban, valamint Forró községben a háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátás kettévált, a terület többi körzetében vegyes háziiorvosi praxisok működnek, tehát mind a felnőtt, mind a gyermek lakosságot egy körzeten belül látják el.

A körzetek száma összesen 34, ebből 2 vegyes háziiorvosi praxis betöltetlen, valamint folyamatban van egy új házi gyermekorvosi praxis megszervezése.

Az ellátást Végző jogállása	Körzet típusa szerint			Összesen
	Gyermek körzet	Vegyes körzet	Felnőtt körzet	
<i>Közalkalmazott</i>	0	3	2	5
<i>Vállalkozó</i>	4	17	6	27
<i>Betöltetlen</i>	0	2	0	2
Összesen	4	22	8	34

A 34 körzetből mindössze 5 körzetben nem történt meg a privatizáció (kettő betöltetlen). Kettőben, a közeljövőben a háziiorvostan szakvizsga megszerzését követően kerül sor privatizációra, egy körzetben a közalkalmazott háziorvos közel áll a nyugdíj korhatárhoz, ezért nem vállalkozott.

Az egészségügy átalakítását, a privatizációt megelőzően a megüresedett praxisokat csak nehezen sikerült betölteni, jelentős volt a szakember elvándorlás a területről.

Az átalakítást követően 27 házi orvos vállalkozásban végzi munkáját, közülük az elmúlt nyolc évben csak egy orvos változtatta meg munkahelyét. Mivel a vállalkozás akár egyéni vagy társas Bt., Kft., csak hosszú távra tervezhető, így csak igen indokolt esetben változtatnak munkahelyet az egészségügyi vállalkozók, ezáltal a lakosság ellátása stabilan biztosított.

Az egy körzetre jutó lakosság szám 1 655 fő, ez meghaladja az ideálisnak mondott 1 200 – 1 300 fő nagyságrendű körzet létszámot.

Az előzetesen ismertetett település szerkezet sok esetben földrajzilag sem teszi lehetővé a körzet határok módosítását.

Az évtizedek során kialakult körzetek megváltoztatása – mivel minimálisan 1 200 fő – nincs lehetőség.

Nagyobb települések és vonzáskörzetük – ahol igény merül fel, és lehetőség is megvan hozzá – új gyermek házi orvosi körzet megszervezésével, beindításával próbálkoznak. Szakmai szempontból a települések ilyen irányú törekvései feltétlenül támogatandók.

A területen jelenleg 32 házi orvos dolgozik, ezen orvosok szakképzettségi adatai a következők:

<input checked="" type="checkbox"/>	Gyermekgyógyász szakorvos	4
<input checked="" type="checkbox"/>	Házi orvostan szakorvos	10
<input checked="" type="checkbox"/>	Házi orvostan szakvizsgával egyenértékű	10
<input checked="" type="checkbox"/>	Általános orvostan szakorvos	4
<input checked="" type="checkbox"/>	25 éves házi orvosi gyakorlatú	4
<input checked="" type="checkbox"/>	Belgyógyász szakorvos + 10 év házi orvosi gyakorlat	2

<input checked="" type="checkbox"/>	1998. december 31-ig háziiorvosi szakvizsgát	5
<input checked="" type="checkbox"/>	1998. december 31-ig nem tud szakvizsgát tenni	3

Összesen 32

Múlt év december 1-vel indult az új házi gyermekorvosi körzet, ez évben szerveződik az újabb gyermekkörzet.

A betöltetlen körzetek pályáztatása folyamatos, jelenleg az ott lakók ellátását helyettesítő orvos biztosítja.

3.4. Szakember ellátottság

A 32 területünkön dolgozó háziiorvosnak összesen 41 szakképzése van, előreláthatólag mindössze 3 esetben kerül sor háziiorvostan szakvizsga megszerzésére 1998. december 31. után, ezekben az esetekben is az orvosok eleget tettek az előírásoknak, csak a gyakorlati idejük nem elégséges, ezért kell későbbi időpontban vizsgáznuk.

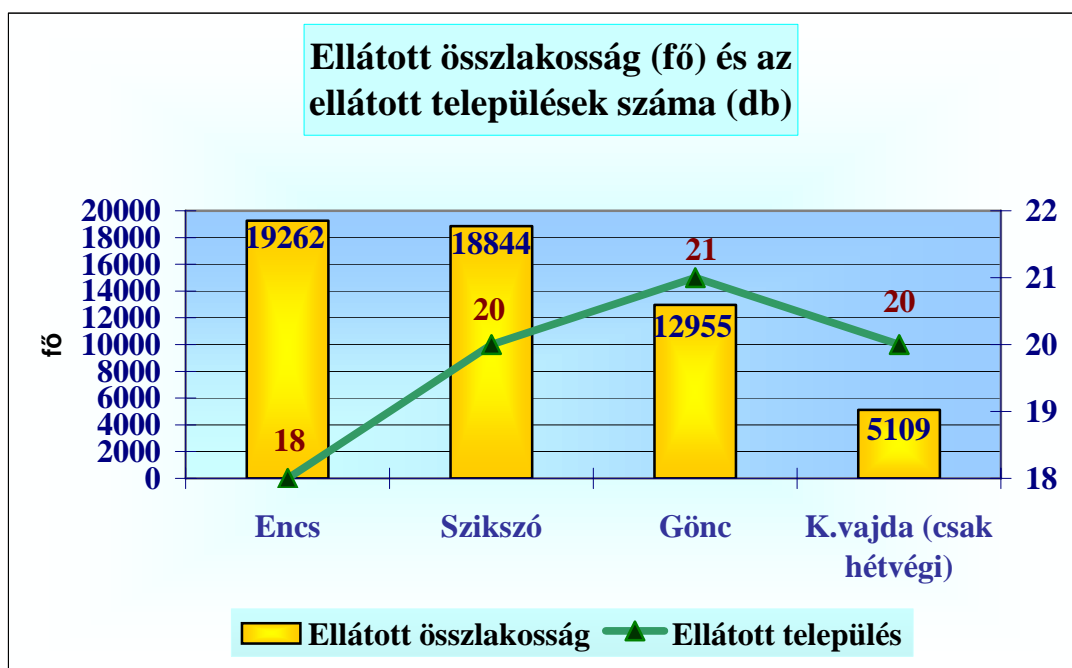
Részletezve a szakképzettségi mutatókat, háziiorvostan szakvizsga mellett más szakképzéssel is rendelkezik 9 fő.

- Háziiorvostan szakorvos + belgyógyász 4 fő.
- Háziiorvostan szakorvos + oxytológus: 1 fő
- Háziiorvostan szakorvos + igazságügyi orvostan szakorvosa: 1 fő.
- Háziiorvostan szakorvos + ideggyógyász szakorvos: 1 fő.
- Háziiorvostan szakorvos + sebészet + fogászat szakorvosa: 1 fő.
- Háziiorvostan szakorvos + sebészet + ortopéd szakorvos: 1 fő.
- Szülész - nőgyógyász szakorvos: 1 fő.

