

Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város  
Erzsébet Kórház Rendelőintézet  
szakmai koncepciója



2005

**Készítette:**  
**Dr. Kallai Árpád**

## Bevezetés

A rendszerváltás után, az elmúlt 15 évben, új szemlélet honosodott meg a magyar egészségügyben. Bevezetésre került a betegellátás teljes szektorában a teljesítményfinanszírozás új rendszere, elkezdődött a teljesítmények mérése, megindult a költségek felosztása és elemzése.

Mindezekkel párhuzamosan rohamosan fejlődött az információ- és kommunikációs technológia, ami mindinkább nélkülözhetlenné válik a betegellátásban, az egész egészségügyi rendszer és az egyes intézmények irányításában. Ma már elemi követelménye egy intézmény fennmaradásának, az egyes gyógyító események adatainak rögzítése, összesítése, feldolgozása, szakmai, klinikai, pénzügyi és közgazdasági szempontból történő elemzése.

Az adatok ismeretében a modern szemléletű, közgazdasági ismeretekkel is rendelkező menedzsmenst, a piaci viszonyokat is figyelembe véve kell, hogy megtervezze a rövid- és középtávon az intézmény tevékenységét, igazodva a mindenkori, rendelkezésre álló forrásokhoz és a jól körülhatárolt helyi és regionális feladatokhoz.

A tervezés kapcsán értelmeznünk kell az orvosilag lehetségest és gazdaságilag megengedhető, s mindezeket tudatosítani kell a rendszer szereplőivel, a gyógyító orvosokkal, szakdolgozókkal, egyéb munkatársakkal, ill. a környezetünkkel.

Az egészségügyi ellátás folyamatos hozzáférhetősége, a megfelelő minőségű szakellátás és kórházi hotelszolgáltatás az egyik legnagyobb társadalmi érték.

Az intézményi költségek nagysága, azok emelkedő tendenciája, és magas személyi-költség hányad, növekedő gyógyszerárak, stb. új stratégiát igényel a korszerű intézményvezetéstől.

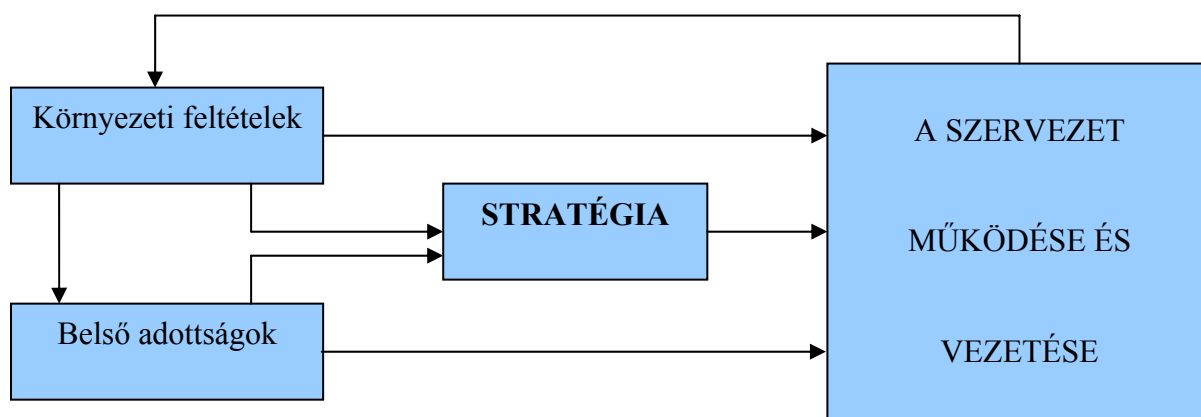
Szükség van a korábbi, a piachoz nem mindenben igazodó, elavult szervezeti struktúra megváltoztatására. Hosszútávon elengedhetetlen, hogy az intézmény szerkezeti felépítés feleljen meg teljes körűen a betegek igényeinek, a változó morbiditási és mortalitási mutatóknak, vagyis a piaci viszonyoknak.

A megnövekedett és megváltozott követelményeket csak rugalmas szervezeti formák elégíthetik ki tervezett orvosi-ápolási ellátás keretében, szoros interdiszciplináris együttműködéssel. A jól átgondolt szervezet figyelemmel van a betegre, szabad teret biztosít a dolgozók kreativitása számára, ugyanakkor protokollok kidolgozásával megteremti a szakmai ellátás egységét. Így valósulhat meg a teljesítőképesség maximális kihasználása, a végzett teljesítmény mennyiségi és minőségi szempontból is elfogadható eredményessége.

## A környezet vizsgálata

Mint minden szervezet működését, az Intézményünkét is alapvetően két tényező befolyásolja: a belső adottságok és a szervezet környezete. Változások történhetnek a belső adottságokban is, valamint a környezetben is. A változásokhoz a kitűzött célok elérése érdekében minden időben igazodni kell.

Bár az Intézmény egy tudatos jövőképpel rendelkezik, a stratégia kialakítását a tervezés időpontjában, illetve az egészségügy szempontjából mérlegelhető időtávon belüli, várható paraméterváltozások befolyásolják. Annak ellenére, hogy a paraméterekben történő változások következtében a kialakított stratégiai akciók elveszíthetik eredeti céljukat, módosításra szorulnak, mégis alapvető feladat hogy megismerjük mind a külső, mind a belső környezeti elemeket.



Fentiek alapján a rendszer működése során állandó kölcsönhatásban van környezetével. A kölcsönhatás egyik összetevője, hogy a környezet befolyásolja az intézmény működését, másrészt a szervezet is visszahat a környezetre, megpróbálja alakítani azt saját céljainak megfelelően. Minél kevésbé tudja egy szervezet befolyásolni a környezeti feltételeket, annál inkább alkalmazkodásra kényszerül..

### *Az egészségügy közgazdasági megközelítésben*

Ahhoz, hogy megalapozott döntéseket tudjunk hozni az egészségügyi szférában, tisztában kell lenni alapvető közgazdasági fogalmakkal. Világviszonylatban is megfigyelhető, hogy az utóbbi évtizedben egyre hangsúlyosabbá válik az egészségügyön belül a betegellátás gazdasági vonatkozása.

Ez a folyamat törvényszerű, hiszen az elmúlt években hihetetlen költségrobbanás zajlott le a fejlett világ egészségügyében. Ma már minden egészségügyi intézmény érzi, hogy kialakult az egészségügyi piac, amelynek a szereplői egymással szemben konkurenciát jelentenek. Természetesen ez a verseny korlátozott, hiszen sok vidéki intézet az adott területen versenytárs nélkül működik, de számos helyen, így Hódmezővásárhelyen is, a közvetlen szomszédságban komoly versenytársakkal állunk szemben.

Ez a verseny nemcsak a betegek bizalmának elnyerésében és a helyes struktúra megválasztásában, nyilvánul meg, hanem az intézmény működőképességének a megőrzése, vagy a munkaerő megtartó képesség területén is zajlik.

### ***Az egészségügy sajátosságai, társadalmi elvárások***

Az egészség, mint fogalom, amihez az egész lakosság hozzákapsolható, amelynek megléte vagy hiánya a társadalomtól egy egész ellátórendszer működését, finanszírozását teszi szükségessé. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) definíciója alapján „...**az egészség nem csupán a teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapota, hanem a betegség vagy testi fogyatékoság hiánya**”.

A nemzetközi tapasztalatok és statisztikai tényadatok alapján az egyén egészségét befolyásoló tényezőket a WHO szerinti prioritási sorrendbe kell állítani. Azaz 100 %-nak véve az egyén egészségére ható összes faktort, azok %-os megoszlása az alábbiak szerint alakul:

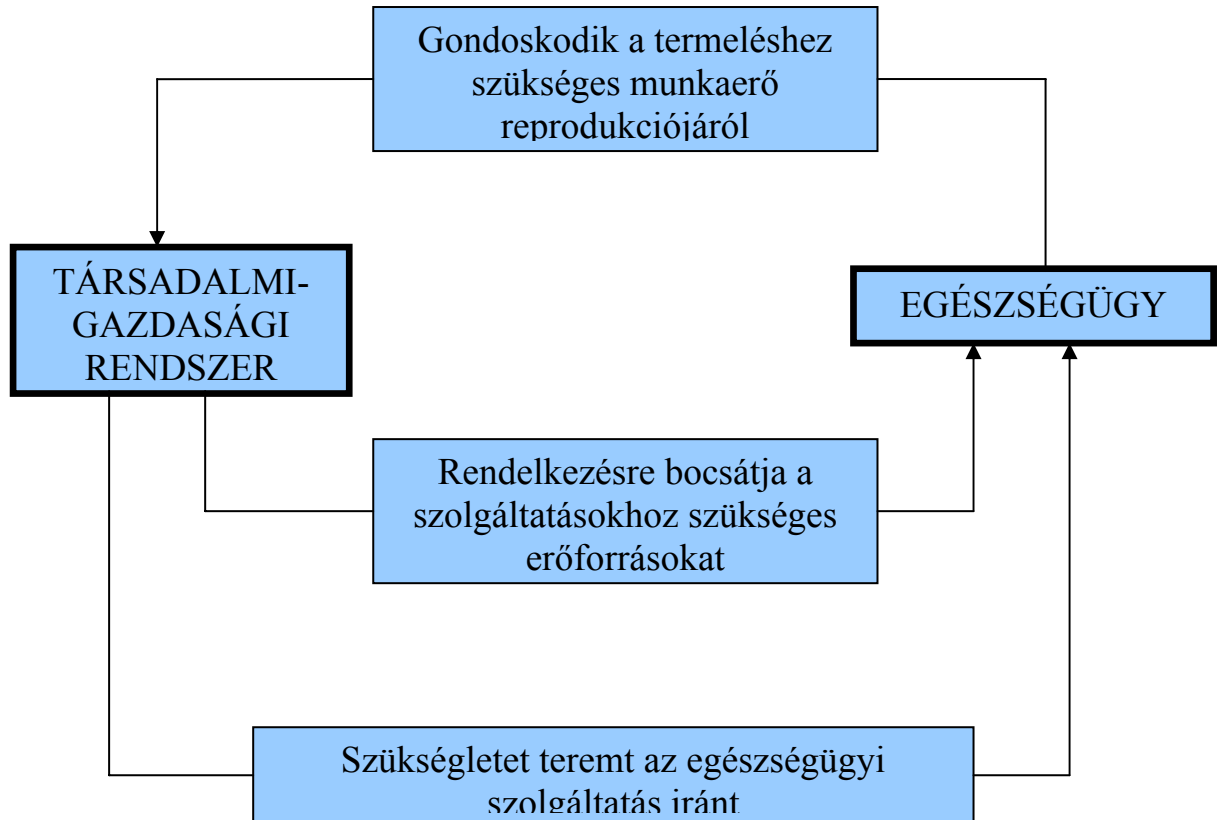
- életmód-életvitel, testmozgás: 30 %
- táplálkozás: 25 %
- közegészségügyi, lakó és munkakörnyezeti tényezők: 20 %
- **közvetlen egészségügyi ellátás: 15 %**  
(ebben az elkerülhető halálozások súlya kb. 5 %)
- genetikai adottságok: 5 %
- egyéb: 5 %

Téves tehát az a kórházcentrikus szemlélet, amely a lakosság egészségügyi állapotának befolyásoló tényezői közül az ellátórendszernek fő szerepet tulajdonít, mivel az összes tényező közül csupán 15 %-ban képes befolyásolni. Lényegesen nagyobb szerep tulajdonítható az életmódnak, a táplálkozási szokásoknak, a szociális- és munkakörülményeknek. A mai egészségpolitikában sajnos mindez nem tükröződik.

**Egészségügyi szükséglet** fogalmán az egyén objektív állapotát értjük - maradéktalan egészséget, vagy enyhébb, illetve súlyosabb betegséget - függetlenül attól, hogy erről az egyénnek vagy az egészségügyi ellátó hálózatnak tudomása van-e. Finanszírozási szempontból a szükséglet és igény viszonyát úgy kell vizsgálnunk, hogy a társadalomnak törekednie kell az egészségügyi szükséglet mind teljesebb megismerésére és annak kielégítésére, de a felesleges igényt vissza kell szorítani.

**Egészségügyi ellátottságon** az egészségügyi hálózat mennyiségi adatainak a lakosság számához viszonyított nagyságát és a hálózat működésének minőségét jelző adatokat értjük, melyet a társadalomnak járulékból kell finanszírozni.

Az alábbi ábra bemutatja az egészségügy és a társadalmi, gazdasági rendszer összefüggését, szemléltetve azt, hogy az egészség érték, az egészségügy értéket reprodukáló szolgáltatás, így a gazdasági rendszer egyik legfontosabb ágazata.



### *Az egészségügyi ellátórendszer viszonyai*

A fenti ábra is rávilágít arra, hogy az ellátási szükségletet döntően a lakosság egészségi állapota szabja meg, ami azonban a gazdasági és társadalmi hatások következményeként alakul ki és változik.

Magyarországon és az egyes régiókban is jellemző, hogy a háziiorvosi praxisok privatizációja után is megmaradt a kórházközpontú egészségügyi infrastruktúra és ebből adódóan magas a fenntartására fordított költség.

Az orvosok és nővérek fizetése az ötven százalékos béremelése ellenére is megszegyenítően alacsony az európai átlaghoz viszonyítva.

Az egészségügyi rendszerben használt felszerelések sok helyen elavultak. Az ellátó rendszer forrás allokációja nem megfelelő. Felesleges párhuzamosságok észlelhetők, máshol bizonyos speciális ellátás még regionálisan sincs biztosítva.

A népesség rohamos elöregedése fokozza az egészségügy nehézségeit, mivel nincsenek jól elválasztható tiszta viszonyok az ezzel kapcsolatos gyógyító- és szociális gondoskodó feladatok között.

Az egészségügyi reform végrehajtása késik, ill. koncepciója nem kiforrott, hiányzik a társadalmi konszenzus. Ezért az intézmények többsége még mindig az aktuális finanszírozási szabályokhoz igazítják tevékenységüket és így részben, vagy egyáltalán nem érvényesülnek a morbiditási és demográfiai adatok a stratégia tervezésében.

Jelentős előrelépésnek számít a magyar egészségügyben a 2001. júniusában elfogadott, majd 2002-ben módosított népegészségügyi program. A program lehetőséget biztosíthatna a népességfogyás megállítására és egy egészségesebb társadalom kialakítására, elsősorban azért, mert nem csak ágazati szinten próbálja befolyásolni a lakosság egészségi állapotát, hanem multiszektoriális megközelítésben foglalkozik az ember, mint legfontosabb termelési tényező egészségének megtartásával. Végrehajtása során azonban nem elég következetes a rendszer sem szakmai, sem szakmapolitikai szempontból, így az elvárható siker még várat magára.

Tudomásul kell vennünk, hogy a lakosság egészségének megtartása, a megromlott egészség helyreállítása pénzbe kerül. Ami azonban költséges és pénzfedezetet igényel, arra vonatkoznak a piac törvényei. Az „egészség” a lakosság alapszükséglete, a finanszírozási terhe nem hárítható át teljes egészében a végső fogyasztóra (a páciensre), de az ingyenes ellátás szemlélet helyett tudatosítani kell a lakossággal azt, hogy az egészségügyi szolgáltatás pontosan mennyibe kerül. Erre való próbálkozás volt, a közelmúltban bevezetett „betegszámla”, melyet a beteg kérhet a szolgáltatótól az intézményből való távozásakor. Ez azonban nem fedi a kezelés valós értéken történő költségeit, mivel csak a beteg kezelésével kapcsolatos elszámolt, az Országos Egészségbiztosítási Pénztáron (OEP) felé benyújtott finanszírozási előirányzatot mutatja.

Nap mint nap érzékelhetjük, hogy egy piacorientált egészségügyben elengedhetetlen a finanszírozási rendszer átalakítása, a szektor alulfinanszírozottságának megszüntetése, hiszen a mai teljesítményfinanszírozás nincs szinkronban a különböző szakmai és működési színvonallal rendelkező kórházak tényleges teljesítményeivel. A zárt kassza, illetve a teljesítmény volumen korlát (TVK) a piaci környezetben nehezen értelmezhető, hiszen a teljesítmény növekedésével párhuzamosan csökken az elvégzett munka értéke, miközben a ráfordítás nő. Ez az ellentmondás lehetetlenné teszi a progresszív előremutató gondolkozást és cselekvést, veszélyezteti az elvárható, tisztességes betegellátást.

Az intézmények forrásai elvileg két részből tevődnek össze (duális finanszírozás), egyrészt a tulajdonos, a mi esetünkben az Önkormányzat fenntartja az épületeket, műszereket biztosít, tehát a vagyoni eszközöket, másrészt a költségvetés az egészségbiztosítási alapjából az OEP-en keresztül finanszírozza azok működési költségeket és szigorúan szabályozza a pénzeszközök felhasználási módját. A jelenlegi rendszer fenntartásával, amíg az OEP csak a működést finanszírozza, de a beruházás-fedezet, hitelfedezet, az egyéb tőkeköltségek, amortizációs költségek nem a HBCS-ben és a járóbeteg pontban teljesítményarányosan jutnak el a kórházakhoz, addig nem valósul meg az a cél, hogy a pénzmozgás kövesse a beteg mozgását.

## **Hódmezővásárhely Erzsébet Kórház-Rendelőintézet stratégiai koncepciója**

A stratégiai koncepció célja meghatározni az Intézmény jövőképét és az odavezető út fontosabb elemeit.

A jövőképhez ismerni kell a jelenlegi körülményeket és a változás főbb irányait. Az előzőekben vizsgált tágabb és szűkebb értelemben vett környezeti elemek kutatása és a pontos helyzetelemzés eredményei alapján meghatározhatók az Intézmény rövid és hosszú távú elképzelései, amelyekkel körvonalazhatóak a szükséges változtatások főbb irányai.

Az Intézmény elemzése folyamatban van. A Citifund Kft által végzett, intézményi átvilágítás eredménye még nem készült el, jelenleg az adatgyűjtés fázisában vagyunk. Az összefoglaló pénzügyi állapotfelmérés valamint erőforrás és tevékenységi szerkezetének számbavételét a betegforgalom illetve a szakmai struktúra teljes körű vizsgálat elkészültének várható időpontja 2005. május. Az eddigi vizsgálatok, a rendelkezésre álló adatok és a közös megbeszélések alapján azonban körvonalazható egy vállalható jövőkép.