Ezen szakképzettségi mutatók az országos átlagnak megfelelőek.

A háziiorvosi ellátás keretén belül a háziiorvosi ügyeleti ellátás szervezett formában működik, 4 ügyeleti kör van kialakítva, ezek közül 3 hétközi és hétvégi ügyeleti ellátást biztosít, egy ügyelet hétvégére szerveződött, a hétközi ügyeleti feladatokat az ott dolgozó háziiorvosok készenléti formában látják el.

Ügyeleti székhely	Ellátott összlakosság-szám	Ellátott települések száma	Ügyeleti székhelytől legtávolabbi település (km)
Encs	19 262	18	Hernádpetri 21,08
			Szemere 17,17
Szikszó	18 844	20	Abaújszolnok 22,08
Gönc	12 955	21	Arka 23,00
			Kéked 15,01
Krasznokvajda (csak hétvégi)	5 109	20	Detek 19,19
			Kupa 22,78



Az ügyeletek közül egyet egy miskolci Kft. privatizált, de mivel nem a területen dolgozó orvosokkal történt a privatizáció kudarcba fullad. Az ügyeletes orvosi feladatok ellátására e térségre az itt dolgozó orvosokon kívül nem akadt jelentkező.

A későbbiekben az itt dolgozó, a háziorvosi feladatokat ellátó orvosok veszik át az ügyelet működését is. A másik három ügyelet önkormányzati működésű. Amennyiben ezen ügyeletek privatizációra kerülnek, célszerű itt is a területen dolgozó háziorvosok bevonásával végezni a működtetés megszervezését.

A foglalkozás-egészségügyi ellátás is alapellátásnak minősül. Kötelező jelleggel a munkaadóknak gondoskodniuk kell munkavállalóik munkaalkalmasság vizsgálatáról, valamint a munkahelyek foglalkozás-egészségügy felügyeletéről.

Fenti feladatot a területünkön a következő képen oldottuk meg.

Mivel foglalkozás-egészségügyi szakképesítésű orvosunk csupán egy dolgozik a szikszói Kórházban, de Ő sem ezt a tevékenységet végzi fő állásban, a rendeletekben foglaltak szerint a háziorvosoknak és más szakorvosoknak lehetőségük volt az ÁNTSZ javaslata alapján miniszteri felmentést kérni a szakvizsgai kötelezettség alól. A felmentést kapott orvosok – összesen 21 – működési engedélyt kaptak az ÁNTSZ-től foglalkozás-egészségügyi feladatok ellátásra.

A fenti engedélyek birtokában az orvosok vállalkozóként végzik foglalkozás-egészségügyi tevékenységüket, így meg van a személyes érdekelttségük, és a munkáltatóknak nem okoz problémát a kötelezően előírt ellátás biztosítása.

A közeljövőben többen tervezik a foglalkozás-egészségügyi szakképesítés megszerzését. 10 fő már bejelentkezett szakvizsgára, és

amennyiben rendeletmódosítás történik, vizsgát tudnak tenni, így remélhetőleg a későbbiekben sem marad ellátatlan a terület.

Az engedélyes orvosok folyamatosan szervezett formában többnyire Miskolcon továbbképzéseken, előírt tanfolyamokon vesznek részt, az évenkénti kötelezően előírt jelentési kötelezettségüknek eleget tesznek.

Fogászat, mint alapellátás területünkön 8 fogászati körzetben történik, Most kerül kialakításra egy újabb körzet.

A meglévő 8 körzetből egy betöltetlen, helyettesítő orvostól az önkormányzat gondoskodott.

A működő 7 körzetből 6 vállalkozási formában ellátott csak 1 fogorvos közalkalmazott.

A fogorvosok mindegyike rendelkezik fogszakorvosi képesítéssel.

A privatizáció megtörténte biztosítja, hogy a fogászati ellátás, az évenkénti szűrési kötelezettség, elérhető a lakosság számára és, előreláthatólag a későbbiek során további bővülés, de mindenképp a meglévő körzetek megmaradása várható.

Az iskola-egészségügyi és ifjúság egészségügyi ellátást szabályozó rendeletnek úgy sikerült érvényt szerezni, hogy minden háziorvosi ellátást biztosító orvos működési engedélyt kapott körzetének iskolaorvosi ellátásra is.

A későbbiekben 3 fő tervezi iskolaorvosi szakvizsga megszerzését, mivel meghatározott iskolai létszám felett e feladatokat csak szakorvos láthatja el, ezen törekvésüket támogatni indokolt.

A betegség a lakosság idős, illetve fiatal rétegét bármikor váratlanul időlegesen, vagy véglegesen érintheti. A betegség testi, avagy lelki károsodás bekövetkezte után a megbetegedett ember és környezete megoldást keres.

Az egészségügyi ellátás első feladata a helyes diagnózis megállapítása, majd a szükséges gyógyszeres és egyéb kezelések elvégzése.

A rehabilitációs folyamat a betegség megállapításakor elkezdődik, hogy az esetleges hosszantartó kezeléseket a beteg elfogadja, abban aktívan részt vállaljon gyógyulás után, avagy a maradandó károsodások mellett is ismételten munkaképes legyen. A betegségek közül, aki nem gyógyul fel teljesen különböző fokozatú károsodások, fogyatékos, rokkantság marad vissza. Ezen állapotok mind–mind különböző definícióval határozhatóak meg.

A rehabilitációból az egészségügyre háruló feladat – a kialakult állapot javítása, az állapot hanyatlásának megelőzése fekvőbeteg intézményekben, szakambulanciákon, járóbeteg szakellátásokon, járóbeteg gondozóban valamint az alapellátás keretén belül lakóhelyi rehabilitáció.

A jelenleg működő egészségügy csak igen nehezen tud megfelelni a rehabilitációs kötelezettségeinek. Problémát jelent a rehabilitáción átesett, de megváltozott, avagy csökkent munkaképességű munkavállalók munkába állítása.

Nagyon fontos, hogy a rehabilitáció kapcsán is beszéljünk a prevenció fontosságáról. Ha megelőzzük magát a betegséget, akkor kevesebb megbetegedett embert sikeresebben lehet rehabilitálni.

Jelenleg az egész országban igen kevés szakember foglalkozik kifejezetten rehabilitációval. Borsod megyében kevesebb, mint 10 orvos rendelkezik rehabilitációs szakvizsgával, a felnőtt és gyermekellátásban csak kevesebb, mint 50 gyógytornász dolgozik, valamint kevesebb mint 30 házi szakápolási szolgálat működik.

Fentieket figyelembe véve igen kevés a speciális ellátást biztosítani tudók száma, ezért mind az alap, mind a szakellátás számára a gyógyítás mellett a prevenciót és rehabilitációt is be kell építeni tevékenységükbe.

Encs és térsége 34 házi orvosi körzetre oszlik. Átlagosan egy praxis 1 655 főt lát el. Ez a praxis létszám megközelíti az országos átlagot, de

vélemények szerint, amennyiben komolyan vesszük rehabilitációs kötelezettségüket, ezen tevékenységekre forrást szükséges biztosítani.

Központi létszám–arányos, vagy pályázati úton a részletes pályázati feltételek kidolgozását követően, ellenőrizni kell a teljesítést.

Encs és térségében a foglalkozás-egészségügyi alapellátás biztosított. Jelenleg 9 foglalkozás-egészségügyi szolgálat működik telephellyel területünkön.

A foglalkozás-egészségügyi alapellátás finanszírozását 100 %-ban a munkáltatók állják a törvényi előírásoknak megfelelően.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatoknak a prevencióban és a rehabilitációban is nagyobb szerepet lehetne szánni, többlet anyagi ráfordításokkal. Az alapellátó szolgálatok jelentős része a tárgyi feltételeket háziiorvosi rendelőjében biztosítja, mivel alap háziiorvosi tevékenysége mellett szerezte meg a tevékenység végzéséhez szükséges üzemorvostan szakvizsgáját, így mindenben megfelel a minimum feltételeknek.

Térségünkben egy foglalkozás-egészségügyi alapellátó szolgáltatóra 6 255 lakos jut, arányosan ennek részeként jelentkező munkavállalók.

A működő foglalkozás-egészségügyi szolgálatok a háziiorvosi alapellátási szolgálatokkal együttműködve képesek lennének jelentős rehabilitációs tevékenységre. A meglévő struktúra alkalmassá teszi ezen szolgáltatókat rehabilitációs alaptevékenység végzésére, de meg kell találni a megfelelő teljesítmény arányos finanszírozási feltételeket.

Olcsóbb és hatékonyabb egy meglévő rendszert működtetni a pillanatnyi igények szerint (prevenció, rehabilitáció, szűrés, stb.), mint egy újat kialakítani. A meglévő rendszert lehet bővíteni, amennyiben szükséges

a tevékenységet vállalóknak lehetséges előírni szakmai és tárgyi feltételek biztosítását.

Borsod–Abaúj–Zemplén megyében 5 db foglalkozás–egészségügyi szakellátó hely működik. Területünk részben a miskolci, részben a szerencsi ellátó körhöz tartozik. Szükséges lenne területünkön egy szakellátó hely kialakítása Encsen, a személyi és tárgyi feltételek adottak. A foglalkozás–egészségügyi szakellátó helyek Egészségbiztosítási Alapból kerülnek finanszírozásra. Ezen szakellátó helyek feladata többek között a munkanélküliek foglalkozás–egészségügyi ellátása, ahol igen jelentős a rehabilitáción átesett munkavállalók száma.

Az Encsen kialakítandó foglalkozás–egészségügyi szakellátó hely a prevenció, valamint a rehabilitációs feladatokban jelentős szerepet tölthetne be a munkanélküliek körében elősegítve, hogy alkalmassá váljanak munkavállalásra.

A foglalkozás–egészségügyi szolgálatok közreműködésével lenne célszerű az új rehabilitációs munkahelyek bővítésére, kialakítására irányuló tervek kidolgozását egyeztetni.

A területünkön működő encsi és szikszói szakellátó helyek szerepe jelentős a rehabilitációban, mivel a hosszas kezelést igénylő betegségekben szenvedők kisebb időigénnyel (utazás, sorban állás, előjegyzés elkerülése, fekvőbeteg ellátás kiváltása, stb.) megkapják a megfelelő szakellátást, valamint a krónikus betegségben szenvedők az Encsen és Szikszón működő gondozókban kapják meg gyógyszereiket, illetve a szükséges kezeléseket.

A fentiek szerint a területünkön már működő szakellátások megőrzése, és lehetőség szerint minél több új szakellátás letelepítése a cél, mert ez szolgálja térségünk lakosságának az érdekeit.

A szikszói Kórház területén rehabilitációs fekvőbeteg ellátás jelenleg nincs. Amennyiben lehetőség van rá a későbbiekben célszerű lenne **a térség közel 60 ezres lakosságának kialakítani rehabilitációs fekvőbeteg részleget.**

A rehabilitációs feladatok eredményessége csak részben függ az egészségügyi ellátó rendszertől, ugyanakkor a sikeres rehabilitációnak elengedhetetlen feltétele a szakszerű, az egészségügy minden szintjét érintő rehabilitációs tevékenység.

Szükséges az együttműködés a szociális, a gazdasági, az önkormányzati, a munkavállalói és munkáltatói, valamint a civilszervezetek és az egészségügyi rehabilitációt végző szakemberek között.

4. Várható tendenciák, fejlesztési irányok

Az abaúji régió jellemzői: a lakosság összetétele (etnikum aránya, munkanélküliség, szenvedély betegségek), aprófalvas településrendszer, nagy távolságok.

A fentiek ellenére az egészségügyi ellátás terén az országos átlagnak megfelelő színvonal biztosított, valamint sikerül a törvényes előírásokhoz a feltételeket megteremteni. Mindez annak köszönhető, hogy a törvény adta lehetőségeket kihasználva a privatizáció az egészségügyi alapellátásban szinte teljessé vált. A tulajdonos önkormányzatok, ha eleinte gördítettek is akadályokat a privatizáció útjába, belátták, hogy a lakosság egészségügyi ellátása hosszú távon csak a vállalkezési szerződések megkötésével lehetséges. Ezt a beindult folyamatot, ami az egészségügy korszerűsítésének része, a továbbiakban is célszerű támogatni. Jelenleg az egészségügyben létrejött privatizációk eltérőek a gazdaságban lezajlott magánosításoktól, mivel itt egyelőre csak funkcionális privatizáció történt.

A területünkön élő 56 289 járóbeteg – a kapacitási törvénynek megfelelően – szakellátása biztosított. A területi beosztás szerint szakáganként változóan megoszlik az Encs Területi Egészségügyi Központ, a szikszói II. Rákóczi Ferenc Kórház Rendelőintézet, a Miskolci Megyei Kórház Rendelőintézet között.

Az Encs Területi Egészségügyi Központban működő szakrendelések:

- belgyógyászat
- szülészeti–nőgyógyászat
- ideggyógyászat
- reumatológia

Az 1997-es esztendőben került sor az ideggyógyászat és a reumatológiai szakrendelés megszervezésére. Mindkét szakrendelés

működésével igazolta, hogy a lakosság körében meglévő ilyen jellegű betegségek ezen a területen jelentős számban vannak, és ezért a háziorvosok számára konzultációs lehetőséget, a kórházakból hazakerült betegek utógondozását, rehabilitációját biztosítani tudja.

A már évek óta működő belgyógyászati és szülészeti, nőgyógyászati szakrendelés feladatai későbbiekben tovább bővülnek, feladatuk lesz a későbbiekben a lakosság számára javasolt és kötelezően előírt szűrővizsgálatok elvégzése, valamint a korábban végzett konzultatív tevékenység folytatása.

Amennyiben a jövőben lehetőség adódik célszerű további szakembereket megnyerni és általuk – velük kialakítani a feltételeket újabb szakellátási formák végzésére.