A stratégiai elemek alátámaszthatók az egyes konkrét változtatások terveivel, de fontos szempont, hogy az évről évre változó társadalmi-gazdasági környezet nem teszi lehetővé egy végleges, minden részletében kidolgozott 5 éves terv elkészítését. A terveket évente aktualizálni kell. Fontos ugyanakkor a fejlesztés irányainak pontos körvonalazása, hogy a tulajdonos/fenntartó el tudja dönteni, hogy a tervezett változtatással egyetért-e, beleillik-e az ő saját koncepciójába, és ha igen, akkor ennek megfelelően tervezhesse meg a saját szerepét az intézmény jövőjében.

Sajnálatosan hiányzó elem a regionális elképzelések terve, mivel a Dél-alföldi Regionális Egészségügyi Tanács (DARET) még nem jutott el ennek a kidolgozásához. Ugyanakkor ez egyben jó lehetőség is az Intézmény számára, mert elémehet a közös tervezésnek, kész és az Önkormányzattal is egyeztetett elképzelésekkel harcolhat a saját érdekeiért az egyeztető fórumon.

### ***Az intézmény jövőképe***

**Az Erzsébet Kórház Rendelőintézet a Dél-alföldi Régió egyik meghatározó jelentőségű egészségügyi-szociális központja kíván lenni – szorosan együttműködve a térség többi egészségügyi és szociális szolgáltatójával - ahol a megelőzéstől a rehabilitációig illetve egészségügyi és szociális gondozásig megtalálható a helyi lakosság életminőségének javításához és élettartamának növeléséhez szükséges összes, az intézmény nagyságrendjének és szakmai pozíciójának megfelelő alapvető szakellátás.**

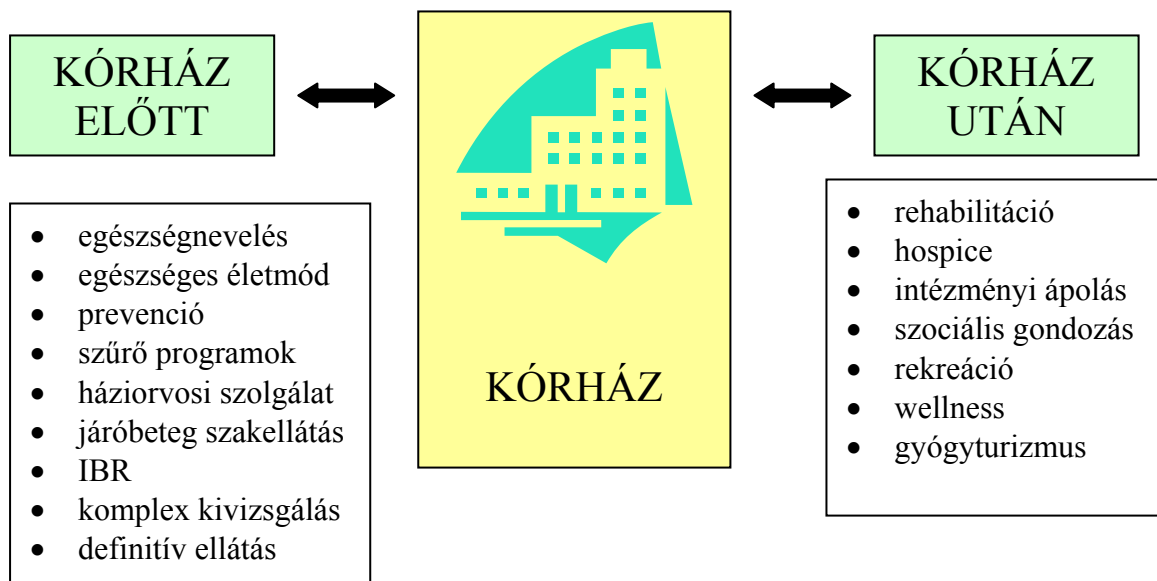
## *Az intézmény küldetése*

Az Erzsébet Kórház-Rendelőintézet alapvető feladata a helyi lakosság számára összetételében, mennyiségében és ellátási szintjében optimalizált, komplex ellátás nyújtása a valós szükségletekhez igazodva, az erőforrások célszerű racionalizálásával, költség-hatékonyan és eredményesen.

## *Az intézmény stratégiája*

A fenti célok eléréséhez és a küldetésünknek megfelelően a mai nagyon labilis finanszírozási rendszerben diverzifikációs stratégiát célszerű választani és meg kell próbálni több finanszírozási forrásra építve szélesebb, de mégis egymással jól összeilleszthető tevékenységi köröket kialakítani.

Az új struktúra fontos eleme, hogy a kórház-centrikusság helyett a kórház egy nagyon fontos, de már nem egyedüli meghatározó eleme lenne az Intézménynek. Mind a kórház előtti, mind pedig a kórház utáni funkciók lényeges megerősítése szükséges.



A **kórház előtti funkciókat** az egészségmegőrzés, betegség megelőzés, szűrés és lehetőség szerint komplett diagnózisra törekvő és definitív ellátást nyújtó járóbeteg szakellátás jelenti és annak ösztönzése, hogy a kötelező egészségbiztosítás keretében elérhető szűrővizsgálatokat széles körben vegyék igénybe (pl. mammográfiás szűrővizsgálatok). Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) feladata a prevenciós programok hatékonyabb megvalósításában a lakosság széles körét elérő kampányszerű szűrővizsgálatok kezdeményezése, egészséges életmóddal összefüggő ismeretterjesztő előadások szervezése.



Ezen a szinten racionalizálni kell a három járóbeteg ellátási forma a szakrendelések, szakambulanciák és a gondozók együttműködését és munkamegosztását, illetve aktualizálni kell az ezeket szabályzó szakmai protokollokat. A cél egy tiszta, a betegek és a rendszerben dolgozók számára is egyértelmű ellátási rend kialakítása, annak érdekében, hogy a szereplők számára ne legyen kétséges, hogy kit mikor, hol és milyen szakmai elvárások mellett kell ellátni. Ehhez elengedhetetlen a belső betegutak szabályozása és a háziorvosokkal történő szorosabb szakmai kapcsolattartás kialakítása.

**A kórház utáni funkciók** egyik irányban a rehabilitációt és rekreációt, másik irányban az egészségügyi és szociális gondozást jelentik. Ez utóbbi magában foglalja a szorosabb orvosi felügyeletet igénylő krónikus ellátást, az egészségügyi intézményt igénylő ápolást, a terminális állapotú betegek ellátását (pl. hospice) és új elemként a szociális otthon funkciót is – a többi ellátástól térben elkülönítve. A szociális ellátás csak időszakos egészségügyi felügyeletet igényel, ugyanakkor megszűnik sok beteg felesleges és drága kórházi benntartásának kényszere és egyben új finanszírozási forrás áll az intézmény rendelkezésére. Az egészségügyi és szociális ellátás egymással jól szinkronba hozható.

A rehabilitáció és rekreáció húzó ágazat lehet, az utóbbi az idegenforgalom, turizmus és az egészségügy kombinálását jelenti. Mindkettő fejlesztésére alkalmas infrastruktúra áll rendelkezésre. A rehabilitációs tevékenység bővítésére és fejlesztésére részben a kórház területén, részben az különálló részlegként működő Kakasszéken van lehetőség. A városban működő, felújított uszoda területén, további építészeti beruházásokkal lehetőség lenne, magasabb komfort szintű szakorvosi szolgáltatással kiegészített ún. wellness központ kialakítására a társadalombiztosítás által finanszírozott szakorvosi rendelések (reumatológia, allergológia, fogászat, stb.) mellett. A célcsoport meghatározásánál természetesen el kell dönteni azt, hogy Hódmezővásárhely és környéke lakosságán túl milyen lehetőség adott a gyógyturizmus fellendítése érdekében. A fizetőképes vendégek részére milyen infrastruktúra (szálláslehetőségek, vendéglátóhelyek) áll rendelkezésre, illetve azok kialakítására milyen források kutathatók fel.

**A kórház szintjén** a már megkezdett folyamat (urológiai és traumatológiai ágyszám bővítés) részeként kapacitás átcsoportosításokat célszerű folytatni, az igényeknek megfelelő további szakosodások, és ahol valóban indokolt magasabb progresszivitási szintre történő áttérés végrehajtásával, ami mind szakmai, mind anyagi szempontból hasznos az Intézménynek. Az OEP hivatalos tájékoztatásai alapján preferált, többletkapacitásként elfogadott tevékenységek az egynapos sebészet keretében végzett beavatkozások, hospice szolgáltatás, intenzív rehabilitáció, kúraszerű ellátás és a haemodinamikai tevékenység. Ezek közül a kórházban vannak jelenleg még hiányzó területek, melyeknek a beépítése reális igényeken alapszik és szükséges lenne a helyi szintű, a lakosság által is elvárható alap szakellátási szinten helyben megvalósítani (pl. sürgősségi ellátás, nappali kórház pszichiátriai betegeknek, egynapos sebészet, fájdalom klinika, hospice, stb.).

A kórházi mátrix szerkezet, legalább úgy, mint belgyógyászati ill. sebészeti mátrix osztály, gazdaságosabb, mint a hagyományos elrendezés. Célszerű a szerkezet átalakítás részeként az aktív ágyak számából adódó kapacitás egy részét járóbeteg ill. krónikus fekvőbeteg kapacitás irányába eltolni. A jelenlegi finanszírozási rendszer is tartalmaz már erre ösztönző elemeket.

## ***Az Intézmény pozicionálása***

Az Intézménynek jól kell pozicionálnia magát a kínálati rendszerben, hogy a lakosság, az alapellátó rendszer és a regionális szakellátó rendszer számára is világos legyen mi az, amiben az Intézmény alapszinten és mi az, amiben emelt szinten vehető igénybe. Jelenleg jelentős az egészségügyi szolgáltatók regionális túlkínálata, de a város az ellátási területén belüli központi fekvésű, ami kedvező adottságnak tekinthető. A helyi lakosság jelentős száma, az intézmény jó elérhetősége és a tradíciók, a kényelem a helyi lakosság nagy részét itt tartják. Egyes szakterületeken a magas szakmai színvonalnak köszönhetően távoli települések (másik régióbeli, illetve régió belüli) lakosai is felkeresik Intézményünket, azonban ez igen személyfüggő, ezért hosszú távú stratégia erre az elemre nem építhető. Ugyanakkor Szeged közelsége, a vélt vagy valós magasabb szintű ellátás reménye nagy elszívó erő. Várható a többi intézmény verseny pozíciójának az erősödése is. Fontos ezért a megbízható és színvonalas, lakosságbarát kép erősítése, természetesen nemcsak marketing eszközökkel. A nagyobb területet ellátó, magasabb progresszivitású, vagy annak nyilvánítható szakmák (rehabilitáció, reumatológia, szemészet, bőrgyógyászat, krónikus belgyógyászat) célzott fejlesztése más szakmák számára is felhajtóerő lehet. Ezzel egy időben intézményesítendők – szerződés vagy megállapodás formájában – elsősorban a Szegedi Tudományegyetemmel, de a terület egyéb társintézményeivel is, a lehetséges együttműködések keretei.



### **Az Erzsébet Kórház-Rendelőintézethez tartozó ellátási területek:**

- mozgásszervi rehabilitáció
- szemészet, bőrgyógyászat, krónikus belgyógyászat, reumatológia
- a többi szakterület

## **Csongrád megye egészségügyi piaci helyzete, a versenytársak**

Az intézményünk, az ellátási területén belüli viszonylag jó elhelyezkedésű, azonban a városhoz földrajzilag közel elhelyezkedő településeken (Szeged, Szentés, Makó, Deszk, Orosháza) található kórházak, illetve a klinikák komoly versenytársaknak tekinthetők. A potenciális betegeket az Erzsébet Kórház-Rendelőintézet megközelíthetősége nem akadályozza a szolgáltatás igénybevételében. Szeged azonban a saját ellátási területének a Hódmezővásárhelyhez közel eső szélén helyezkedik el, ami a betegek „elszívását” eredményezi. A hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet elhelyezkedése regionális illetve megyei kitekintésben, ezért a jelenlegi körülmények mellett a gazdaságos működtetés szempontjából inkább kedvezőtlennek minősíthető. Figyelemre méltó fenyegetettségnek tekinthető, hogy az Intézmény környezetében, 25 km távolságban, a szegedi egészségügyi szolgáltatókon túl, három másik városban van kórház-rendelőintézet. A versenyhelyzet szempontjából a régiós kitekintés kevésbé meghatározó, azonban ahhoz hogy

valós képet tudjunk vázolni a megye határain túl kell lépni. Jelenleg a megyében 5 kórház és a Szegedi Tudományegyetemen (SZTE) - a progresszív betegellátás legmagasabb szintjét képviselő - Orvos Centrum működik. Hódmezővásárhelyhez közeli földrajzi fekvése miatt, annak ellenére, hogy másik megye közigazgatási területéhez tartozik, vizsgálni kell az orosházi egészségügyi szolgáltatót is.

A megye lakossága 434.837 fő, Intézményünk vonzáskörzetében 61.158 lakos (a megyei lakosság 14%-a) él, de bizonyos szakterületeken szélesebb a lefedettség (186.512 fő).

Ahhoz hogy Intézményünket megfelelően tudjuk pozicionálni, tisztában kell lennünk a lakosság egészségi állapotának és egészségügyi ellátottságának helyzetével régiós és megyei szinten, illetve Hódmezővásárhely vonatkozásában egyaránt.

A régiós adatok tükrében elvégzett összehasonlításokat az 1. sz. mellékletben foglaltuk össze. Hódmezővásárhely lakosságának egészségügyi – szociális adatainak, illetve az ellátórendszer regionális és országos adatokkal való összehasonlítását a 2. sz. melléklet tartalmazza, a megyére vonatkozó egészségügyi adatokat az alábbiakban tárgyaljuk.

### A versenytársak fekvőbeteg ellátó kapacitásának megoszlása

A megyei (illetve megyén kívüli, de versenytársnak tekinthető orosházi kórház) intézmények fekvőbeteg ellátását biztosító ágyösszetételt, valamint az Erzsébet Kórház-Rendelőintézet - kapacitásai alapján számítható - szakmánkénti részesedését az alábbi táblázat mutatja.

	Hódmezővásárhely	Szeged kórház	Makó	Szeged Gyermekk.	Szentés	SZTE klinikái	Csongrád Megye	Hódmezővásárhely (%)	Orosháza
<i>belgyógyászat</i>	60	139	70		70	198	537	11,2	103
<i>ált. sebészet</i>	35	50	40		50	98	273	12,8	73
<i>urológia</i>	10	60			20		90	11,1	29
<i>traumatológia</i>	10	36			43	71	160	6,2	
<i>szül-nőgyógyászat</i>	34	70	30		45	110	289	11,8	42
<i>gyermekgyógyászat</i>	20		20	55	25	135	255	7,8	40
<i>fül-orr-gégészet</i>	20		15		20	47	102	19,6	20
<i>szemészet</i>	20		15			44	79	25,6	20
<i>bőrgyógyászat</i>	20					61	81	24,7	
<i>ideggyógyászat</i>	30		25		30	60	145	20,7	30
<i>onkológia</i>	20	30			30	38	118	16,9	
<i>reumatológia</i>	45	30					75	60	
<i>Intenzív</i>	6	10	5		8	16	45	13,3	7
<i>mozg.rehab.</i>	60				20		80	75	
<i>belgyógy.rehab.</i>	20		10				30	66,7	
<i>belgyógy.krónikus</i>	20	91	15		20		146	13,7	30
<b>Összesen</b>	<b>430</b>	<b>516</b>	<b>245</b>	<b>55</b>	<b>381</b>	<b>878</b>	<b>2505</b>	<b>17,2</b>	<b>394</b>

Forrás: Kórházszövetség kiadványa 2004.

A fenti adatok tükrözik, hogy intézményünk a teljes szakmai palettát lefedi, ezen belül a szakmák közül kórházunkban a szemészet és a bőrgyógyászat felvevő területe kibővített, illetve a mozgásszervi rehabilitációs osztály megyei feladatokat lát el. Meglepően magas a belgyógyászati rehabilitáció szakterületen az Intézmény részesedése annak ellenére, hogy a feladat ellátási területe a város és vonzáskörzetére vonatkozik. Hasonló ellátási terület ellenére viszonylag magas a kórházi ellátás megyén belüli részesedése a neurológiai és a fül-orr-gégészeti kapacitásokat illetően, ezek a struktúra átalakításánál figyelembe veendő szempontok.

### A versenytársak értékelése

(a környezetünkben lévő kórházak erősségei és gyengeségei az Erzsébet Kórház-Rendelőintézettel szemben)

<b>SZTE Orvosi Centrum</b>	
<b><i>Erősségek</i></b>	<b><i>Gyengeségek</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• a legmagasabb progresszivitási szint valamennyi szakterületen</li><li>• megfelelő létszámú és szakképzettségű szakember</li><li>• megtalálhatók különleges specialitások</li><li>• több klinikai orvos működtet magánrendelést Hódmezővásárhelyen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• a legtöbb szakma szempontjából ellátási területen kívül esik</li><li>• hátrányban vannak a hódmezővásárhelyi betegek a szegedi betegekkel szemben</li><li>• nehézkes az időpont-egyeztetés</li><li>• hosszú az előjegyzés</li><li>• nehézkes, „mamutintézmény”</li><li>• nem rendelkezik saját rehabilitációs ágyakkal</li></ul>

<b>Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza és Rendelőintézete</b>	
<b><i>Erősségek</i></b>	<b><i>Gyengeségek</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• rendelkezik szabad kapacitással</li><li>• megfelelő létszámú és szakképzettségű szakember</li><li>• jelentős eszközberuházás és épület-felújítás van folyamatban</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• „elhíresült” esetek miatti presztízsvesztés</li><li>• nem lefedett a teljes struktúra (pl. szemészet, fül-orr-gégészet, bőrgyógyászat)</li><li>• megindult az önkormányzati intézmények és az Orvos Centrum integrációja, mely várhatóan egyes profilok leépítését eredményezi</li></ul>

<b>Dr. Bugyi István Kórház Rendelőintézet (Szentés)</b>	
<b><i>Erősségek</i></b>	<b><i>Gyengeségek</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nagy lakosságszámú ellátási terület</li> <li>• egyes szakterületeken erős szakmai bázisnak tekinthető (pl. traumatológia, onkológia)</li> <li>• a pszichiátriai osztály nagy területi igényt elégít ki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nem lefedett a teljes kórházi struktúra (szemészet, bőrgyógyászat, rehabilitáció) ezeket az Erzsébet Kórház-Rendelőintézet biztosítja</li> <li>• folyamatban lévő peres ügyek rontják a kórház image-t</li> <li>• nehéz a szakorvosi helyek feltöltése</li> </ul>

<b>Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház (Makó)</b>	
<b><i>Erősségek</i></b>	<b><i>Gyengeségek</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• új menedzsment, határozott elképzeléssel</li> <li>• jelentős épület-beruházás a közelmúltban</li> <li>• határközeli elhelyezkedés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jelentős adósságállomány</li> <li>• nem lefedett a teljes kórházi struktúra (bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet)</li> </ul>

<b>Mellkasi Betegségek Szakkórháza (Deszk)</b>	
<b><i>Erősségek</i></b>	<b><i>Gyengeségek</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stabil pénzügyi, gazdasági helyzet</li> <li>• speciális ellátás jó finanszírozással</li> <li>• megyei ellátási terület</li> <li>• dinamikus menedzsment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a megye perifériás területén helyezkedik el</li> <li>• a kardiológiai rehabilitációt egyes kórházak saját ágyaikon oldják meg</li> <li>• szűk ellátási spektrum</li> </ul>

<b>Orosháza Városi Kórház Rendelőintézet (Békés Megye)</b>	
<b><i>Erősségek</i></b>	<b><i>Gyengeségek</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nagy létszámú lakosság ellátását biztosítja</li> <li>• Hódmezővásárhelyhez közeli fekvés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• megyehatáron kívül esik</li> <li>• nehezen feltölthetők a szakorvosi státuszok</li> <li>• a békéscsabai kórház szintén közel található</li> </ul>

### **Az Intézmény pozícióját befolyásoló egyéb szempontok**

A földrajzi helyzetünkön túl a finanszírozási rendszer adottságaiból is következik, hogy az egészségügyben – így a megyében is – verseny van a betegekért.

Számos, a városban működő magán szakrendelés is versenytársat jelent az Intézmény számára, de egyelőre a rendelőintézetben működő szakrendelések és házi orvosok tekinthetők valójában a fekvőbeteg ellátás valódi beszállítóinak.

A piactól, azaz a betegektől, házi orvosoktól, hozzátartozóktól, stb. származó konkrét információk alapján az alábbi következtetések vonhatók le:

- az Intézmény és a házi orvosok kapcsolata sokszor alapvetően befolyásolja a betegellátás igénybevételének mértékét (ezen kapcsolatok erősítése fontos az Intézmény ellátási piacának szempontjából),
- több esetben jelentkezett konkrét igény a szakrendelés rendelési idejének bővítésére vagy esetlegesen a délutáni rendelések bővítésének lehetőségére vonatkozóan,
- konkrét igény fogalmazódott meg a házi orvosok és az Intézmény közötti on-line kapcsolat továbbfejlesztésére (konzílium, lelet és zárójelentés továbbítás, diagnosztikai kérés, előjegyzés biztosítása) és a szervezett és rendszeres kapcsolattartásra,
- számos területen igényel megoldást a szűrővizsgálatok kiterjesztése,
- az Intézmény részéről fontos igény a magánorvosokkal való kapcsolat javítása,
- megállapodások a régióban működő társkórházakkal a feladatok megosztására.

A jövőben a versenyt az döntheti el, hogy az Intézményben egy-egy szakterületen milyen minőségű, milyen magas színvonalú szakmai munka folyik. Ez jelenősen befolyásolja a lakosság körében a szükséglet kielégítésének helyét. Jelentős befolyásoló tényező az ápolás milyensége, vagyis a betegelégedettség. A betegek sikeres gyógyításának mérése meglehetősen nehéz, de a gyógyító eljárások hatékonyságának és eredményességének figyelemmel kísérése folyamatos feladat.

Az eredményesség és szakmai siker fontos szempontjai még a dolgozók hozzáállása, etikai-erkölcsi normái, empátia készsége és mindezek mellett a dolgozók elégedettsége is.

### ***Prioritások***

Az Intézmény működő- és versenyképessége valamint további fejlődése szempontjából az alábbiakban tárgyalandó prioritásokat tartjuk fontosnak.

A jelenlegi adósság helyzetben kiemelt stratégiai jelentőségű az informatikai rendszer már elkezdett integrációja, a rendszerrel szemben támasztott követelmények pontos megfogalmazása, a várható előnyök tudatosítása. Fontos követelmény a pénzügyi, számviteli, bérszámfejtési, munkaügyi és kontrolling adatok szinkronba hozása, **naprakész vezetői információs rendszer kialakítása**. A jobb vezetői informáltság érdekében az ügyviteli rendszer informatikai szintű egységesítése is szükséges. A gazdasági hatékonyság és eredményesség bizalmat teremt a további lépésekhez. Az új informatikai rendszer részeként kialakítható az egyéni ráfordítást tükröző betegszámla rendszer és végre teljes körűen láthatóvá kell tenni, hogy egy-egy tevékenység, vagy konkrét betegellátás mibe kerül az Intézménynek. Az adatok alapján kidolgozandó egy reális, nem minőségromboló költség kontroll program.

A **forrásbővítés** tudatos tervezése, az önkormányzati (támogatás, fenntartói hozzájárulás, közmegrendelés elvének érvényesítése), állami (normatív támogatás a szociális ellátásokra) és Európai Unió pénzek (pályázatok) bevonása, magánbiztosítók és lakossági térítéses szolgáltatások, idegenforgalmi szolgáltatások rendszerének kialakítása a több lábbon állást, a túlélést és remélhetőleg a prosperitást alapozhatja meg.

Az utóbbi évek tendenciáját követve mind a járó-, mind pedig a fekvőbeteg ellátás privatizációja napirenden lévő témává vált, azonban a közelmúltban lezajlott népszavazás hódmezővásárhelyi eredményei egyértelmű jelzést adtak arra, hogy a város egészségügyi intézményei önkormányzati tulajdonban maradjanak. Az egészségügyi közszolgáltatást tehát teljes mértékben önkormányzati tulajdonban lévő intézményben kívánjuk végezni. A megfelelő működtetési forma kialakítása széleskörű szakmai és önkormányzati egyeztetést

igényel. Az Önkormányzat pénzügyi lehetőségeit ismerve, felmerül a kérdés, hogy milyen vállalható, tőkebevonás lehetséges az Intézmény fejlesztési elképzeléseinek megvalósítására. A forrásbővítés és forrás megosztás egyik lehetséges alternatívája az OEP által befogadott tevékenységek szerződés keretében történő feladatátadása (erre példa a jelenleg is működő CT és mammográfiai tevékenységre megkötött szolgáltatói szerződés). Hasonló területek felkutathatók még az Intézményben, azonban csak azokkal érdemes foglalkozni, amelyeket az Intézmény nem tud költség-hatékonyan működtetni. A „kimazsolázás” az Intézmény érdekeivel nem összeegyeztethető.

Másik lehetséges tőkebevonási lehetőség, olyan ingatlan fejlesztés, amely a meglévő kakasszéki részlegben működő gyógyító ellátásra települve, idegenforgalmi funkciók ellátására alkalmas komplexum létrehozásával valósulhatna meg (lásd. 3. sz. melléklet).

Az új rendelőintézet épületének kialakításába szintén bevonható az üzleti szféra. Ellentételezéseként egy-egy épületfunkció (pl. üzlethelység) átadása, esetleg bérleti díj, vagy ezek kombinációja lehetséges.

Csábító terület lehet továbbá az üzleti befektetők számára a szociális igények kielégítésére létrehozandó otthonok, fizető ápolási osztály, akár a kórházhoz integrált formában.

Az Intézmény és a fenntartó Önkormányzat kapcsolatrendszerét új alapokra kell helyezni. Az eddigi, más hasonló intézményekkel megegyező, napi – heti rendszerességű párbeszéd, illetve a jogszabályban rögzített beszámolási kötelezettségen túl, az Intézmény - speciális helyzetéből adódóan – a jövőben új dimenziókat is igényel. Öt alapvető szempont alapján tartjuk fontosnak a kapcsolattartás bővítését. A Önkormányzat **stratégiai szerepvállalása** a környező kórházak fenntartó önkormányzataival történő egyeztetésekben, megegyezés a határterületek ellátásában, a feladatok megosztásában. Ez a feladat szorosan összefügg a közelmúltban megindult Regionális Egészségügyi Tanács (DARET) munkájával. A versenyképesség megtartása érdekében elengedhetetlen az Intézmény **pályázóképességének növelése**. Ennek érdekében szükség van egy Önkormányzattal közös team, stratégiai munkacsoport létrehozására. Ez a munkacsoport foglalkozna a pénzigényes beruházások közös kidolgozásával, módszeresen keresné a bevonható forrásokat (pl. pályázat figyelés és pályázat írás, magánbiztosítói kapcsolatok kiépítése és a kapcsolatok menedzselése, stb. útján), háttéranyaggal segítené a menedzsmenet a lobbizásban és segítené menedzselni a gazdasági-műszaki megújulást. **Tőkekapcsolatok** felkutatása, külső források bevonása. Az egészségüggyel kapcsolatos **funkciók integrációja** (kórház előtt és után). Végezetül a **közmegrendelés** gyakorlatának bevezetése, amiket azokra a tevékenységekre kell korlátozni, amelyeknél a jelenlegi finanszírozás sajátosságaiból adódóan elkerülhetetlen a veszteség termelése. Az ilyen, negatív fedezettel működő tevékenységek rontják az Intézmény pénzügyi-gazdasági helyzetét. A gazdasági stabilitás fenntartása közös cél ezért közösen kell meghatározni azt, hogy a veszteséget termelő feladatok ellátását vállaljuk-e, ekkor azonban az Intézmény likviditási helyzetét ennek megfelelően kell támogatni és menedzselni. Fontos szerepet játszhatna az Önkormányzat a lakosság egészségi állapotának felmérésében egyes máshonnan nem finanszírozott szűrővizsgálatok megrendelésével, finanszírozásával is.

A jövőkép megvalósításához és a dolgozók támogatásának elnyeréséhez, továbbá a folyamat nagyobb idő- és pénzigénye miatt elkezdtük az új szakrendelő kialakításának tervezését és ezzel együtt a **kórházi épületek rekonstrukciójának**, korszerűsítésének szisztematikus megvalósítását. A cél egy térben is **integrált korszerű és komfortos kórház-rendelőintézeti épületegyüttes** kialakítása, ami nemcsak a szakszerű és korszerű munka előfeltétele, de bizalmat kelt a lakosságban is. A jelenlegi felmérések alapján tervezhető felújítások részletezése található a 4. sz. mellékletben.

A járóbeteg ellátás keretében végezhető feladatok fejlesztéseként, komplex szűrő és definitív ellátást biztosító szakellátást tervezünk. A jelenlegi infrastruktúra jelentős anyagi ráfordítással tehető alkalmassá egy magasabb komfortszintű, a jogszabályi előírásoknak megfelelő rendelőintézet kialakítására. Ezért a járóbeteg szakellátást a belvárosi helyéről célszerűnek látszik áttelepíteni.

A lehetséges alternatívák közül az egyik szerint a rendelőintézetet a kórház területére kellene költöztetni. Ebben az esetben szükségessé válik egy új épület kialakítása, ami helyet adhat a jelenlegi funkcióknak (köztük az alapellátás feladatainak is), az Intézmény teljes járóbeteg ellátással kapcsolatos tevékenységének, a radiológiai tevékenységek teljes körének, és integrálható lenne a mentőállomás, valamint ide kerülhetne a felnőtt- és házi gyermekorvosi központi ügyelet is.

Másik elképzelhető megoldás, hogy nem a kórházhoz integráltan kerülne kialakításra az új épület, hanem, más önkormányzati ingatlan területen. Ebben az esetben is célszerű a kórházhoz közeli területet választani. Ez utóbbi megoldás hátránya az, hogy kockázatosabb teszi a tervezett diagnosztikus központ rendelőintézeti elhelyezését, mert az a kórháztól távolabb kerülne, ami a kórházi betegellátást veszélyeztetné.

Az Önkormányzat fenntartásában lévő szociális feladatokat végző társintézményekkel összefogva pontos igény felmérést kell készíteni a szociális funkciók ellátására, azonban a várható eredmények alapján megfontolandó a férőhelyek bővítése, akár a kórházhoz integrált külön hotel szárny kialakításával, vagy zöldmezős beruházásként. A korábban bemutatott elemzések, vizsgálati adatok tükrében megoldandó feladat egyrészt az idült betegek ellátása, másrészt ettől elkülönülten a **szociális otthon funkció** kapacitásának növelésére.

A **rehabilitációs tevékenység** már most is húzó ágazat az intézményben. El kellene kezdeni ennek a területnek a széles spektrumú **fejlesztését**, nevezetesen a meglévő mozgásszervi és a tervezett stroke utáni rehabilitáció mellett a kardiológiai – elsősorban infarktus utáni – betegek rehabilitációját és átgondolandó a megoldatlan onkológiai rehabilitáció kérdése is. Az adottságok jobb kiaknázása érdekében a térítéses rekreáció, balneoterápia lehetősége is mérlegelendő, továbbá meggondolandó az országosan ellátatlan területnek számító sportsérülések akut kezelését követő magas szintű rehabilitációs kezelések biztosítása. Élsportolók ilyen jellegű kezelésre gyakran más országba kénytelenek utazni.

A **kakasszéki részleg** szakmai fejlesztési elképzeléseit a lehetőségek széles köre és az egység viszonylagos önállósága miatt külön fejezetben tárgyaljuk. (lásd. 3. sz. melléklet)

Ugyancsak égető a **műszerpark** módszeres **megújítása** a szakmai prioritások mentén. A jelenlegi helyzet több osztályon ill. rendelőben demoralizáló hatású. A minimumfeltételek biztosítására szükséges forrásigényünket tájékoztató jelleggel a képviselőtestület elé vittük. A jogszabály szerinti hiányzó műszer listát az 5. sz. *melléklet* tartalmazza.

Jelenleg nem tartozik a minimumfeltételekhez, azonban itt említendő a magasabb költségigény miatt csak távlati tervekben szereplő elképzelés, a képződiagnosztikai eljárások teljes körű digitalizálása és ehhez kapcsolatosan korszerű archiváló, ún. **film nélküli radiológiai** rendszer kiépítése. Megfelelő informatikai háttérrel az orvos asztalán megjeleníthető (erre részben már ma is van lehetőség) az összes, a diagnózis felállításához és a terápia megtervezéséhez szükséges információ és a múltbeli adatok is gyorsan lekereshetők. A szakmai informatikai rendszer jól felhasználható a szakmai színvonal növeléséhez. A teleradiológia eszközével a humán erőforrás jobb kihasználása válik lehetővé.

A **szűrőprogramok beépítése** a rutin eljárások közé, meghatározott célcsoportok megszólítása, illetve a vállalatok számára plusz szolgáltatásként ajánlott menedzser szűrések



betervezése szakmailag és anyagilag is indokolt és kézenfekvő. Ezen igény kielégítésére, az Intézmény szabad kapacitásainak kihasználásával többszintű szolgáltatási csomag kijánlása lehetséges, ami célzott marketing eszközökkel hatékonyan működtethető.

Az intézményi struktúraváltás időben gyorsabban megvalósítható, mert kevésbé igényel anyagi ráfordítást. A **mátrix struktúra** új munkamegosztást igényel, ami segít áttörni az elszigeteltségből adódó, betegekre nézve is sokszor hátrányos „az én házam az én várom” szemléletet és elősegíti a korszerű team munkát. Intézményünkben a sebészeti mátrix kialakításának van első körben létjogosultsága. A kapacitásmódosítási pályázatok közeljövőben történő elbírálása, jelentősen befolyásolja a lehetőségeinket. A jelenlegi struktúra elemzése és az egyes szakterületek analízise (erős, gyenge pontok) segítik az optimális struktúra kialakítását (6. sz. melléklet).

Az **ambuláns ellátások fejlesztése**, egyben a felesleges hospitalizáció csökkentése céljából az egynapos ellátások (egynapos sebészet, ambuláns kemoterápia, stb.) rendszerének kialakítása látványos fejlődést hozna. Hosszú távon ugyancsak költség-hatékony a minimális invazív beavatkozások és intervenciós beavatkozások tervszerű beépítése a napi gyakorlatba.

A drága intenzív ágyak rossz fedezetét javítandó kevésbé költséges **szubintenzív ágyak** kialakítása feltétlenül szükséges lenne.

Szoros együttműködés kialakítása a helyi honvédség egészségügyi szolgálatával. A vásárhelyi laktanya jelenlegi kb. 1500 fős hivatásos, **szerződéses katona egészségügyi ellátására** lehetőséget biztosít az intézmény. A szakellátás területén feladatokat vállalnánk át honvéd orvosi ellátórendszerrel. Megállapodás alapján, szűrővizsgálatok bonyolításában, egyéb prevenciós programokban is közreműködünk.

Az intézményi felvételi rendszer és a sürgős betegek ellátása számára az amúgy is kötelező **sürgősségi fogadóhely** kialakításakor mérlegelendő néhány háttérágy biztosítása, egy kisebb sürgősségi és bajmegállapító osztály kialakítása, ami segítheti a legrövidebb és legracionálisabb intézményen belüli betegutak kialakítását és csökkentené a belgyógyászat jelenlegi egyoldalú ügyeleti leterheltségét.

A **házi orvosi** („beszállítói”) **kapcsolatok** egész intézményre kiterjedő kiemelt kezelése, az együttműködés egyfajta intézményesítése kiemelten fontos a jövőépítés szempontjából. Ezen a területen az IBR tapasztalatok jól hasznosíthatóak. Sajnálatos, hogy a IBR sorsát illetően újra és újra felvetődik annak megszüntetése, erre utalnak a sajtóban megjelenő ellentmondásos nyilatkozatok, amelyek részben támadják az IBR-t, részben a rendszer további fenntartását, illetve bővítését szorgalmazzák. Jelenleg az Erzsébet Kórház-Rendelőintézet - mint ellátásszervező - OEP szerződése 2005. március 31.-ig érvényes. Információink szerint a rendszer működtetése az év végéig biztosnak tűnik. Amennyiben központi döntés alapján az Intézmény ellátásszervezői feladata megszűnik, a jövőben az eddigi tapasztalatokon alapuló kapcsolattartás folytatása és az együttműködés továbbfejlesztése szükséges az alapellátókkal a hatékony ellátás érdekében.