A fenti szakrendelések mindegyike vállalkozási formában működik.

A privatizáció előnyei többek között:

- ☺ A működtető fokozott érdekeltsége a jó minőségű szolgáltatás.
- ☺ Érdekeltség a lakosság ellátásában.
- ☺ Fegyelmezettebb gazdálkodás, költséghatékonyabb működés.
- ☺ Az egészségügyi intézmény gazdálkodásának átalakulása.
- ☺ A gazdasági szférát jellemző infrastruktúra, informatika, menedzsment technikák kiépülése.

Amíg az állami, önkormányzati működésben az intézmények egymás között „felosztják” az ellátást és az ellátandó lakosságot, addig a vállalkozások között mindenképpen verseny alakul ki, amelynek nyertese lehet a beteg.

A szikszói II. Rákóczi Ferenc Kórház Rendelőintézet járóbeteg szakrendelése:

- belgyógyászat

- kardiológia
- sebészet
- szülészet–nőgyógyászat
- csecsemő–gyermekgyógyászat
- fül–orr–gégészet
- szemészet
- bőrgyógyászat
- ideggyógyászat
- onkológia
- labor
- képalkotó eljárások (RTG, ultrahang)
- egyéb diagnosztikai és terápia

Gondozási tevékenységek:

- ❖ bőr- és nemibetegek
- ❖ onkológia
- ❖ tüdőgyógyászat
- ❖ ideg- és elmegyógyászat

A szakrendeléseken az Encs Területi Egészségügyi Központ szakrendeléseiben ellátott betegeken kívül területünk összlakosságát fogadják. Az Encsen lévő tüdőgondozó a szikszói Kórházhoz hasonlóan megyei intézmény, a kórház részeként. Az eddig felsorolt szakellátásokon kívüli járóbeteg ellátást a Megyei Kórház Rendelőintézet, a speciális ellátásokat a DOTE Klinikái biztosítják. A szikszói Kórház fekvőbeteg ellátás terén a klinikai onkológia, valamint a krónikus belgyógyászat területén lát el megyei feladatokat, egyebekben csak az abaúji régió lakossága tartozik a kórházhoz. Az országosan sorra került kórházi ágyszám csökkentéskor szóba került a szikszói kórház megszűnése, de aztán a tiltakozó akciók hatására a kórház megmaradt, de 15 %-os ágyszám csökkentés történt.

A kórház épületei teljes rekonstrukcióra szorulnak. Még a legutóbb épült szárny nyílászárói sem megfelelőek. A rekonstrukció 2001-ben megkezdődött.

A másfélmilliárdos beruházásnak 2002. október 31-re kell elkészülnie, s a több ezer négyzetméteres bővítés mellett a krónikus osztályok, valamint a klinikai onkológia kivételével az egész intézményt felújítják. Két új szárnyal gazdagodik az abaúji egészségügyi központ, egyik része egy négyszintes épület, amelynek földszintjén a laboratórium, első emeletén a központi sterilizáló, a másodikon az intenzív osztály, míg a harmadik emeleten a műtő kap helyet.

2002. áprilisában átadták a kórház új (ideiglenes) 49 ágyas betegellátó részlegét. Ez a szint az osztályok felújítása miatt a keletkező helyhiányt hivatott pótolni. A teljes belgyógyászati osztály költözik először, tehát ott kezdődik a régi épületek rekonstrukciója. Minthogy a másik épületszárny szintén négyszintes lesz, így egy igazán látványos, és talán a megye legszebb vidéki tömbkórháza várja majd betegeit 2002. november elejétől. Ez a nagyberuházás a gépek beszerzését ugyancsak magában foglalja, a háromágyas kórtermek pedig az európai normáknak megfelelően összkomfortosak lesznek.

A kórházban szükség lenne több szakorvosra, de mivel a lakáshoz jutás nem biztosított, a Miskolcra való bejárás nem elég vonzó. Az itt munkát vállaló orvosok közül, ha lehetőségük adódik, sokan változtatnak munkahelyet.

A működési engedélyükben is szereplő tárgyi eszközök pótlása folyamatos, a megyei koncepcióhoz igazodva történik a műszerek vásárlása.

Területünkön nagyon magas a szenvedélybetegek száma. Az országos tendenciáknak megfelelően várható, hogy a drog kérdéskör is problémákat jelent majd.

A szakellátásban a modernizáció program eredményeként a jelenleginél kisebb, hatékonyabb, de a kor szakmai színvonalának megfelelő, ugyanakkor gazdaságosan működő intézmények létrehozása a cél.

A krónikus beteg ellátására szolgáló osztályok mellett célszerű létrehozni ápolási osztályokat, ápolás otthonokat, és Hospiceket.

Az ápolási osztály azt jelenti, hogy irányítással működő egység, amely meghatározott ideig - legfeljebb 6 hónapig - ápolási szolgáltatást nyújt azok számára, akiknek folyamatos ápolásra szükségük, de rendszeres orvosi ellátásra már ne szorulnak.

A hospice végző állapotban lévő haldokló betegek ellátását szolgáló legalább 8 ágyal rendelkező egység.

Az ápolási otthon több ápolási osztály közös irányítása alatt működik.

Alapvető fontosságú, hogy a célok legyenek megalapozottak, kapcsolódjanak az országosan elfogadott elvekhez, azonban messzemenőn vegyék figyelembe a régió egészségügyi értékeit, eredményeit, tradícióit. Az ellátás alakításában a kapacitáson túl egyre növekvő szerepet kap az ellátás minősége.

A kórházak szellemi integráló szerepének megtartása mellett egyre inkább szolgáltató és konzultatív funkciójuk kerül előtérbe.

- Az aktív kórház kezelés arányának csökkentése,
- járóbeteg, alapellátás, ápolás fejlesztése,
- krónikus járóbeteg ellátás - rehabilitáció fejlesztése,
- az ellátórendszer szereplői közötti funkcionális kapcsolatok megváltoztatása, erősítése.

Az országos tendenciák tudatos figyelemmel kísérése, azok eredményeinek kritikus alkalmazása, vagyis az ellátó rendszer modernizációja elkerülhetetlen.

A gazdaság változásainak területünkön is jelentős szociális következményei vannak. A jövedelmi különbségek növekedtek, a társadalom polarizálódott, ami az egészségügyi ellátások iránti igényeket és valós szükségleteket is differenciáltabbá teszi.

Az Önkormányzati Törvény az egészségügyi ellátás különböző szintjeinek biztosítását a helyi önkormányzatok feladatává tett, nem tisztázott azonban az önkormányzat, az állam és a finanszírozó kompetenciája és felelőssége az ellátásban.

A megyék súlyának, összehangoló szerepének és központi forrásainak jelentős csökkenése és a kényszertársulás hiánya azt eredményezte, hogy a gyógyító intézményt tulajdonló önkormányzatokra alig teljesíthető fenntartási kötelezettség nehezedik. Más települések önkormányzatai nem veszik ki részüket a terhekből, bár polgárai ugyanúgy részesednek az intézmény nyújtotta szolgáltatásokból.