A **humán erőforrás menedzsment** egyre fontosabb az egyre erősödő szakember hiány miatt. A munkaerő fluktuáció intézményi szinten viszonylag alacsony, azonban a szakemberek pótlása, főleg a hiányszakmának számító orvos-szakmai területeken mind nehezebbé válik. A dolgozók megtartásában előnyt jelent a jó intézményi légkör, a szakmai és erkölcsi odafigyelés, ami a szűkös anyagi helyzetben is vonzóvá teheti az intézményt. Hasznos lenne a

teljesítmény értékelés bevezetése és ezzel a szakmaiság erősítése, rendszeres továbbképzésekkel, szakmai konferenciákkal. A tudományos élet fellendítése szakmai vonzerőt jelent. A menedzsment javítótevékenységének monitorizálására a dolgozói elégedettségi vizsgálat alkalmas eszköz. Lényeges előrelépésnek tekinthető, az a jogszabály-módosítás, melynek révén a közalkalmazotti jogviszony mellett egyéb munkavégzésre irányuló jogviszony is létesíthető az egészségügyi szolgáltatásban közreműködő orvosokkal, szakdolgozókkal. Az új szerződéses jogviszonnal, más szolgáltatókhoz hasonlóan Intézményünk is növekvő számban élt az elmúlt hónapokban. Tervezzük ennek további bővítést, azonban az igazi áttörést a **szellemi szabadfoglalkozású jogállás** törvényi háttérének rendezése jelenthetné, aminek a segítségével egységes szakorvosi díjtétel mellett, a finanszírozóval közvetlen kapcsolatban álló, jól képzett szakorvosok válhatnak alkalmazhatóvá.

### **A minőségbiztosítás.**

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény előírja az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítását, de egyre nagyobb a társadalmi elvárás is a minőség fejlesztésére.

*Eddigi eredményeink:*

Működő HACCP rendszer az Élelmezési Osztály területén.

MSZ EN ISO 9001:2000 tanúsítvány a „Fekvő- és járóbeteg szakellátás, anya és gyermekvédelem, ifjúság-egészségügyi alapellátás” területére (Tanúsítvány CH03/203404).

Folyamatos felkészülés a labor diagnosztika és patológia ISO 17025:2001 szabvány szerinti NAT akkreditációjára.

*Tervezett Feladatok*

Kórházi Ellátási Standardok (KES) szerinti akkreditáció.

Elektronikus dokumentumkezelés.

Az Intézmény napi gyógyító, tudományos és egyéb tevékenysége során alkalmazza és működteti a minőségirányítási rendszert.

Az intézményi elképzelések és eredmények jó kommunikációjához tudatos belső és külső **PR munkára** van szükség, aminek a személyi és tárgyi feltételei mindenképpen megteremtendők.

### **A kommunikációs tevékenység legfontosabb feladatai:**

- külső-belső információáramlás kezelése,
- humán erőforrás motiválásával (pl. tudományos rendezvények szervezése, sportolási lehetőségek felkutatása, stb.).
- a morbiditási-mortalitási demográfiai mutatók negatív trendjének megváltoztatása, a lakosság pozitív egészségnyereség elérésére, az életminőség és az életkilátások javítására buzdító programok szervezése.

### **Az Intézmény számára stratégiai szempontból továbbra is meghatározóak a külső kommunikációs kapcsolatok:**

- Szakmai kapcsolatok szakmai és felügyeleti szervekkel (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Magyar Orvosi Kamara és annak Etikai Bizottsága, Szakmai Kollégiumok, stb.) és azok tisztségviselőivel.
- Média kapcsolatok: az egészségügyi ellátással kapcsolatos szándékaink helyi, illetve országos sajtóban történő hiteles megjelenítéséhez kapcsolódó tevékenységek.
- Kormányzati kapcsolatok: a kormányzati szándékokhoz kapcsolódó helyi egészségügyi programok kommunikációja, illetve a helyi igények, ügyek szakminisztériumban történő megjelenítése.

- Közérdekű ügyek kezelése: az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó lakossági igények feldolgozás, elemzése, valamint az arra adandó kommunikációs válaszok kidolgozása.
- Ágazati kapcsolatok: az egészségügyi szereplőkkel (egészségügyi ellátórendszer tagjai, beszállítók, külső szolgáltatási vállalkozók, mentők, stb.) történő kapcsolatok tudatos ápolása.
- Kisebbségi kapcsolatok: a társadalomban valamilyen sajátos helyzetük alapján elkülönülő csoportok (romák, külföldiek, menekültek) és az ellátórendszer közötti kapcsolat-építése

### **Marketing kommunikációs tevékenységek**

A kommunikációs feladatok közé tartozik a marketing, szolgáltatás marketing gyakorlatának és módszereinek, szemléletmódjának adaptálása a helyi viszonyokhoz. Olyan vezetési és szervezési eljárások bevezetése, amelyek a célközönség hosszú távú vonzására, és igényeinek kielégítésére irányulnak a gazdasági célok elérése érdekében.

## **Összefoglalás**

Szándékunk szerint a jelen szakmai koncepció az Erzsébet Kórház-Rendelőintézet közép- és hosszú távú stratégiájának alapját képező dokumentum, amelyet az önkormányzat, a szakma és – véleményünk szerint – a lakosság elvárásainak megfelelően állítottunk össze. Az Intézmény szűkebb értelemben vett elemzésén túl, megvizsgáltuk az egészségügyi ellátást befolyásoló fontosabb regionális, megyén belüli és a helyi szakmai mutatókat. Ezekre támaszkodva elemeztük a Kórház - Rendelőintézet jelenlegi struktúráját, valamint vizsgáltuk a versenytársakat. Az Intézmény tiszta jövőképpel és ehhez igazodó stratégiával rendelkezik, ennek végrehajtásához azonban a rendszer szereplőinek közös akaratára van szükség. Elődleges célunk ezért, hogy meghatározzuk és a fenntartó elé tárjuk azokat a fő irányvonalakat, illetve prioritásokat, amelyeknek mentén a jövőben haladni kívánunk.

Amennyiben a szakmai koncepciót a Képviselő-testület elfogadja az a Kórház-Rendelőintézet vezetése számára kijelölt utat jelent a közép és hosszú távú tervek részletes kidolgozására, illetve megvalósítására.

A megfogalmazott prioritások közül néhány különösen jelentős, önkormányzati beleegyezést és támogatást igénylő terület az alábbi:

- hosszútávon önkormányzati fenntartásban működő, a lakosság igényeihez igazodó integrált egészségügyi-szociális intézmény kialakítása, amihez önkormányzati döntés és fokozott szerepvállalás szükséges,
- együttműködés és ésszerű munkamegosztás kialakítása a szomszédos települések egészségügyi intézményeivel, amihez a fenntartók megállapodása is szükséges,
- az OEP finanszírozás mellett más bevételi forrás lehetőségének felkutatása, amihez az Önkormányzatnak és a Kórház-Rendelőintézetnek szorosan együtt kell működnie egy több lábbon álló integrált intézmény kialakításának érdekében,
- a fennmaradás és a versenyképesség érdekében önkormányzati támogatás az infrastruktúra és a műszerpark fejlesztéséhez,
- az egészségügyi szolgáltatások közmegrendelésével kapcsolatos szemlélet elfogadása,
- a fejlesztendő, szinten tartandó és a leépítendő tevékenységek együttes meghatározása a lakossági és szakmai érdekek figyelembevételével.

A stratégiai koncepcióra vonatkozó határozati javaslat elfogadása esetén a következő években az Erzsébet Kórház – Rendelőintézet vezetése és a Közgyűlés között, egy meghatározott irányvonal mentén folytatódhat az együttműködés és további, ehhez igazodó határozatokkal és szakmai programokkal valósíthatjuk meg közös elképzeléseinket.

## **1. számú melléklet**

## A Dél-Alföldi régió lakossága egészségi állapotának és egészségügyi ellátottságának helyzetelemzése az országos adatok tükrében

A megalapozott egészségpolitikai tervezéshez elengedhetetlen, hogy a lakosság egészségi állapotáról megfelelő információ álljon a döntés-előkészítők és döntéshozók rendelkezésére. A hatékony népegészségügy tervezése, konkrét feladatainak meghatározása a népesség aktuális és történeti egészségi állapotából, és az azt befolyásoló tényezőkből vezethető le.

### **Általános, demográfiai, morbiditási és mortalitási adatok**

#### **Általános adatok**

A régiót három megye: Bács-Kiskun, Békés és Csongrád alkotják. Nyugatról a Duna, keletről és délről Románia illetve Jugoszlávia határolja. Északról részben az Észak-Alföldi, részben a Közép-Magyarországi régióval szomszédos.

A régió területe **18.339 km<sup>2</sup>**. **Ez az országban a legnagyobb érték.** (min. 6.919 az ország teljes területe: 93.029). A 2002. év eleji állapot szerint lakossága 1.373.194 fő (min. 993.466, max. 2.829.047, orsz. 10.174.853). Népsűrűsége 75 fő/km<sup>2</sup> (min. 70, max. 409, orsz. 109).

Az éves bevándorlás 2001-ben -0,8 fő/1000 lakos (min. -1,6, max. 2,0), vagyis az elvándorlás meghaladja a betelepülést.

#### **Népmozgalmi adatok, korfa, várható élettartam**

A régióban az 1000 lakosra számított természetes szaporodás-fogyás **-4.50 fő/1000 lakos**. **Ez az országban a legrosszabb érték.** (max. -1,71, orsz. -3,45). Az elvándorlással együtt ez azt jelenti, hogy a következő években a lakosság viszonylag jelentős mértékű csökkenésével kell számolni.

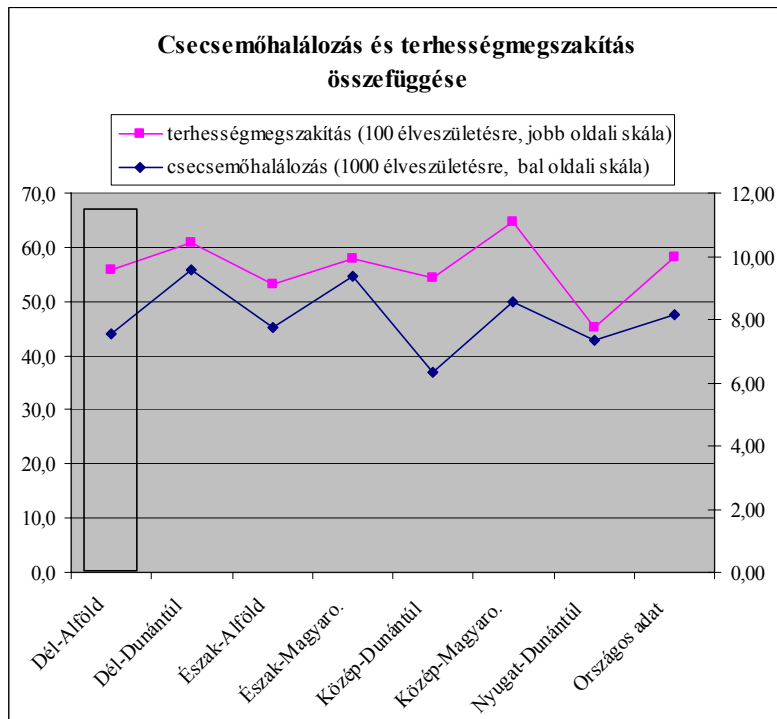
Az 1000 lakosra számított élveszületés 9,04 fő/1000 lakos (min. 8,69, max. 10,76, orsz. 9,53).

A halálozás 13,54 fő/1000 lakos (min. 11,85, max. 13,57, orsz. 12,97).

Az 1000 élveszületésre számított csecsemőhalálozás 7,56 eset/1000 élveszületés (min. 6,31, max. 9,57, orsz. 8,13).

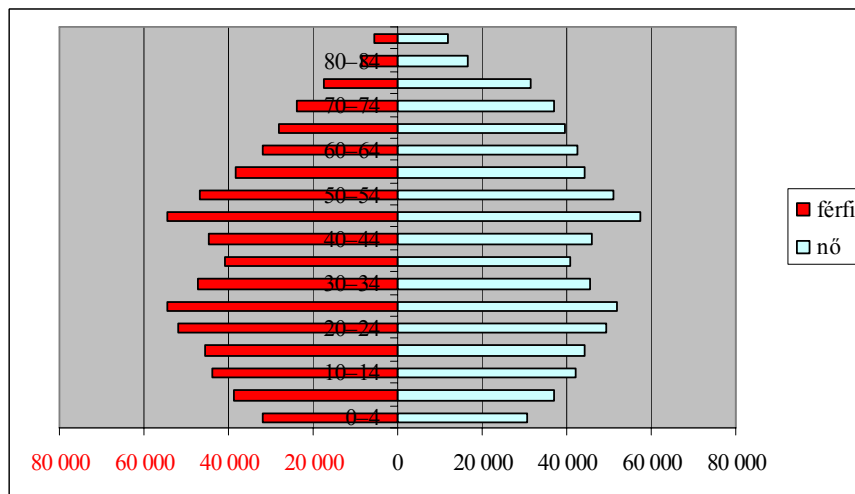
A 100 élveszületésre jutó terhességmegszakítás 55,8 eset/100 élveszületés (min. 45,3, max. 64,8, orsz. 58,1).

Az 1000 élveszületésre eső csecsemőhalandóság és a 100 élveszületésre eső terhességmegszakítások száma egyaránt jelentős regionális különbségeket mutat, és a két adat között összefüggés sejthető. **I.1.2./1. ábra**



I.1.2./1. ábra

A lakosság életkori eloszlását a korfa mutatja, melyet a régióra vonatkozóan mutatunk be, bár lényeges különbség az országos és a régióra vonatkozó korfa, illetve az egyes régiók korfája között nem látható. I.1.2./2.. ábra



I.1.2./2. ábra – A régió korfája

A lakosság átlagos életkorát, a korcsoportonkénti férfi-nő arányt tekintve regionális szintű különbségek érdemben nem mutathatók ki. Általában jellemző, hogy a korfa 20 éves kor alatt egyenletesen keskenyedik, a 45-50 és a 25-30 éves sávban vannak a legnagyobb értékek, valamint hogy a fiúk születéskori kissé nagyobb aránya 35-40 év körül kiegyenlítődik, és idősebb korban a nők számaránya lesz nagyobb.

## Halálozási, haláloki adatok

A régióban a lakosságra számolt haláleset összesen 1354 eset/100.000 lakos (*min. 1185, max. 1357, orsz. 1298*).

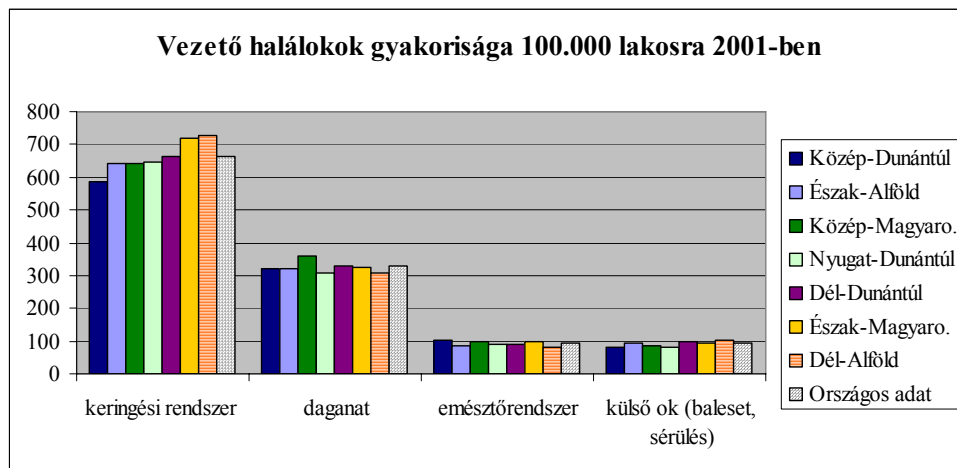
A vezető halálokok – a fő betegségecsoportokat tekintve – sorrendjében a régiók között nincs különbség. Az egész országban a vezető halálokot (BNO főcsoportok szerint) a keringési rendszer betegségei adják. (Meg kell jegyeznünk, hogy valószínűleg a keringési és légzési elégtelenséget gyakran tüntetik fel közvetlen halálokként olyan esetekben is, amikor a halálhoz vezető betegség nem szív-érrendszeri.)

A régióban a lakosságra vetített halálesetek száma a keringési rendszer betegségei miatt **728,8 eset/100.000 lakos. Ez az országban a legnagyobb érték.** (*min. 586,6, orsz. 661,8*).

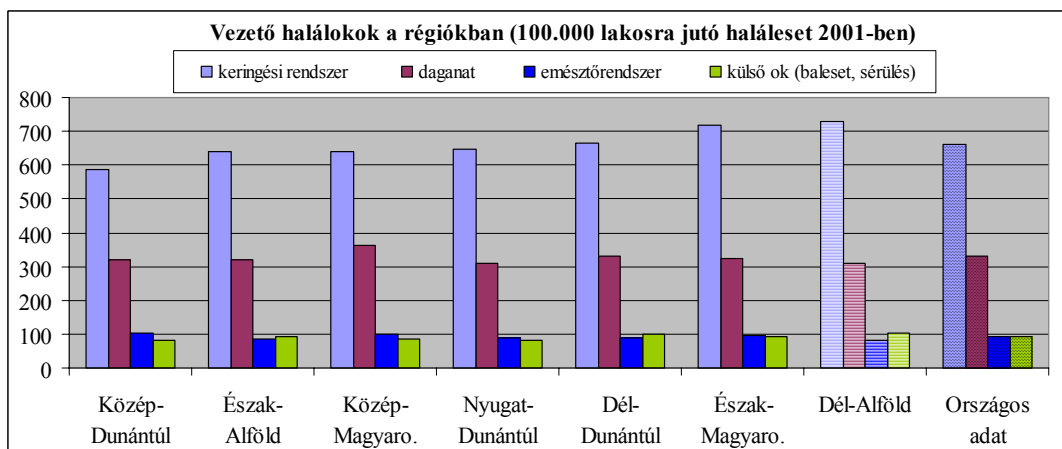
Ugyanez daganatok miatt 310 eset/100.000 lakos (*min. 309, max. 361, orsz. 331*).

Az emésztőrendszer betegségeire vonatkozóan **81 eset/100.000 lakos. Ez az országban a legkisebb érték.** (*max. 104, orsz. 94*).

Itt kell megemlítenünk az alkoholos májkárosodás szerepét, amely az emésztőszervi halálokok között messze a leggyakoribb. A lakosságra vetített haláleset külső okok (baleset, sérülés) miatt **105 eset/100.000 lakos. Ez az országban a legnagyobb érték.** (*min. 80, orsz. 93*).



I.1.3./1. ábra



I.1.3./2. ábra

Az öngyilkosság gyakoriságát tekintve jelentős regionális különbségek mutathatók ki, de általában jellemző, hogy a férfiak között az öngyilkosság lényegesen (mintegy négyszer)



gyakoribb, mint a nők közt.

A régióban a 100.000 lakosra jutó öngyilkosság **41,5 eset/100.000 lakos**. Ez az országban a **legnagyobb érték**. (min. 19,9, orsz. 29,2).

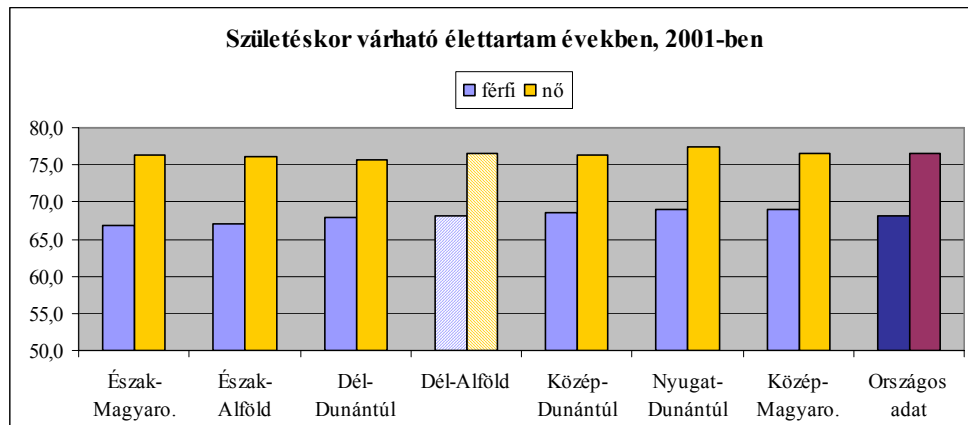
A 100.000 megfelelő nemű lakosra jutó férfi öngyilkosság **70,6 eset/100.000 férfi lakos**. Ez az országban a **legnagyobb érték**. (min. 32,3, orsz. 47,1).

Ugyanez nőkre 15,0 eset/100.000 női lakos (min. 8,5, max. 17,0, orsz. 13,0). Tehát a férfi öngyilkosságok rendkívül magas száma miatt a régió összességében is a szomorú első helyen áll, annak ellenére, hogy a női öngyilkosság gyakorisága valamivel alacsonyabb.

## Morbiditási adatok

### Születéskor várható élettartam

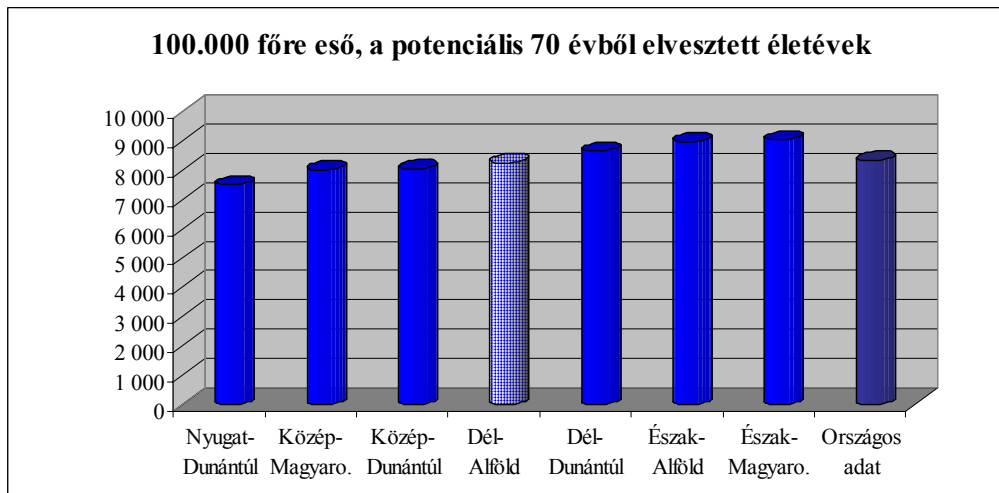
A születéskor várható élettartam tekintetében a férfiak esetében érdemleges regionális különbségek nem mutathatók ki. A régióban ez az érték 68,2 év (min. 66,7, max. 69,1, orsz. 68,2). A nők esetében is csupán minimális regionális eltérések látszanak. A régióban a nők születéskor várható élettartama 76,6 év (min. 75,8, max. 77,4, orsz. 76,5). A férfiak és nők közötti jelentős különbség közismert és az egész országban általános. **I.1.4./1. ábra**



I.1.4./1. ábra

### Elvesztett életévek

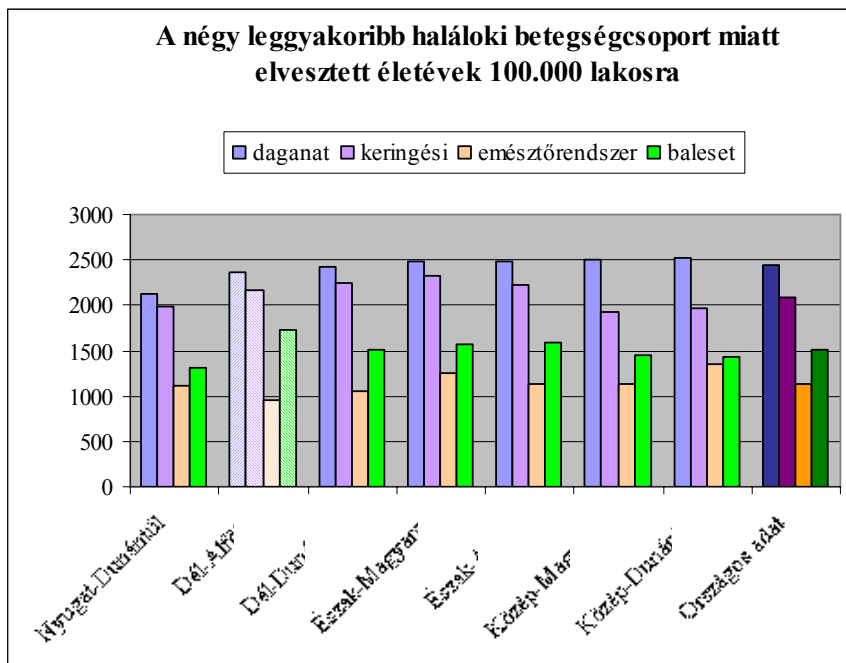
A 100.000 főre eső, a potenciális 70 évből elvesztett életévek számottevő regionális eltérést mutatnak. A régióban ez 8237 év/100.000 lakos (min. 7487, max. 9016, orsz. 8313). **I.1.4./2. ábra**



### I.1.4./2. ábra

A négy leggyakoribb halálokként szereplő betegségcsoportban az elvesztett életévek száma.

Az ábrán a régiók rendezése a daganatos betegség miatt elvesztett évek sorrendjében történt. A régióban alacsony az emésztőrendszer betegségei miatt elvesztett életévek száma, viszont magas a baleset miatt elveszítetteké.



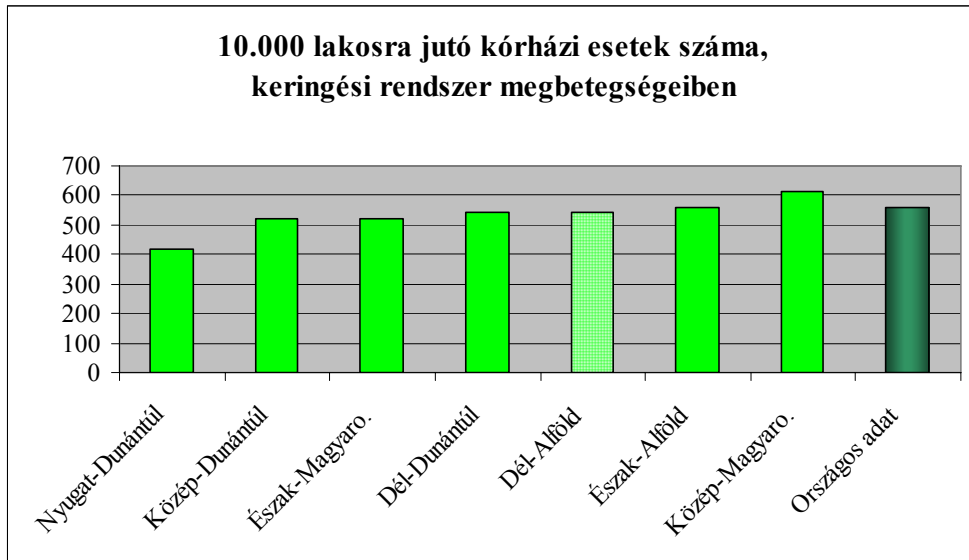
I.1.4./3. ábra

### Kórházi morbiditás

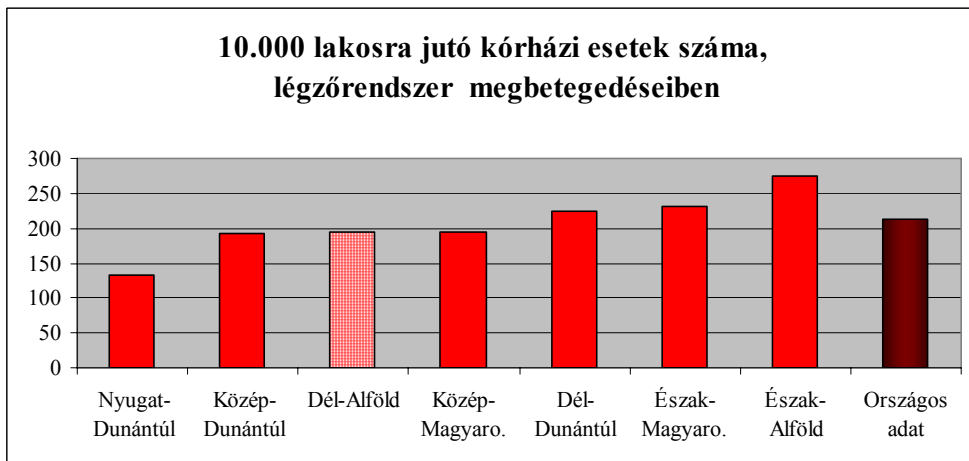
A kórházi morbiditási adatok között országosan és minden régióban a vezető helyen állnak a keringési rendszer betegségei. A főbb betegségcsoportok sorrendjében a második helytől kezdve már kimutathatók regionális különbségek. A legnagyobb eltérések a légzőrendszeri és a mentális betegségek csoportjában mutathatók ki, ezért az első helyen álló kardiovaszkuláris betegségek mellett ezeket elemezzük részletesebben.

10.000 lakosra számított kórházi esetszámok:

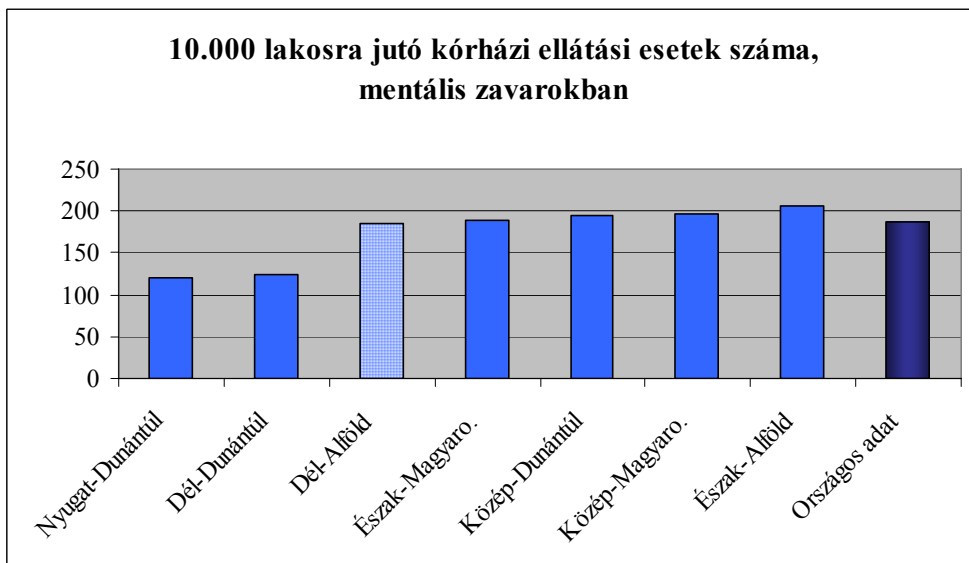
- Keringési rendszer betegségei 544 eset/10.000 lakos (min. 419, max. 616, orsz. 561). **I.1.4./4. ábra**
- Légzőrendszer betegségei 194 eset/10.000 lakos (min. 133, max. 276, orsz. 213). **I.1.4./5. ábra**
- Mentális és viselkedési zavarok: 186 eset/10.000 lakos (min. 120, max. 207, orsz. 187). **I.1.4./6. ábra**



I.1.4./4. ábra



I.1.4./5. ábra



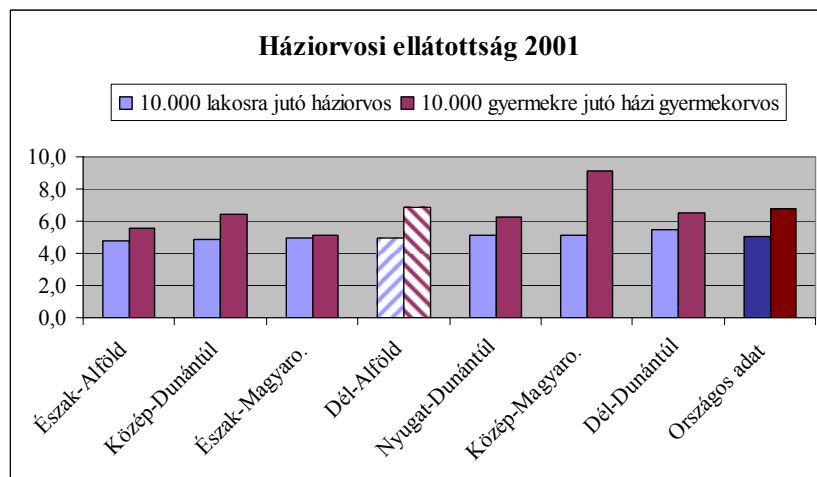
I.1.4./6. ábra

## Az ellátórendszer struktúrája

### Alapellátás

A háziiorvosi szolgálatok száma a régióban 2000-ben 913 (min. 645, max. 1993, orsz. 6869). Ez 1993 óta az egész országban nagyon kisfokú növekedést mutat, a régióban **5,3%. Ez az országban a legnagyobb érték.** (min. 0,2, orsz. 1,6). A háziiorvosi praxisok túlnyomó többsége 2000-ben területi ellátási kötelezettséggel és vállalkozási formában működött. A régióban a területi ellátási kötelezettséggel működő praxisok aránya 94,2% (min. 91,5, max. 97,2, orsz. 93,9). A vállalkozók aránya 93,2% (min. 90,4, max. 95,9, orsz. 93,9). A háziiorvosi ellátottságot a 10.000 lakosra jutó házi orvosok, illetve a 10.000 gyermekre jutó házi gyermekorvosok számával jellemezzük. Ez a régióban a felnőttek esetében 4,97 házi orvos/10.000 lakos (min. 4,76 max. 5,46, orsz. 5,04). A gyermekek esetében 6,9 házi gyermek-orvos/10.000 gyermekkorú lakos (min. 5,1 max. 9,1, orsz. 6,8).

**I.2.1./1. ábra**



**I.2.1./1. ábra**

### Szakellátási kapacitás

#### Házi szakápolás

A házi szakellátásokat illetően az összehasonlítás alapja a 100.000 lakosra jutó házi szakápolási szolgálatok száma lehet. Ez a szám a régióban 3,5 szolgálat/100.000 lakos (min. 3,0, max. 4,8, orsz. 3,6).

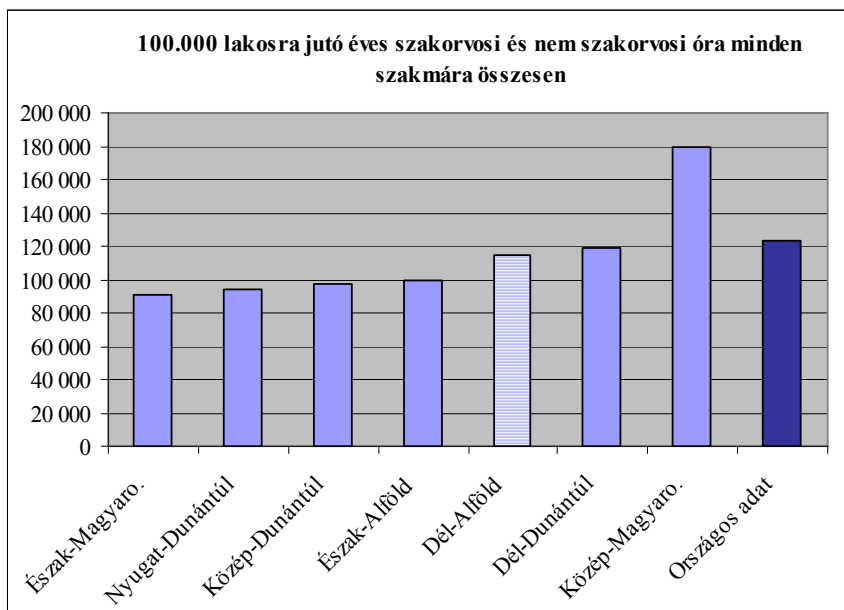
#### Járóbeteg-szakellátás

A járóbeteg-szakellátási kapacitások tekintetében durva tájékozódásra alkalmas adat a 100.000 lakosra jutó rendelési óraszám. Ez ugyanis az intézményi kapacitást és a rendelkezésre álló orvosi erőforrást is magában foglalja. Ennek értéke a régióban 114.426 óra/év/100.000 lakos (min. 90.670, max. 178.998, orsz. 123.682). További elemzések során majd a rendelőintézettel való ellátottságot, a lakóhelyhez legközelebb eső járóbeteg-ellátó intézmény átlagos távolságát stb. is figyelembe kell venni. A rendelési óraszámokon belül a szakorvosi és nem szakorvosi óraszámok megoszlását esetlegessége miatt nehezen elemezhető adatnak tartjuk.