A tulajdonosok ma még nem érdekeltek az intézmény rendszer racionalizálásában és nem várják el intézményeiktől, hogy minőségi betegellátást biztosítsanak lakosai számára.

Az önkormányzatok többségében még nem tudatosult, hogy nem csak lakosaik egészségügyi ellátásáért, hanem egészségük megőrzéséért is felelősek.

A lakosság egészségügyi állapotából következő szükségletek kielégítésére olyan rendszer alkalmasabb, melyben a jelenleginél meghatározóbb a járóbeteg szakellátás és a háziiorvosi ellátás.

Az új típusú kórházak területük egészségügyi központjává válhatnak, a háziiorvosok és a járóbeteg ellátásban dolgozó szakorvosok minőségileg új kapcsolatot alakíthatnak ki a fekvőbeteg intézménnyel.

A jól értelmezett integráció keretében nem csak a betegek követésére nyílik lehetőség, de arra is, hogy tevőlegesen részt vegyenek a gyógyítás folyamatában.

Az egészségügyi ágazatban a bérszínvonal évtizedek óta alacsonyabb, mint a nemzetgazdaság egyéb szektoraiban.

A presztízs veszteség mellett az alacsony bérek is hozzájárultak az elvándorláshoz, amivel jelentősen megnöttek az egészségügyben maradottak terhei. A kérdés megoldása lehet, hogy első sorban a szakorvosok önállóan, szerződéses viszonyban végezhessek munkájukat, álljanak kapcsolatban a kórházzal vagy a rendelőintézettel. Ez a foglalkozási forma jobban megfelel a teljesítmény elvű finanszírozásnak, és jobb lehetőséget teremthet a kiemelkedő szakképzettség elismerésére.

A privát szféra általában a jól képzett szakorvosokat viszi el az állami-önkormányzati rendszerből.

A gyógyító–megelőző ellátásban támogatni, sőt erősíteni kell azokat a már meglévő kezdeményezéseket, melyek célja, hogy a vállalkozásra kész orvosok bérlet, lízing részletfizetés, bankkölcsönhöz jussanak céljaik megvalósításához.

A szerződéses foglalkoztatási forma nem jelenthet kényszer pályát az egészségügyben dolgozók számára. Egyértelmű, hogy a közszolgálatóság

minden hátránya mellett biztonságot jelent, ami különösen a nem orvos egészségügyi dolgozók számára fontos.

A kórházi struktúra megmerevedésének két legfontosabb oka a hagyományos hierarchikus szervezeti forma tovább élése, illetve a tisztázatlan tulajdonosi és érdekeltségi viszonyok fennmaradás.

A kivezető út lehet a tulajdonformák sokszínűvé tétele, megváltoztatása.

Az Önkormányzati Törvény az ellátás biztosítását ugyan a helyi önkormányzatok kötelességévé tette, de nem kötelezte arra, hogy a saját tulajdonában lévő intézményben nyújtsa.

Az egészségügyi magángyakorlat folytatásának lehetőségét már az 1987. évben jogszabály biztosította. A háziiorvosi ellátásban vált elsőként lehetővé a vállalkozási forma. A gyakorlat megszilárdult és a kezdeti nehézségek után a háziiorvoslás tapasztalatai is azt bizonyítják, hogy az egészségügyben is számos előnnyel járhat az újszerű tulajdon – vagy működtetési forma.

Az elmúlt évek során ennek bizonyítékeként számos vállalkozás alakult ki, területünk egészségügyében, amelyek bebizonyították, hogy jelentős színvonal emelkedés mellett gazdaságos működés is lehetséges.

Elképzelhető – a közfinanszírozás fenntartása mellett – non-profit szervezetek kialakítása az egészségügy hatékonyabb működése érdekében - többszektorú szolgáltatási szféra kialakítása.

A non-profit vállalkozási formák feloldják azokat a korlátokat, amelyek a költségvetési intézmények esetében átláthatatlanok, szükségszerűen megteremtik a nyílt érdekeltségi meghatározást, lehetővé teszik a fejlesztésekhez, működéshez szükséges új források feltárását.

A közhasznú társaságok vagy a közalapítványi forma lehetővé teszi a különböző típusú és szintű egészségügyi és szociális szolgáltatások integrációját, javítja ezzel a résztvevő szervezeti egységek hatékonyságát. Az együtt és összhangban folytatott tevékenység gazdaságosabb és ez által hatékonyabb megoldásokat tesz lehetővé. Érdeemes kidolgozni a szervezeti egységek funkcionális privatizációs lehetőségeit.

A non-profit vállalozási formák előnyei:

- ☺ Új források bevonásának lehetőségei.
- ☺ A tulajdonosi kör bővítése, az egészségügyi intézmény működéséért való felelősség kiterjesztése.
- ☺ Határozottabb tulajdonosi felelősség.
- ☺ A költségvetési típusú gazdálkodás korlátainak feloldása.
- ☺ A gazdálkodás hatékonyabbá válása.
- ☺ A közalkalmazotti jogviszonyból adódó korlátozások részbeni feloldása, hatékonyabb humán erőforrás menedzsment.
- ☺ Kedvezőbb lehetőségek az egyes tevékenységek, szolgáltatások, vállalkozásba vitelére.
- ☺ Kedvezőbb feltételek a szolgáltatási paletta szélesítésére, egészségügyi, szociális és vállalozási tevékenységek integrálása.
- ☺ Kedvezőbb adófeltételek.

Összességében rugalmasabb, hatékonyabb szervezeti egység alakítható ki.

Az ellátás biztonsága tulajdonos - és menedzsment - felelőssége ezért a szerződésekbe kemény garanciális elemeket kell beépíteni. Az intézmények, un. "háttérszolgáltatásainak" privatizációja országosan már több intézményben megvalósult.

Az előzetes kalkulációk általában azt mutatják, hogy a privatizáció általában jelentős szerkezet átalakítást igényel.

Ez a valós szükségletekhez jobban igazodó struktúra szempontjából igen pozitív, - ellenben látni kell, hogy jelentős egzisztenciális bizonytalanságot is hordoz magában a dolgozó egy csoportja számára.

Az egészségügyi intézmények gazdaságosabb irányítása és takarékosabb működtetése a cél, úgy nem feltétlenül szükséges ehhez új formát találni.

Az új típusú működési szerződések kialakítása, a garanciális elemek beépítésére az egyes intézmények, önkormányzatok még nem mindenben készültek fel, ezért gyakran idegenkedés tapasztalható az ilyen kezdeményezésekkel szemben.

5. A Nemzeti Egészségügyi Fejlesztési Program

Az egészségügyi rendszerek hatékony és fenntartható működtetése az ezredforduló általános kihívása. Magyarország fokozottan szenved a globális kihívásoktól: a technológiai fejlődés okozta költségrobbanás gyorsabban zajlott, növekszenek a minőségi elvárások, ugyanakkor a gazdaság átalakulása miatt a mozgósítható források a 90-es években jelentősen csökkentek. A magyar egészségügy (reálértéken számolva) az elmúlt 15 évben jelentős forráskivonás áldozatává vált, ugyanakkor a nyújtott szolgáltatások szakmai-műszaki tartalma lényegesen növekedett, így ma az egészségügyi ellátórendszer reálértékben kevesebb pénzből több és szakmailag igényesebb szolgáltatást nyújt.