**I.2.2./1 ábra**

Általánosságban elmondható, hogy a Fővárost is magába foglaló Közép-Magyarországi régió óraszámjai abszolút értékben és lakosságához viszonyítottan is jelentősen magasabbak. A továbbiakban csak az ezen túlmenő aránytalanságokat vizsgáljuk. További elemzést igényel

annak eldöntése, hogy ezt mennyire indokolja az a körülmény, hogy a Közép-Magyarországi régió jelentős számban lát el régió kívüli lakosságot.



I.2.2./1. ábra – Szerződéses óraszámok 100.000 lakosra

A régióban kirívóan magas óraszámokkal rendelkeznek az alábbi szakma kódok:

*belgyógyászat*

*gyermek- tüdőgyógyászat*

A régióban kirívóan kevés óraszámokkal rendelkeznek az alábbi szakma kódok:

*rehabilitáció*

*osteoporosis, klimax*

## Gondozói kapacitás

A gondozói kapacitások tekintetében a tüdő- és pszichiátriai gondozókat illetve a gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozókat vizsgáljuk, abszolút számban, illetve 100.000 lakosra.

A régióban a tüdőgondozók száma 23 (min. 16, max. 35, orsz.160). A pszichiátriai gondozók száma 20 (min. 14, max.36, orsz.142). A gyermek-és ifjúsági pszichiátriai gondozók száma pedig 6 (min. 4, max. 9, orsz.39).

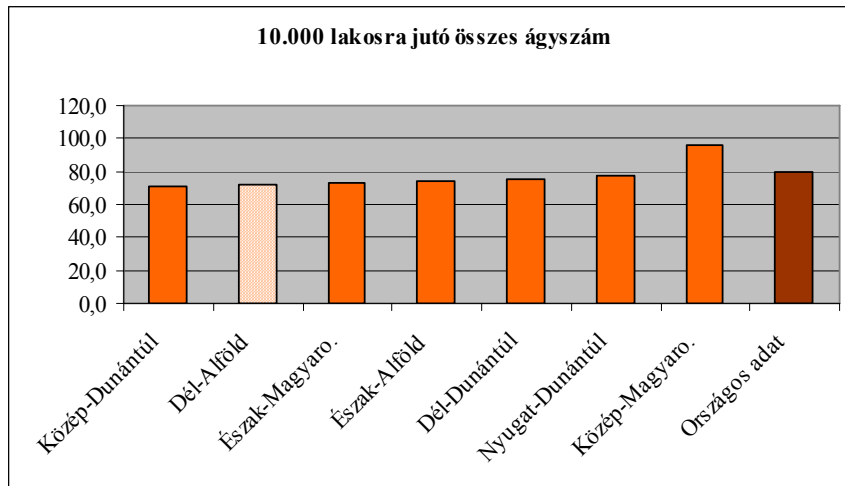
Ez a lakosságszámhoz viszonyítva, a tüdőgondozók esetében 1,67 db/100.000 lakos (min. 1,24, max. 1,99, orsz. 1,57). A pszichiátriai gondozók esetében 1,5/100.000 lakos (min. 0,9, max. 1,9, orsz. 1,4).

A gyermek-és ifjúsági pszichiátriai gondozók esetében 1,91/100.000 lakos (min. 1,00, max. 2,65, orsz. 1,68).

## Fekvőbeteg-ellátás

A lakosságszámhoz viszonyított kórházi ágyszám alapvető adat. A régióban az aktív és krónikus ágyak lakosságszámra vetített értéke 72,3/10.000 lakos (min. 71,2, max. 96,4, orsz. 80,1).

Ebből aktív 59,1/10.000 lakos (min. 45,6, max. 69,1, orsz. 60,0). Krónikus **13,2/10.000 lakos. Ez az országban a legkisebb érték.** (max. 27,3, orsz. 20,1). A régió kórházának száma 19 (min. 15, max. 57, orsz. 176), összes ágyszáma 9927 (min. 7442, max. 27.266, orsz. 8.544).



I.2.4./1. ábra

A régióknak van egyetemi kórháza, nincs állami kórháza. Magánkórház nincs, alapítványi kórház egy van, egyházi tulajdonú kórház viszont nincs a régióban.

### Aktív ágyak

A régióban az aktív ágyak száma 8112 (min. 5110, max. 19.544, orsz. 61.088). Ez lakossághoz viszonyítva 59,1 /10.000 lakos (min. 45,6, max. 69,1, orsz. 60,0).

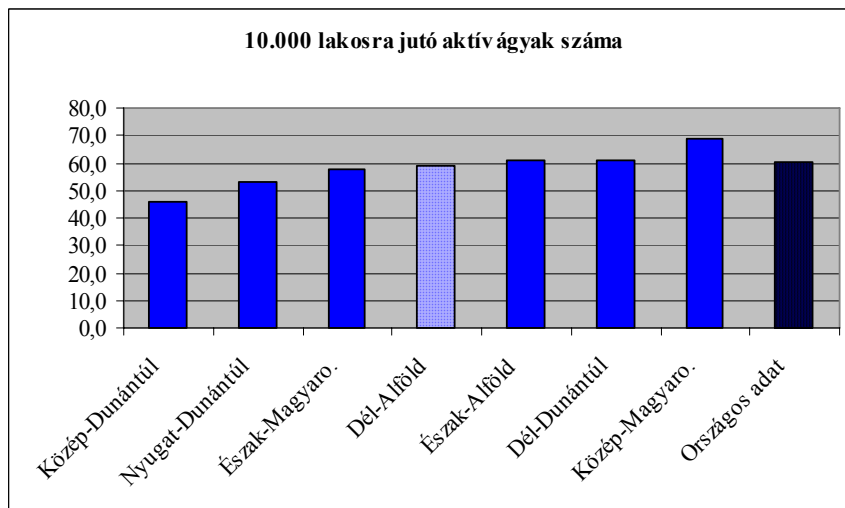
A viszonyokat grafikusán is bemutatjuk. I.2.4./2. ábra

Kirívóan magas relatív ágyszámmal szereplő szakma kód a régióban:

*tüdőgyógyászat*

Kirívóan kevés relatív ágyszámmal szereplő szakma kódok a régióban:

*sebészet, traumatológia, szülészet-nőgyógyászat, hematológia, endokrinológia-anyagcsere, gastroenterológia, kardiológia*

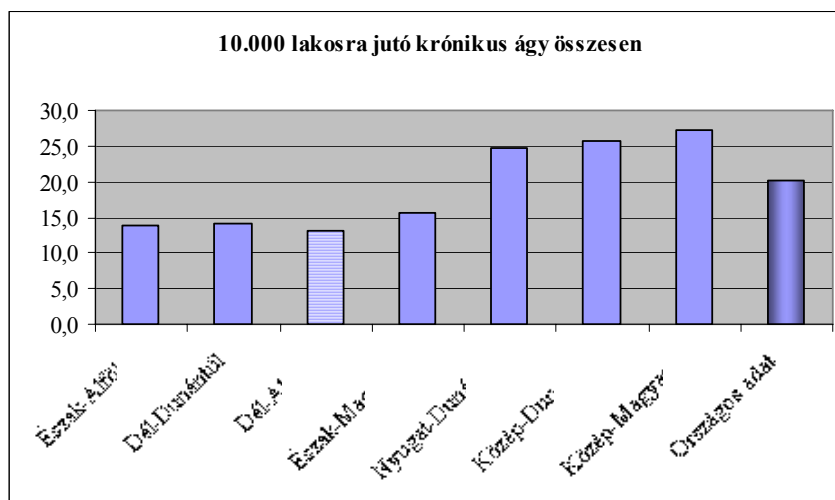


I.2.4./2. ábra

### Krónikus ágyak

A régióban a krónikus ágyak száma 1815 (min. 1401, max. 7722, orsz. 20.456), a lakossághoz viszonyítva **13,2/10.000 lakos. Ez az országban a legkisebb érték.** (max. 27,3, orsz. 20,1).

A krónikus osztályok tekintetében – mivel ezeken elsődlegesen nem aktív orvosi kezelés zajlik – a szakmaspecifikusság kevésbé érvényesül. Ezenkívül rehabilitációs belgyógyászati, pszichiátriai, tüdőgyógyászati, mozgásszervi és kardiológiai szakmában vannak nagyobb számban nevesített ágyak. Az alábbi elemzés ezekre szorítkozik. I.2.4./3 ábra



I.2.4./3. ábra

### Mentőszolgálati kapacitások

A mentőszolgálat kapacitásait illetően az állomások, a mentőjárművek és a mentőorvosok számát tudtuk vizsgálni. A feladat jellege folytán itt nemcsak a lakosságra, hanem a területre vetített arányszámokat is érdemes figyelembe venni.

A régióban a mentőállomások száma 26 (min. 21, max. 38, orsz. 203). Ez lakosságra vetítve 1,9/100.000 lakos (min. 1,2, max. 2,7, orsz. 2,0). Területre vetítve 1,4 db/1000 km<sup>2</sup>. Ez az országban a legkisebb érték. (max.5,1, orsz. 2,2). A régióban használt mentőkocsik száma összesen 147 (min. 81, max. 194, orsz. 978). Ez lakosságra vetítve 10,7/100.000 lakos (min. 6,2, max. 13,1, orsz. 9,6). Területre vetítve 8,0/1000 km<sup>2</sup> (min. 7,2, max. 25,4, orsz. 10,5).

A mentőorvosok száma 16 fő (min. 8, max. 87, orsz. 177). A lakossághoz viszonyított értéke 1,2 orvos/100.000 lakos (min. 0,7, max. 3,1, orsz. 1,7). Területre vetítve 0,9 orvos/1000 km<sup>2</sup> (min. 0,7, max. 12,6, orsz. 1,9).

Az Országos Mentőszolgálat nyilvántartása szerint a régióban a cserére szoruló mentőkocsik aránya 43,15 % (min.31,93 max.50,30 orsz.41,00).

### Szociális ellátás

#### Szociális intézményrendszer

Tartós bentlakásos szociális intézmények férőhelyei tízezer lakosra 77,7 férőhely/10.000 lakos. Ez az országban a legnagyobb érték. (min. 53,2, orsz. 63,2).

Az adat magában foglalja az időskorúak, a pszichiátriai okból gondozásra szorulókat, a szenvedélybetegeket, a fogyatékos gyermekeket ill. felnőtteket, a hajléktalanokat és az egyéb ellátásra szorulókat szakosodott intézmények adatait.

Megoldatlan a régióban:

Hajléktalanok ellátása.

#### Házi segítségnyújtás

A tízezer lakosra jutó házi segítségnyújtásban részesülők száma 46,4 fő/10.000 lakos (min. 32,5, max. 47,7, orsz. 39,6).

## Közgyógyellátás

Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők száma 526 fő/10.000 lakos (min. 344, max. 707, orsz. 488).

## Az ellátórendszer teljesítménye és finanszírozása

### Alapellátás

#### Teljesítmények

A háziorvosi ellátás teljesítményelemzését nem a finanszírozás alapját képező per capita elv szerint végezzük, hiszen akkor nem kapnánk mást, mint az egy háziorvosra jutó lakosok számát régióként, ami egész egyszerűen reciproka a kapacitás-elemzési részben kimutatott tízezer lakosra jutó háziorvosok számának. Ehelyett a rendelői megjelenések, látogatások és kórházi beutalások arányát vizsgáljuk.

A lakosságra vetített rendelői megjelenések száma a régióban 4933 eset/év/1000 lakos (min. 3778, max. 5579, orsz. 4754). A lakáson történő vizitek száma 523 eset/év/1000 lakos (min. 453, max. 613, orsz. 522).

### Szakellátás

#### Házi szakápolás teljesítménye

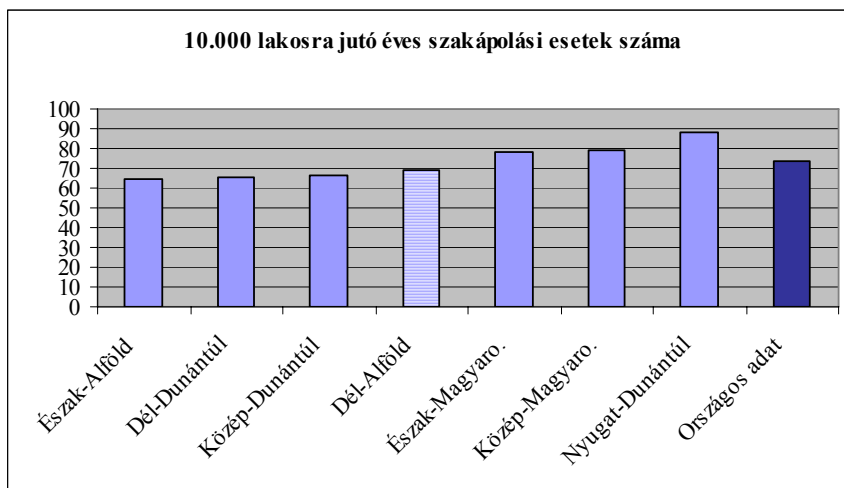
A házi szakápolás teljesítményének jellemzésére rendelkezésünkre álló legjobb adatnak az esetszámokat tekintjük, mely legföljebb 15 vizitet jelenthet. Az egy esetre jutó vizitszámok meglehetősen stabilan állandó értéket mutatnak (kb. 11), ezért ezt bizonyos fenntartással kell kezelnünk.

A régióban az egy szolgálatra jutó éves esetszám 2001-ben 198 eset/év/szolgálat (min. 136, max. 294, orsz. 204).

**I.3.2./1. ábra**

#### Házi szakápolás finanszírozása

A régióban a házi szakápolási szolgálatok finanszírozása 2000-ben összesen 166 mFt/év (min. 121, max. 412, orsz. 1303).



I.3.2./1. ábra



## Szakrendelők teljesítménye

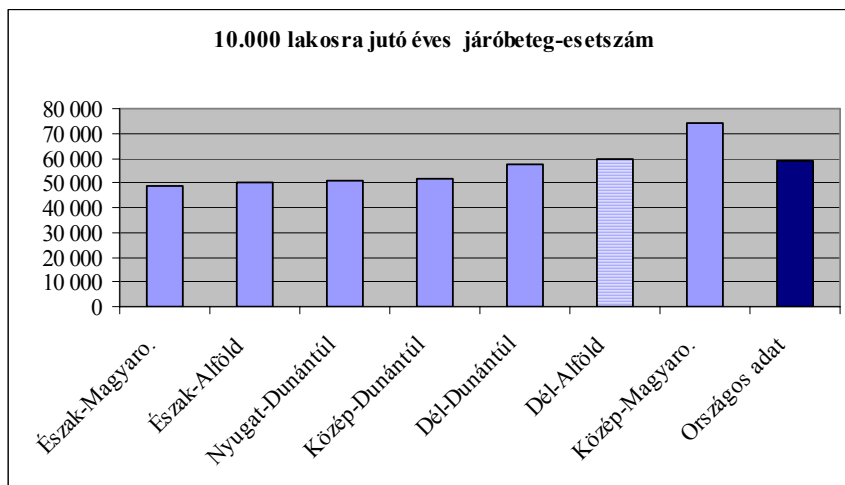
A járóbeteg-szakellátás "fee-for-service" alapú teljesítménymérése közismerten azért problémás, mert a háziiorvosi "gate-keeper" funkció a gyakorlatban nem érvényesül. Ezért a teljesítmények mind az esetszámokat, mind a pontszámokat illetően gerjeszthetők. A gyakorlat ismeretében az esetszámokat mégis megbízhatóbbnak tekintjük, ezért a teljesítményt elsődlegesen az esetszámok alapján vizsgáljuk, bár a pontszám mint a teljesítményfinanszírozás alapvető adata, nem hagyható figyelmen kívül. A régiók között a "pontozási szokások"-ban érdemi különbségeket nem találtunk, ezeket valószínűleg inkább intézményenként változó helyi sajátosságok szabják meg, melyek régiós szinten kiegyenlítődnek.

Összes esetszám a régióban 8.143.207 eset/év (min. 5.100.164, max. 20.931.007, orsz. 59.832.307).

A 10.000 lakosra jutó esetszám 59.301 eset/év/10.000 lakos (min. 48.396, max. 73.986, orsz. 58.804).

A régióban elért összes pontszám-teljesítmény 9.454.914.728 pont/év (min. 5.094.441.634, max. 24.365.568.813, orsz. 66.197.090.074). Ez 10.000 lakosra számítva 68.853.452 pont/év/10.000 lakos (min. 50.556.101, max. 86.126.,419, orsz. 65.059.505).

**I.3.2./2. ábra**



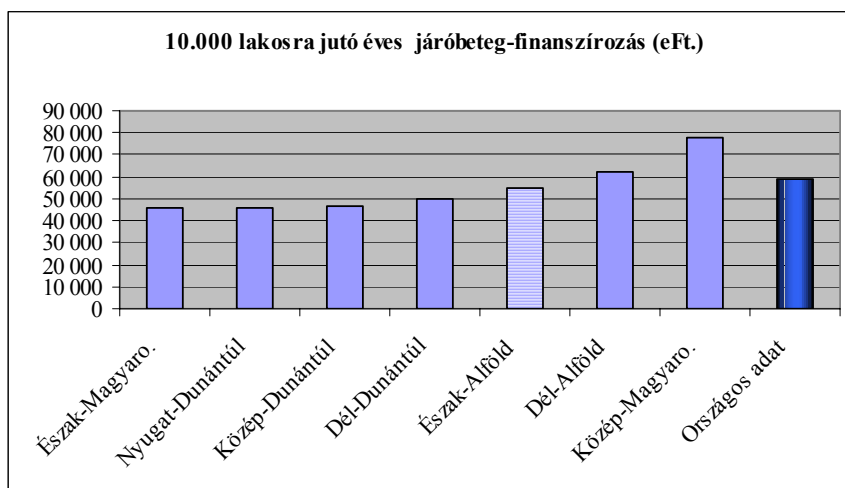
**I.3.2./2. ábra**

## Szakrendelők finanszírozása

A vizsgált időszakban a pont-forint arány (az egységnyi teljesítmény forint értéke) viszonylag állandó volt, ezért a pontszámok és a finanszírozási összegek régiók közti eloszlása megegyező.

Az éves finanszírozási összeg a régióban 8.529.482 eFt/év (min. 4.601.088, max. 21.922.395, orsz. 59.664.848). A 10.000 lakosra számított összeg 62.114 eFt/év/10.000 lakos (min. 45.641, max. 77.490, orsz. 58.640).

**I.3.2./3. ábra**



I.3.2./3. ábra

### Gondozók teljesítménye és finanszírozása

A gondozási tevékenység teljesítményének mérésére jelen pillanatban jól használható indikátor nem áll rendelkezésre, alapvetően bázisfinanszírozás működik, ami azonban átalakulóban van. Az érdemi elemzéshez, javaslattételhez további adatgyűjtés szükséges.

### Fekvőbeteg-ellátás

#### Teljesítmény

##### Aktív ellátás

A lakossághoz viszonyított teljesítmény a régióban 2.200 súlyszám/év/10.000 lakos (min. 1.646, max. 2.658, orsz. 2.225).

A CASE MIX index 0,96668 súlyszám/eset (min. 0,87354, max. 1,00635, orsz. 0,96036).

Az átlagos ápolási idő 7,6 ápolási nap/eset (min. 7,1, max. 8,0, orsz. 7,6).

Az ágykihasználtság ebben a régióban 80,03% (min. 78,11, max. 83,92, orsz. 80,33).

Ugyanakkor a normatív ágykihasználtság 83,13% (min. 78,87, max. 86,05, orsz. 81,72).

##### Krónikus ellátás

A lakossághoz viszonyított ápolási napban mért teljesítmény 3810 nap/év/10.000 lakos (min. 3519, max. 8250, orsz. 5887).

Az egy ágyra jutó évi ápolási nap 288 nap/év/ágy (min. 254, max. 312, orsz. 293).

A krónikus ágyak kihasználtsága 79,0% (min. 69,5, max. 85,4, orsz. 80,2).

### Finanszírozás

A fekvőbeteg-ellátás finanszírozását éves szinten abszolút és 10.000 lakosra vetített értéken mutatjuk be, a 2001. évre vonatkozóan.

A régióban az abszolút összeg 31.342,5 mFt (min. 20.932,9, max. 81.443,7, orsz. 243.165).

Ennek a lakosságra vetített értéke 228,25 mFt/10.000 lakos (min. 186,8, max. 287,88, orsz. 238,99).

## **2. számú melléklet**

## **Hódmezővásárhely lakosságának egészségügyi és szociális adatainak, illetve a helyi ellátórendszer jellemzőinek összehasonlítása, a 2004-es regionális és országos adatokkal**

### **Népmozgalmi és demográfiai mutatók:**

A 2004 évi adatok alapján az 1000 lakosra számított élveszületés **9,17** (születésszám:443 lakosságszám: 48 327), amely kissé magasabb a régiós adatoknál (9,04 fő/1000 lakos), azonban az országos átlagot nem éri el (9,53 fő/1000 lakos).

A halálozás **12,37** fő/ 1000 lakos (lakosságszám:48.327 halálozás: 598) a régiós adatoknál ugyan alacsonyabb (13,54 fő/1000 lakos), de az országos adatoknál magasabb 10,76 fő/1000 lakos).

Az 1000 lakosra számított természetes szaporodás Hódmezővásárhelyen is negatív szám (**-3,2** fő/1000 lakos), de a régiós adatoknál (-4.50 fő/1000 lakos) és az országos adatoknál (-3.45 fő/1000 lakos) valamivel kedvezőbb a helyzet.

Ennek ellenére a következő években a lakosság viszonylag jelentős mértékű csökkenésével kell számolni Hódmezővásárhelyen is.

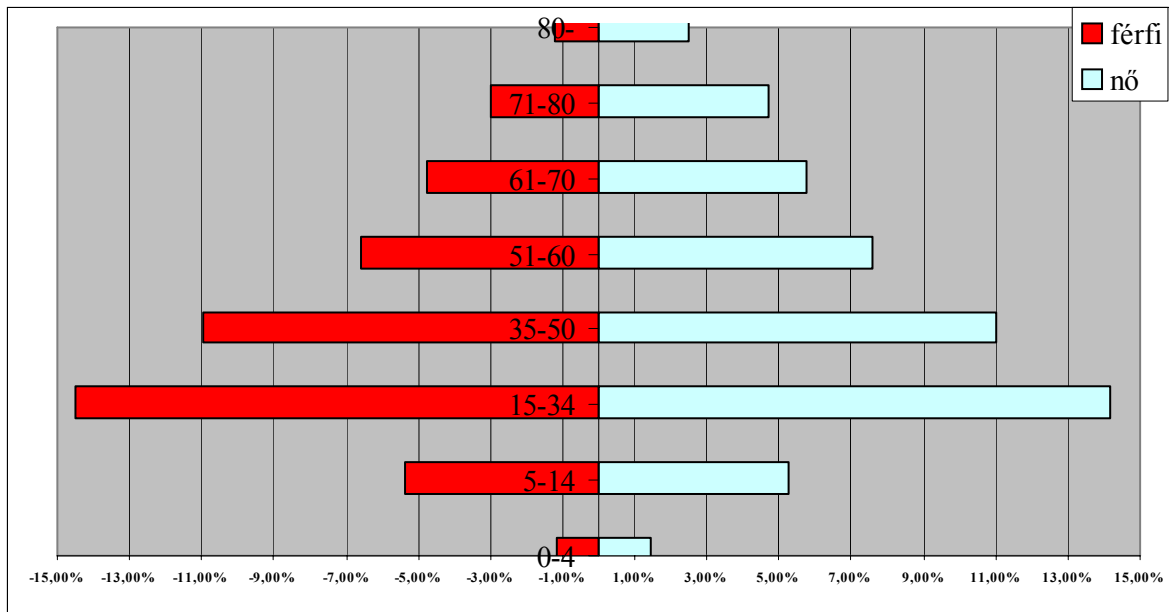
Az 1000 élveszületésre számított csecsemőhalálozás **9,029 eset/1000 élveszületett** (születésszám:443 csecsemőhalálozás: 4), a régiós 7,56 eset/1000 élveszületési értéket meghaladja, azonban az országos adatoknál kissé kedvezőbb (9,57 eset/1000 élveszületés).

A 100 élveszületésre jutó terhesség-megszakítás: **58,32** (születésszám:463 terh.megsz.:270), mely a régiós adatoknál alig kevesebb, de az országos átlaggal csaknem megegyező, magas értéket mutat (58,1 eset/100 élveszületés).

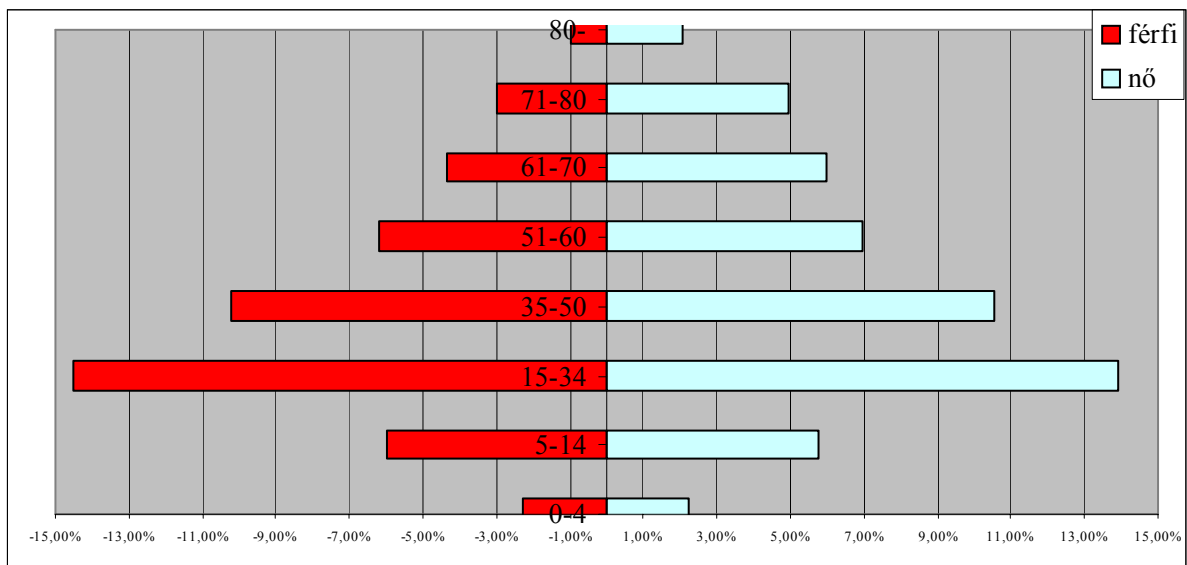
### **Korfa**

A lakosság átlagos életkorát, a korcsoportonkénti férfi-nő arányt tekintve regionális szintű különbségek érdemben nem mutathatók ki. Általában jellemző, hogy a korfa 15-34 éves kor alatt keskenyedik, a 35-50 és a 15-34 éves sávban vannak a legnagyobb értékek. Hódmezővásárhelyen a fiúk születéskori arány alacsonyabb, szemben a régiós adatokkal, azonban később már megegyezik a régiós adatokkal. Idősebb korban a nők számaránya a régióhoz hasonlóan magasabb lesz.

### Hódmezővásárhely:



### Dél-Alföldi régió:



### Halálzási, halálloki adatok

Hódmezővásárhelyen a lakosságra számolt haláleset 1237 eset/100.000 lakos a régióban ez a szám 1354 eset/100.000 lakos, az országos adat 1298 eset/100.000 lakos.

A vezető halállokok – a fő betegcsoportokat tekintve – sorrendjében a régiók között nincs különbség. Az egész országban a vezető halállokot (BNO főcsoportok szerint) a keringési rendszer betegségei adják. Ezek az adatok jellemzők Kórházunkra is.

## Kórházi mortalitás 2004

Betegségcsoport	Elhalálozások száma:	Megoszlás:
<b>Keringési betegségek</b>	204	41,13%
<b>Daganatok</b>	144	29,03%
<b>Emésztőrendszeri betegségek</b>	24	4,84%
<b>Légzőszervi betegségek</b>	44	8,87%
<b>Egyéb</b>	80	16,13%
Összesen	496	100,00%

## Szociális intézményrendszer

### *Tartós bentlakásos szociális intézmények férőhelyei:*

Szivárvány Szociális Otthon: **116 + 8** fő lakóotthon

Serház-téri Szociális Otthon: **200**

**Az összes férőhelyek száma 324.**

A tartós bentlakásos szociális intézmények férőhelyei tízezer lakosra 67,04 férőhely /10.000 lakos, régióban ez a szám magasabb (77,7 férőhely/10.000 lakos), az országos átlagnál azonban kissé magasabb (63,2 férőhely/10.000 lakos).

### *Házi segítségnyújtásban részesülők száma:*

Hódmezővásárhely:**180 fő (37,24 fő/10.000)**, ez jóval alatta marad a régiós adatoknak (46,4 fő/10.000).

### *Közgyógyellátás:*

Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők száma **1 645 fő** (340 fő/10.000 lakos), a régióban ez az érték jóval magasabb (526 fő/10.000 lakos).

## Alapellátás

### **Háziorvosi szolgálat**

A 10 000 lakosra jutó háziorvosok száma: 4,97 (24 Praxis), mely megegyezik a régióban ismert értékkel (4,97 háziorvos/10.000 lakos).

A 10 000 lakosra jutó házi-gyermekorvosok száma: **9,22** (9 Praxis 9 757 ellátott) a régióban ez az érték alacsonyabb (6,9 házi gyermekorvos / 10.000 gyermekkorú lakos).

### **Házi szakápolás**

A 100 000 lakosra jutó házi szakápolási szolgálatok száma: **4,14** (2 szolgálat 48 327 lakos), ez a szám a régióban alacsonyabb 3,5 szolgálat/100.000 lakos.

## Szakellátás

### *Szakrendelők teljesítménye*

Összes esetszám Hódmezővásárhelyen: **335 381 eset / év.**

A 10 000 lakosra jutó esetszám: **55 896 eset/év/10 000 lakos**, a régiós adatokhoz képest alacsonyabb 59.301 eset/év/10.000 lakos.

Összes lejelentett pontszám Hódmezővásárhelyen: **300 174.352.**

A 10 000 lakosra jutó pontszám: **50 029 058 pont/év/10 000 lakos** a régióban ez az érték jóval magasabb 68.853.452 pont/év/10.000 lakos.

### *Fekvőbeteg ellátás*

#### **Aktív ellátás mutatói:**

A lakossághoz viszonyított teljesítmény a Hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórházban: (ellátandó lakosságszám, a legtöbb szakmában kb. 60 000) **2.024,5 HBCS/ÉV/10 000 lakos** a régióban magasabb 2.200 súlyszám/év/10.000 lakos.

Case-mix index: **0,8821** (13 770 eset 12 146 HBCS), a régióban magasabb 0,96668 súlyszám/eset.

Átlagos ápolási idő: **7,28** (13 770 eset 100 181 ápolási nap), a régióban 7,6 ápolási nap/eset.

#### **Krónikus ellátás:**

##### **A lakossághoz viszonyított ápolási napban mért teljesítmény:**

Belgyógyászati rehabilitáció	<b>819,35 nap/év/10 000 lakos</b> (5 011 nap 61 158 lakos)
Belgyógyászati Krónikus ellátás	<b>310,64 nap/év/10 000 lakos</b> (4 179,5 nap 134 543 lakos)
Mozgás rehabilitációs ellátás	<b>494,92 nap/év/10 000 lakos</b> (21 521 nap 434 837 lakos)

##### **Az egy ágyra jutó évi ápolási nap:**

A régiós átlag: 288 nap/év/ágy

Az Erzsébet Kórház adatai:

Belgyógyászati rehabilitáció	<b>250,55 nap/év/ ágy</b> (5 011 nap 20 ágy)
Belgyógyászati Krónikus ellátás	<b>208,975 nap/év/ ágy</b> (4 179,5 nap 20 ágy)
Mozgás rehabilitációs ellátás	<b>358,68 nap/év/ ágy</b> (21 521 nap 60 ágy)

## Összefoglalás

Összességében elmondható, hogy Hódmezővásárhely lakosságának elöregedése az évek óta jellemző tendenciát mutató, a régiós adatokkal csaknem megegyező, az országos átlagnál valamivel kedvezőbb, de továbbra is negatív természetes szaporodást mutató folyamattal magyarázható. Viszonylag magas az elveszülésekhez viszonylag magas csecsemőhalandóság és az országos adatokhoz hasonlóan magas a terhesség-megszakítások aránya is. Elsődleges problémaként azonban az országos jelenségnek számító alacsony születési szám hozható fel.

A halálozási okok közül Hódmezővásárhelyen is a szív- érrendszeri betegségek vannak a vezető helyen, az esetek 40%-ban oka a halálnak keringési betegség. A daganatos betegségek szintén hasonlóságot mutatnak az országos rangsorral, a halálozás 1/3-t teszik ki.

A szociális ellátás területén a tartós bentlakásos szociális intézmény férőhelyei, a régióban jellemző, lakossághoz viszonyított aránya Hódmezővásárhelyen alacsonyabb, az országos átlagának megfelelő. A gyakorlat és rohamosan romló demográfiai mutatókat reálisan szemlélve mind az arány mind a férőhelyek abszolút száma igen alacsony. A házi segítségnyújtás és a közgyógyellátásban részesülők arány a régiós adatokétól elmarad, mely okának feltárására további elemzés szükséges.

Az alapellátáson belül a házi orvosi ellátottság jónak mondható és a házi szakápolás is jól szervezett Hódmezővásárhelyen.

A járóbeteg-szakellátás területén a régiós adatokkal összehasonlítva Hódmezővásárhelyen kevesebben veszik igénybe a szakrendelést, amiből következően az Intézmény bevételei is alacsonyabbak, mint a régiós átlag.

Az aktív fekvőbeteg ellátásban az átlagos ápolási nap a régióban jellemzővel lényegében megegyezik, azonban a case-mix index alapján a kórházban kevésbé súlyos betegeket látunk el a régió átlagához képest (ezt az adatot jelentősen torzíthatja az egyetem mint a progresszív betegellátás legmagasabb szintjén álló intézmény).

### Forrás:

A Hódmezővásárhelyi adatok: az intézmény saját adatai.

A régiós és országos adatok: *REA Regionális Egészségügyi Adattár 2004. GSKI.*



### **3. számú melléklet**

## **Kakasszék részleg fejlesztési lehetőségei**

### **Helyzetelemzés:**

Csongrád megye mozgásszervi betegeinek rehabilitációja a fekvőbeteg ellátás szintjén a szegedi cerebrovascularis rehabilitációs osztályon (44 ágy) a szentesi kórház (25 ágy), valamint a hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház kakasszéki mozgásszervi rehabilitációs osztályán történik (60 ágy: reumatológiai, ortopédiai, posttraumás és vascularis betegek) összesen: 129 ágyon. Ez 2,5 ágy/10 ezer lakos, mely alatta marad a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által meghatározott 3,7/10 ezer lakos mozgásszervi rehabilitációs ágynak.

A megyében Kakasszéken működik az egyetlen interdiszciplináris feladatokat ellátó, un. vegyes profilú mozgásszervi rehabilitációs osztály, mely az elmúlt két évtizedben csongrád megyei ellátási kötelezettségén túlmenően jelentős regionális feladatot is ellátott.

A megyében az Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott magas rehabilitációs ágyszámon belül a mozgásszervi rehabilitáció lehetőségei a kakasszéki 60 ágyon az igények kielégítésére nem elegendőek, a betegek részéről hosszú a várakozási idő, a korai rehabilitáció megoldása igen nagy nehézségekbe ütközik.