Bár az ellátórendszer a kihívásra a hatékonyság nagyfokú javulásával reagált, és így sikerült megőrizni a működőképességet, mindez csak a belső tartalékok mozgósítása árán volt lehetséges. A magyar egészségügy belső tartalékai és erőforrásai kimerülőben vannak: az épület- és eszközállomány az elmaradt fejlesztések és felújítások, valamint az amortizációs költségek rendezetlensége miatt erősen leromlott, a hagyományosan magas színvonalú munkaerő esetében igen nagy a pályaelhagyás, és kimerülőben van az ágazat végső erőforrás-tartaléka, a hivatástudat is.

Az egészségügy forrás gondjai nyilvánvalóak, és ma már minden szakmai és politikai szereplő egyetért abban, hogy mind a belső tartalékok erősítése, mind a megbízható működés érdekében szükség van az egészségügy konszolidációjára. Ugyanakkor az is nyilvánvaló: a forrásbővítés csak akkor lehet eredményes, ha egyrészt ez segíti a források jobb hasznosulását, másrészt a megváltozott tulajdonosi-működési-gazdálkodási rend biztosítja a rendszer biztonságos és konfliktusszegény üzemeltetését.

A konszolidációs program tehát nem a hiányfinanszírozás, az adósság-elengedés programja, hanem egy olyan átfogó programrendszer, amely az egészségügy fenntartható fejlődéséhez szükséges átalakulást finanszírozza, és a kiegyensúlyozott, megbízható működési környezettel lehetővé teszi az eddig felhalmozott adósságok rendezését.

5.1. Nemzeti Egészségügyi Fejlesztési Program – Nemzeti Egészségügyi Stratégiai Fejlesztési Terv

A fentiek megvalósítása érdekében az egészségügyi rendszer átalakításának sikere érdekében egy átfogó, a Nemzeti Fejlesztési Tervbe illeszkedő, *a konszolidációt is magában foglaló Nemzeti Egészségügyi Fejlesztési Programot indítanak*. Ehhez el kell készíteni a regionalitást és a szerkezet-átalakítást figyelembevevő Nemzeti Egészségügyi Stratégiai Fejlesztési Tervet.

A program alapvető célkitűzése az ágazat konszolidációja, a forrásokat nem hiányfinanszírozásra, adósság-elengedésre, hanem a fenntartható fejlődést biztosító, akkreditált szolgáltatás-rendszer kialakítására kívánják fordítani.

Az intézmények ezért – reális, betegforgalommal igazolt indokokkal alátámasztott – saját stratégiai tervük elkészítése alapján pályázhatnak a regionális igényeket figyelembevevő *Nemzeti Egészségügyi Stratégiai Fejlesztési Tervbe illeszkedő és az új minőségtanúsítási rendszernek megfelelő fejlesztésekre*.

A Nemzeti Egészségügyi Fejlesztési Program prioritásait úgy határozzák meg, hogy azok *segítsék az egészségügy halaszthatatlan*

szervezetátalakítását, a népegészségügyi program megvalósításába illeszkedő fejlesztések, programok finanszírozását.

A program a szervezet-átalakítás segítése mellett *kiemelt célként kezeli az elmaradt fejlesztések, felújítások pótlását.* Célként tűzik ki az eszközpark korszerűsítését: az öt évnél régebbi radiológiai, tíz évnél régebbi onkológiai és aneszteziológiai eszközök közel 80%-os cseréjét.

A programokat a *pályázati alapból vegyes finanszírozással kívánják megvalósítani.* Ez a pályázati megoldás biztosíthatja azt, hogy a fejlesztések a legjobban illeszkedjenek a helyi szükségletekhez és igényekhez, de az önrészvállalási rendszeren keresztül ez a megoldás *képes a magánforrások célszerű és a rendszer egészét fejlesztő mobilizálására.* A pályázati rendszernek fontos eleme a kedvezményes hitelezés. Ezzel a Nemzeti Egészségügyi Fejlesztési Program megújuló forráshoz is jut amellet, hogy a hatékony fejlesztésekben teremt érdekeltséget.

Az egészségügy hatékonyságának javítása, jobb alkalmazkodóképessége érdekében *elengedhetetlen a racionális tőkegazdálkodást lehetővé tevő intézményi formák és működés kialakítása.* Az egészségügy új közgazdasági megalapozásának, a hatékonyságjavulásnak, az ésszerű, gazdaságos tőkegazdálkodásnak, és egyáltalán a szektorsemlegességnek, a minőségjavító versenynek *elengedhetetlen feltétele az amortizációs költségek megtérítési rendszerének bevezetése.*

5.2. A finanszírozási rendszer átalakítása

Az elmúlt évtizedben Magyarország igen jelentős lépéseket tett az egészségügyi finanszírozás átalakítása érdekében. A megtett lépések

ugyanakkor az elosztási rendszer megváltoztatására irányultak, azaz kialakult az egészségügy teljesítmény-alapú finanszírozási rendszere. Ennek elvei hosszútávon alkalmasak a szolgáltatók finanszírozására.

Mára az is világossá vált, hogy a finanszírozási rendszer átalakításában komplexebb megközelítésre van szükség: nem elég a teljesítményfinanszírozás bevezetése, *szükség van az egészségügy új közgazdasági megalapozására, a források–finanszírozók–tulajdonosok szerepének újragondolására, a “köz-” és a “magán” viszonyának újrafogalmazására.*

5.2.1. A közgazdasági megalapozottság erősítése

Az elmúlt évek bebizonyították, hogy az egészségügy problémái a hagyományos keretek között, a “maradékelnv” fennmaradása mellett nem oldhatók meg, ehhez *az egészségügyben új megközelítésre, a közgazdasági megalapozottság továbbfejlesztésére van szükség.*

Az egészségügy közgazdasági alapjának megerősítését az egészség érték-szerepének az elismerése jelenti. Ahhoz, hogy az egészségügy másként működjön, másként kell gondolkodni magáról az egészségügyről is. Az egészségügy szerepe a tudás-alapú társadalomban átértékelődik: az egészségügy nem a kiadási oldal növekvő tétele, hanem az ország legfontosabb erőforrásának karbantartási, fejlesztési eszköze. Az egészségügy nemcsak az egészség helyreállításának színtere és a szociális biztonság a társadalom működése szempontjából fontos pillére, de egyúttal dinamikusan fejlődő szolgáltatási ágazat is, amely a fejlett országokban az egészségügy háttériparával együtt a GDP egyre jelentősebb hányadát adja. Ahhoz, hogy Magyarország ezen a területen (gyógyszeripar, egészségügyi műszerek, eszközök, illetve az ehhez kapcsolódó kutatások,

fejlesztések) ne maradjon ki a világ fejlődési tendenciáiból, szükség van magának az egészségügynek is az innovációbarát fejlesztésére, annak a környezetnek a kialakítására, amely biztosítja az egészségügynek és háttérparának egymást támogató fejlődését.

Az egészségügynek a tulajdonosi szerkezet, az intézményrendszer szintjén is be kell illeszkednie az ország általános fejlődésébe, ez teszi lehetővé a piaci jellegű működését, a hatékonyság javulását, a racionális tőkegazdálkodást az intézményeknél.

Az intézményi átalakulásnak, a magánbefektetések befogadásának, a hatékony tőkegazdálkodásnak, a piackonform működésnek a feltétele a szektorsemlegesség elvének teljes körű érvényesítése az egészségügyi szolgáltatások piacán.

Az egészségügy gazdasági jelentőségét önmagában a szolgáltatási szektor bővülése is aláhúzza. Az egészségügy szolgáltatóképessége túlmutat a hazai szükségleteken: *a gyógyturizmus révén külső forrásokat vonhat be, és a hozzá kapcsolódó szolgáltatásokkal a gazdaság fontos szereplőjévé válik.*

5.3. Összegzés

Az egészségügy konszolidációját és hosszú távra szóló fejlesztését célzó új cselekvési program a rendszerváltoztatás egészségügyi programjának máig vállalható értékrendszerére alapozva határozza meg a fejlődés irányvonalát:

- *Egészségben Európába:* Elsőrendű cél, az egész nemzet létét befolyásoló törekvés a lakosság egészségének általános javítása, az európai színvonal elérése.
- *Szakmai, közgazdasági megalapozottság:* Az egészségügyi rendszer struktúrájának, működésének, fejlesztésének meghatározó elveit szigorú egészségügyi szakmai és közgazdasági alapok adják.
- *A köz- és a magánszféra harmonikus együttélését és együttműködését,* egymást kiegészítő szerepvállalását tekintik az egészségügy működési keretének: a szektorsemleges szabályozást, finanszírozást, a magánforrások hatékonyságot javító felhasználását tervezik.
- *Tiszta, átlátható, az általános erkölcsi normáknak megfelelő morális helyzetet kell kialakítani az egészségügyben.*
- *Megfelelő jövőképet, a felelősségteljes munkához illő társadalmi megbecsülést, jövedelmet és munkakörülményeket kell biztosítani az egészségügy minden dolgozójának.*

Megye, régió	Dolgozó orvos		Az orvosok közül		Egy házi-orvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos	Működő kórházi ágy	
	fő	10 000 lakosra	házi-orvos	házi gyermek-orvos		Összesen	10 000 lakosra

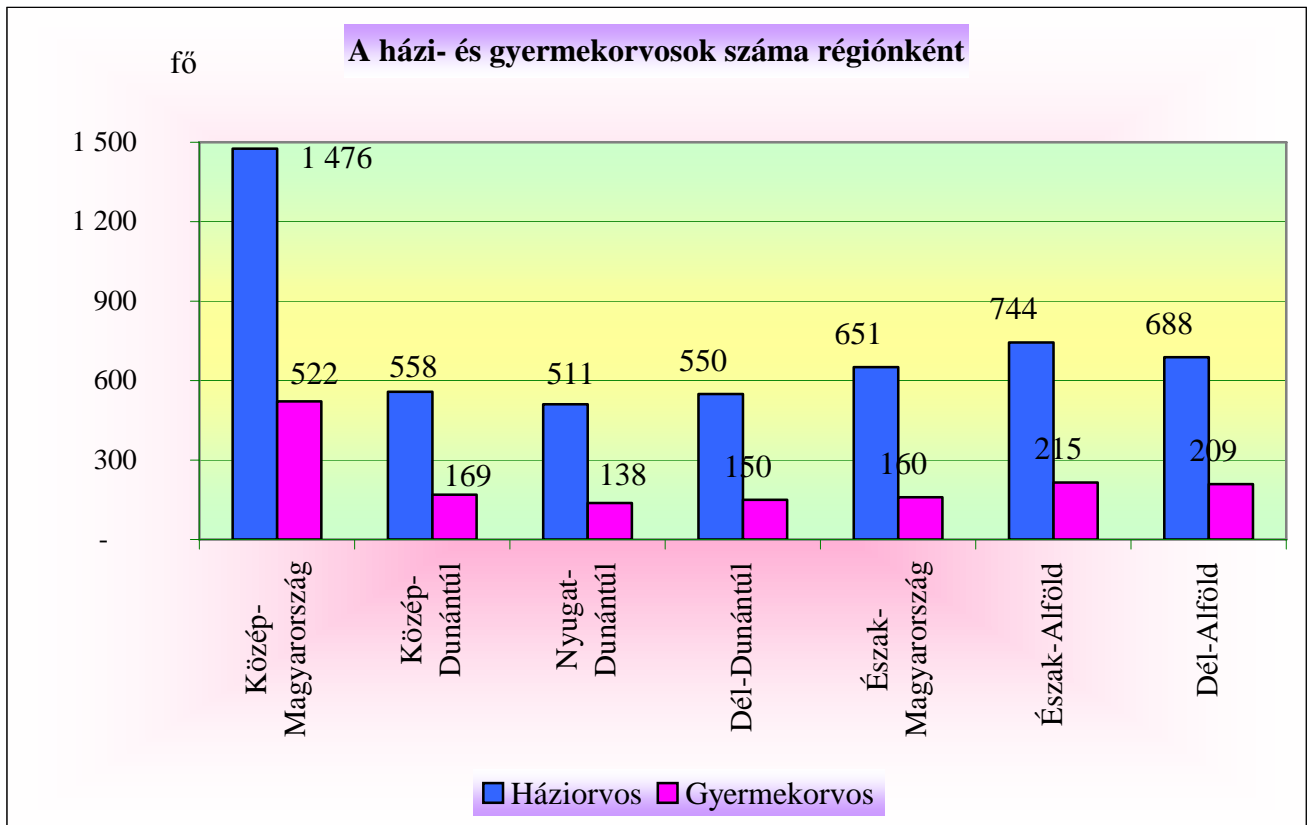
Országosan

1985	29 524	28,0	4 267	1 227	1 922	99 280	93
1990	32 884	31,8	4 447	1 417	1 766	101 954	98
1995	34 412	33,7	5 011	1 527	1 562	92 603	91

Megyéenként és régióként, 1999

Budapest	12 522	69,1	1 002	348	1 342	24 259	134
Pest	1 955	18,9	474	174	1 594	3 839	37
<i>Közép-Magyarország</i>	<i>14 477</i>	<i>50,9</i>	<i>1 476</i>	<i>522</i>	<i>1 424</i>	<i>28 098</i>	<i>99</i>
Fejér	1 024	24,2	207	64	1 563	2 952	70
Komárom-Esztergom	781	25,1	157	50	1 506	2 095	67
Veszprém	959	25,8	194	55	1 493	3 208	86
<i>Közép-Dunántúl</i>	<i>2 764</i>	<i>25,0</i>	<i>558</i>	<i>169</i>	<i>1 523</i>	<i>8 255</i>	<i>75</i>
Győr-Moson-Sopron	1 326	31,2	210	59	1 578	3 663	86
Vas	835	31,3	142	41	1 456	2 010	75
Zala	898	30,6	159	38	1 488	2 815	96
<i>Nyugat-Dunántúl</i>	<i>3 059</i>	<i>31,1</i>	<i>511</i>	<i>138</i>	<i>1 516</i>	<i>8 488</i>	<i>86</i>
Baranya	1 917	47,8	235	68	1 323	3 741	93
Somogy	907	27,5	184	42	1 461	2 376	72
Tolna	656	26,9	131	40	1 425	1 677	69
<i>Dél-Dunántúl</i>	<i>3 480</i>	<i>35,7</i>	<i>550</i>	<i>150</i>	<i>1 393</i>	<i>7 794</i>	<i>80</i>
Borsod-Abaúj-Zemplén	1 786	24,5	379	98	1 530	5 494	75
Heves	836	25,9	157	37	1 663	2 709	84
Nógrád	475	21,9	115	25	1 547	1 620	75
<i>Észak-Magyarország</i>	<i>3 097</i>	<i>24,4</i>	<i>651</i>	<i>160</i>	<i>1 565</i>	<i>9 823</i>	<i>77</i>
Hajdú-Bihar	1 974	36,4	272	92	1 488	4 292	79
Jász-Nagykun-Szolnok	1 001	24,4	194	61	1 611	2 930	71
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1 242	21,8	278	62	1 676	4 127	72
<i>Észak-alföld</i>	<i>4 217</i>	<i>27,7</i>	<i>744</i>	<i>215</i>	<i>1 587</i>	<i>11 349</i>	<i>75</i>
Bács-Kiskun	1 372	25,8	271	86	1 491	3 770	71
Békés	954	24,4	195	56	1 561	2 819	72
Csongrád	1 924	46,1	222	67	1 445	3 596	86
<i>Dél-alföld</i>	<i>4 250</i>	<i>31,7</i>	<i>688</i>	<i>209</i>	<i>1 496</i>	<i>10 185</i>	<i>76</i>
ORSZÁG ÖSSZESEN	35 344	35,2	5 178	1 563	1 490	83 992	84
Ebből: megyék összesen	22 822	27,7	4 176	1 215	1 527	59 733	73

Forrás: B-A-Z megye Statisztikai évkönyve 1999.

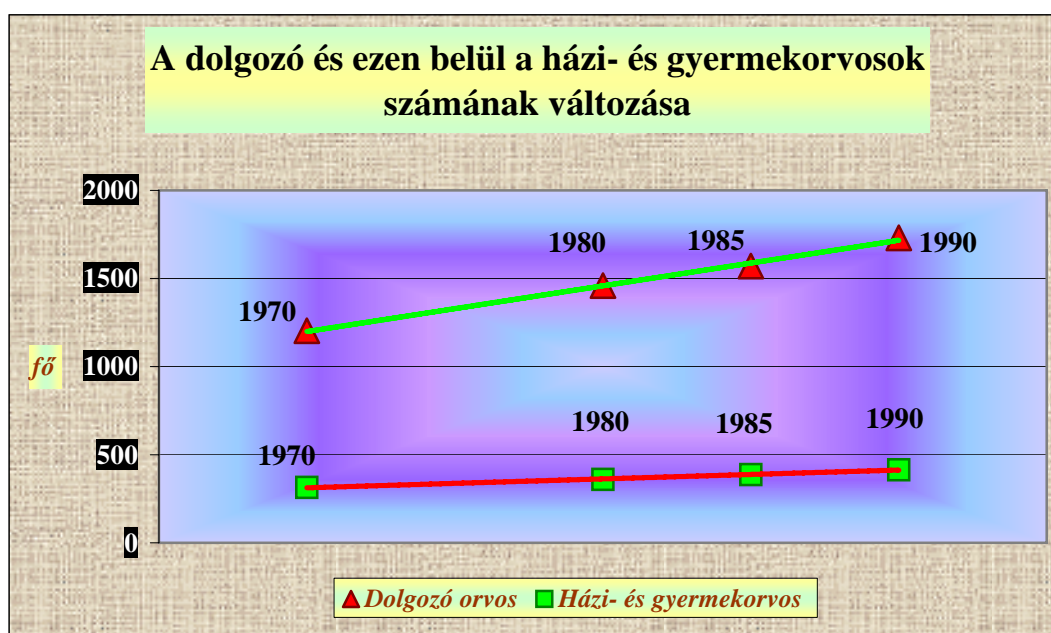


SZOCIÁLIS ELLÁTÁS, EGÉSZSÉGÜGY

Sor-Szám	Megnevezés	1970	1980	1985	1990
----------	------------	------	------	------	------

Szociális ellátás

1.	Bölcsődei férőhely	2 524	4 170	4 197	2 988
2.	Bölcsődébe beírt gyermek	2 640	4 205	3 352	2 561
3.	100 bölcsődés korú gyermekre jutó férőhely	7	11	13	10
4.	A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények férőhelyei	...	2 087	2 357	2 890
5.	Dolgozó orvos	1 203	1 460	1 570	1 730
6.	10 000 lakosra jutó dolgozó orvos	16	18	20	23
7.	Háziorvos és házi gyermekorvos	314	360	388	415
8.	Egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos	2 488	2 255	2 058	1 824
9.	Működő kórházi ágy	6 191	6 261	6 516	6 972
10.	10 000 lakosra jutó működő kórházi ágy	79,0	77,1	81,6	92,1



Tartalomjegyzék

Előszó

1. Az egészségügy új struktúrája

2. Észak-Magyarország egészségügyi helyzete..... 1

2.1. Borsod – Abaúj – Zemplén megye összefoglaló adatai 8

2.2. Egészségügyi adatok..... 10

2.3. Teljes körű egészségügyi ellátás..... 10

2.4. Kórházi ágyak száma (1997. január 1-jén)..... 11

2.5. A lakosság egészségi állapotának néhány jellemzője (országos)..... 11

2.6. Egészségügyi Intézmények..... 12

2.6.1. *A Göncön található Sziget Gondozóház és az Encsen épülő
Szociális és Rehabilitációs Központ* 13

3. Az egészségügy és szociális ellátás jelenlegi rendszere 15

3.1. Az egészségügy országos helyzete 15

3.2. A térség jellemzői 16

3.3. Az egészségügyi ellátás a térségben 17

3.4. Szakember ellátottság 20

4. Várható tendenciák, fejlesztési irányok..... 28

5. A Nemzeti Egészségügyi Fejlesztési Program 28

5.1. Nemzeti Egészségügyi Fejlesztési Program - Nemzeti Egészségügyi
Stratégiai Fejlesztési Terv 28

5.2. A finanszírozási rendszer átalakítása 28

5.2.1. *A közgazdasági megalapozottság erősítése* 28

5.3. Összegzés 28