A helyzetet súlyosbítja, hogy alapszintű,- középszintű rehabilitációs ellátás gyakorlatilag nincs, s a rehabilitációt kényszerből a szükségesnél magasabb ellátási szinten végzik, és a fekvőbeteg intézményekre tevődik át a hangsúly.

Belső strukturális átalakítással, a rehabilitációs ágyak számának növelésével (a reumatológia, vagy más aktív ágyak terhére), általános nappali rehabilitáció megvalósításával, a meglévő ágyszámon belül - vagy fejlesztéssel - 15 speciális ágy beállításával rehabilitációs központi szerepre alkalmas szakintézmény hozható létre (Előzetes egyeztetések alapján az Országos Tisztifőorvoshoz és a Rehabilitációs Szakmai Kollégium is támogat).

A strukturális átalakítás azért látszik célszerűnek, mert a reumatológiában, az immunpatológiai kórképek egyre nagyobb térhódításával a bevezetésre kerülő új terápiás módszerek - pl. biológiai terápia - fejlődésével, a gyulladásszerű reumatológiai kórképek kezelésére korszerű diagnosztikai háttérrel rendelkező Egyetemi Reumatológiai Tanszékek, illetve centrumok képesek. A krónikus degeneratív kórképeket továbbra is ellátjuk, tehát a struktúraváltás a betegellátás vonatkozásában változást nem jelent.

A kórház számára a kitörési pontot a mozgásszervi rehabilitáció továbbfejlesztése jelenti, s ebben a vonatkozásban, a régióban "lépéselőnyünk" van (az SZTE ÁOK gyermek,- és ortopédiai rehabilitáció megindítását tervezi, a szakorvos képzés részben osztályunkon történik).

### **Szakmai fejlesztési elképzelések**

A felújított épület hotelszolgáltatása magas színvonalú. Lényegében minden igényt kielégít. A korábban, 1993-ban átadott hydro-, balneoterápiás részleg - a jelenlegi betegforgalom és a távlati tervek alapján - már elégtelennek bizonyul.

A medence mérete kicsi, újabb medence(k) építése előnyös lenne, ahol egyéni víz alatti tornakezelések, vizes függesztés alkalmazására lenne lehetőség. Több tangentor kádra, rekeszes galvánra lenne szükség, mert nagy az igénybevételük. A nagy betegforgalom, a mechanoterápiás igény miatt a tornatermet "kinőttük". Másik tornaterem kialakítása a második szinten a padlástérben lehetséges.

Mind a gyógytornászok, mind a betegek körében népszerű és rendkívül hatásos a függesztőrács kezelés, ezért még két eszköz igénye merül fel. A kezelőhelyiségek kialakíthatóak a padlástérben (építészetiileg megoldható tetőtéri ablakok elhelyezésével)

Szintén a padlástérben Nappali Kórházi ágyak elhelyezésére lenne lehetőség, melynek építészeti akadályá véleményem szerint nincs.

A fenti bővítések elsősorban a gyógytornászi létszám emelését igénylik, valamint diplomás ápoló, konduktor, főállású pszichológus, ergoterapeuta foglalkoztatása indokolt.

Mindenképpen indokolt a környezet rehabilitációja, park kialakítása, benne szabadtéri tornapálya.

A tavakban a nád mennyiségét minimálisra kellene csökkenteni, a tavat ki kellene kotorni, a gyógyhatású vizet fürdőzésre, balneoterápiára alkalmassá tenni.

A jelenlegi fizioterápiás géppark jó, de néhány éven belül felújításra szorul (a gépek nagyobb része 10-12 éves). A fizioterápiás asszisztensek számának növelésével nyújtott műszak, ill. szombati műszak bevezetésére is lenne lehetőség (bár ennek csak az aktív ellátásban van jelentősége, csökkenthető lenne az ápolási nap, több beteget lehetne ellátni).

A betegek szempontjából sokat jelentene, az intézet könnyebben történő megközelítése autóbusszal

## **Komplex (intenzív) rehabilitáció nyújtására alkalmas központ létrehozása Kakasszéken.**

### ***I. Mindenképpen szükséges fejlesztés:***

#### **1. személyi feltételek: intenzív rehabilitációs finanszírozás feltételeinek biztosítása**

- a rehabilitációs orvosokon és nővéreken kívül a rehabilitációs team legalább öt szakmaspecifikus team tagból kell, hogy álljon (gyógytornász, pszichológus, logopédus, dietetikus, szociális nővér, stb.)
- Ötágyanként 1 diplomás  
15 ágyas osztályon minimum 3 diplomás, közülük 1 helyettesíthető 2 asszisztenssel.  
30 ágyas osztályon vagy 5 diplomás, vagy 2 diplomás 2 asszisztenssel

Osztályunkon a legnagyobb gondot a diplomás szakdolgozók létszámhiánya okozza. Az aktív rehabilitációs osztályok besorolásához szükséges további öt paraméter biztosított. A Szakmai Kollégium állásfoglalása alapján bármelyik rehabilitációs osztály elveszítheti a 2,1-es szorzót, amennyiben nem teljesíti a szükséges feltételeket. Évente felülvizsgálat.

#### **1. Tárgyi feltételek:**

- 15 speciális ágy kialakítása (legmagasabb szakmai szorzó: 4,5) koponya-agysérültek, paraplégek ellátása a meglévő ágylétszámon belül, strukturális átalakítással, vagy ágyszám fejlesztéssel. Az intenzív háttérhez a műszerezettség lényegében biztosított.
- Nappali Kórházi rehabilitáció megvalósítása (20 ágy) az összágyszám maximum a fele működtethető Nappali Kórházként, a finanszírozás a fekvő 50 %-a. A minimális tartózkodási idő 6 óra. Működtetése gazdasági szempontból előnyös.

- Hydro,- balneoterápia fejlesztése
  - tornamedence létrehozása: a subaqualis torna biztosítására 1 betegre 4 m2 alapterületet kell biztosítani. A csoporttornánál az ideális beteglétszám 8-10 fő.
  - teljes elektromos fürdő, tangentorral (min. 1 darab) 4 rekeszes galván (1 darab)
- Gyógyhatású iszap kiterjedt vizsgálatok alapján történő gyógyiszappá minősítése (ennek gazdasági kihatásai is jelentősek lennének, forgalmazás)
- Mechanoterápia bővítése, fejlesztése
  - 1 nagy tornaterem (alapterület 32-36 m2 ) szakberendezéssel.
  - 2 egyéni kis tornaterem (alapterület 10-12 m2) 1-2 db függesztőrácscsal.
  - a parkban szabadtéri tornapálya létesítése
- Számítógépes hálózat fejlesztése, szélessávú Internet lehetőség biztosítása.
- A közlekedési infrastruktúra javítása (a bekötőút kiszélesítése, autóbusz forduló kialakítása).

## **II. Lehetőségként felmerülő optimális fejlesztés**

A gyógyhatású gyógyvízre és iszapra, a törzskönyvezett speciális hatású termálgyógyvízre települt Egészségturisztikai Központ, önálló gyógyszálló

- szakmai bázisaként szolgálna a kakasszéki gyógyintézet,
- biztosítaná a tervezett hódmezővásárhelyi rehabilitációs, fizioterápiás centrum fekvőbeteg háttérét ( aktív reumatológiai, mozgásszervi rehabilitációs ellátás )

### 1. Fürdőfejlesztés:

- tó rehabilitáció, a „Júlia” fürdő helyreállítása
- külső fürdőmedencék létrehozása

### 1. Kapcsolódó infrastrukturális és környezeti fejlesztések:

- környezetrehabilitáció
- önálló gyógyszálló, színvonalas hotelrész létrehozása
- kemping, tenispályák, golfpályák létesítése, a lovaglásnak a rekreációs (menedzserbetegségben szenvedők részére ) rehabilitációs programba történő beépítése

### 1. A fejlesztés elősegítené a szezon meghosszabbítását, a látogatók - betegek tartózkodási idejének és költségének növelését, a külföldi betegek kezelésének biztosításával (pl.: csípőízületi műtét a hódmezővásárhelyi kórház traumatológián - rehabilitáció Kakasszéken - járóbeteg utókezelés a hódmezővásárhelyi fizioterápiás centrumban,- turista Hódmezővásárhelyen ). Funkcionális munkakapcsolat Hódmezővásárhely és Kakasszék között.

### 2. Helyben az egészségturisztikai termékek sokszínűségének biztosítása

- gyógylovaglás
- gyógyúszás

- vízisportok, horgászat, vadászat
  - fitness programok menedzserbetegségben, súlyfeleslegben szenvedőknek
  - természetgyógyászati módszerek alkalmazása, szakorvosi tevékenységgel, vagy felügyelettel (akupunktúra, kyropraktika, speciális gyógymasszázs, biorezonancia, Bemer mágnesoterápia, stb.).
- 5 Turisztikai termékek komplexitása adott. Kakasszék Csongrád és Békés megye „mezsgyehatárán” helyezkedik el. Program turisták számára, nevezetességek megtekintése: Hódmezővásárhely (30 km) Orosháza, Gyopárosfürdő (7 km).

## **4. számú melléklet**

## Jelentősebb felújítások, fejlesztések

A 2005-2007 közötti időszakra tervezett jelentősebb karbantartási, felújítási, fejlesztési elképzelések összeállításánál figyelembe vett főbb szempontok:

- Higiéniai követelmények kielégítése
- Épületek állag fenntartási követelményeinek kielégítése
- Komfortérzetet javító intézkedésekhez kapcsolódó igények
- Működési kört bővítő fejlesztési igények
- Jogszabályi előírásokból következő igények.

### A konkrét fejlesztési elképzelések bemutatása.

#### I. Higiéniai követelmények kielégítése

Ebbe a kategóriába elsősorban a különböző, rendszeres tisztasági meszelések és festések tartoznak, melyek döntően karbantartási munkák.

Tekintettel arra, hogy a kórház nem rendelkezik festő szakemberekkel, ezen munkákat külső vállalkozókkal kell elvégeztetni.

Tervünkben a soron következő munkák szerepelnek, természetesen a kórházi osztályok festése, meszelése évekre előmenően tovább ütemezhető.

Ide sorolható az MRSA betegek elkülönített kezelését biztosító gyógyító helyiség kialakítását is. Jelenlegi elképzeléseink szerint ezt az eredeti működésében helyreállított Bőrgyógyászati Osztály keretében lehetne megoldani. Az elkülönített helyiség kialakítása, mivel természetes növekedéssel (alapterület, kubatura) ugyan nem jár, viszont önálló szociális rész kialakítását igényli, felújítási-fejlesztési kategóriába tartozik.

Költség előirányzat: 5.900 eFt.

#### II. Épületek és építmények állag fenntartó munkái

Ezen munkák keretében a különböző tető-, ereszcsonna-, vízvezeték javítási, valamint, karbantartási feladatok elvégzését ill. elvégeztetését tervezzük.

Szintén itt szerepelnek a nyílászáró felújítási, kerítés karbantartási, valamint a kórházi belső úthálózat tüneti kezelési munkái, az. ún. kátyúzások.

A munkákat egyrészt a kórházi karbantartási részleggel, másrészt külső vállalkozókkal kívánjuk elvégeztetni. A kategória munkáira fokozott figyelmet kell fordítani, mivel elmaradásuk további állagromlást eredményezhet.

Költség előirányzat: 3.345 eFt.

#### III. Komfort érzetet javító intézkedések

Itt elsősorban az alapvető működést nem befolyásoló munkálatokat tervezzük, melyek ablakszárny ill. ablakcseréket, parkoló bővítéseket, valamint osztályos fürdő kialakítást tartalmaznak. Ezen munkák egyrészt felújítások (ablakcserék, kerékpártároló burkolatok), másrészt fejlesztések (parkoló bővítés, fürdő átalakítás), valamint karbantartási jellegűek (raktár átalakítás).

Költség előirányzat: 5.800 eFt

#### IV. Tevékenységi kört bővítő fejlesztések

Az itt tervezett fejlesztések a Hospice Osztály kialakítását, valamint új szakorvosi rendelő építését tartalmazzák.

Költség előirányzat:

Hospice Osztály: 14.000 eFt.

Szakorvosi rendelő: 1.200 MFt.

(A tervezett fejlesztéseket tartalmazó táblázatban, a feladat nagysága és költsége miatt, az új szakorvosi rendelő fejlesztési költség előirányzata nem szerepel.)

#### V. Jogszabályi előírásokból adódó fejlesztések

A jogszabályok alapvető működési feltételként rögzítik a minimum feltételeknek való megfelelést, valamint egyéb jogszabályi feltételek (pl. akadálymentesítés) kielégítését.

Költség előirányzat: 20.000 eFt.

Az előzőekben vázolt elképzelések a jelenleg ismert igényeket tartalmazzák, a költség előirányzatokat – a konkrét megvalósítási tervek hiányában – műszaki becsléssel határoztuk meg, melyeket a megvalósítás előtt pontosítani szükséges.



**Jelentősebb karbantartási – felújítási – fejlesztési igények táblázata ( 2005-2007 év)**

( eFt-ban )

Sor- szám	Tervezett feladat	Költség ei.	Tervezett 2005	kivitelezési 2006	ütemezés 2007	Saját kivitelezés	Külső kivitelezés	Megjegyzés
1.	Seb.ambulancia sótalanító meszelése	250	250			X		Évente célszerű
2.	Audiológia tisztasági festése	500		500			X	
3.	Konyha tisztasági meszelése	800	800				X	Évente ebédlőt és szükség szerint
4.	Intenzív O. festése	850		850			X	
5.	Közp.steril.üvegfal, ajtó festés	800			800		X	
6.	Ideg O. festése	1200			1200		X	
7.	MRSA elkül. Kialakítása	1500		1500			X	
	<b>I. Összesen :</b>	<b>5900</b>	<b>1050</b>	<b>2850</b>	<b>2000</b>			
8.	Közp.rendelő tetőjav.	300	300				X	
9.	Kórházi belső utak kátyúzása	500		500			X	Balesetveszély
10.	Raktár ép. tetőjav.	100	100			X		
11.	Ereszcsatorna jav.	40	40			X		
12.	Főép. válaszpárkány bádogozás	45	45				X	
13.	Szennyvíz vez. csere	60	60			X		
14.	Kórházi kerítés karb, javítások	1800			1800		X	
15.	Boncterem ablakszárny csere	500		500			X	
	<b>II. Összesen :</b>	<b>3345</b>	<b>545</b>	<b>1000</b>	<b>1800</b>			

Hódmezővásárhely Erzsébet Kórház Rendelőintézet szakmai koncepció 4. sz. melléklet

16.	Kerékpár tárolók burkolása	100	100			X		Kislabor, szem.ép. mellett
17.	Belgyógy. Férfi részleg fürdő átalakítása	1000		1000			X	Hasonlóan a női oldalhoz
18.	Főép.erkélyszobák ablakszárny cserék	700		700			X	Hasonlóan a belgyógyászatéhoz
19.	Kórházi udvari parkoló bővítés	1400			1400		X	
20.	Vérellátó ép. földszinti ablakcserék	1800			1800		X	Igazodva a megvalósult ablakcserékhez
21.	Konzervraktár átalakítása irattárrá	300	300			X		Polcrendszer beépítése
22.	Ebédlő alatt raktár kial.	500			500		X	Feltöltés, betonozás, meszelés
	<b>III: Összesen :</b>	<b>5800</b>	<b>400</b>	<b>1700</b>	<b>3700</b>			
23.	Hospice O. kialakítása	14000		14000			X	Pályázat
	<b>IV. Összesen :</b>	<b>14000</b>		<b>14000</b>				
24.	Bőr épület akadálymentesítése	18000			18000		X	Pályázat
25.	Nővérhívó r. kiépítése	2000	1000	1000			X	Pályázat
	<b>V. Összesen :</b>	<b>20000</b>	<b>1000</b>	<b>1000</b>	<b>18800</b>			
26.	Épületgép. Munkák (légszűrő csere, diagn.kazán részleges felúj, kondenz edény csere... )	2450	650	1400	400	X	X	2006.kazánrevízió
	<b>MINDÖSSZESEN :</b>	<b>51495</b>	<b>3645</b>	<b>21950</b>	<b>26700</b>			

## **5. számú melléklet**

osztály	műszer
urológia	
	<i>nagyfrekvenciájú vágó- és elektrocoaguláló készülék</i>
bel krónikus	
	<i>hideg-meleg vizes orvosi csaptelep fertőtlenítési vizsgáló ágy / szék vizsgáló lámpa</i>
bel rehabilitáció	
	<i>antidecubitor párnák betegemelő hideg-meleg vizes orvosi csaptelep fertőtlenítési oscillometer vizsgáló ágy / szék vizsgáló lámpa</i>
belgyógyászat	
	<i>13 CO<sub>2</sub>, ill. 14 CO<sub>2</sub> mérésére alkalmas tömegspektrométer anoscop argon plasma koagulátor cytológiai kefe endo-loop ensoscopon átvezethető kvarc lézerszál fém rectoscop tartozékokkal hidraulikus ballontágító sorozat hidrogéngáz mérésére gázanalizátor kisteljesítményű laser készülék légzésmintagyűjtő ballon ligacios szett Linton szonda Minnesota ballon UH tisztítóberendezés varix ligator szett vizsgáló lámpa</i>
belgyógyászat Berta dr. rendelő	
	<i>vizsgáló lámpa</i>
belgyógyászat Móricz dr. rendelő	
	<i>vizsgáló lámpa</i>
bőr ambulancia	
	<i>hűtőszekrény</i>
bőrgyógyászat	
	<i>étkező asztal, szék</i>
bőrgyógyászat Battancs dr. rendelő + gondozó	
	<i>dermatoscop sötétlátóteres mikroszkóp testváladék kenet készítés tárgyi feltételei (mintavétel, festés, mikroszkóp)</i>

bőrgyógyászat Szabó dr.rendelő	<i>vizsgáló lámpa</i>
	<i>dermatoscop</i>
diabetes tanácsadás	<i>vizsgáló lámpa</i>
endokrin + ortopédia rendelő	<i>vizsgáló lámpa</i>
	<i>gipszelő asztal</i>
	<i>gipszelő -felszerelés</i>
	<i>gipszfűrész</i>
	<i>gipszhajlító</i>
	<i>gipszkés</i>
	<i>gipszpólya-tároló</i>
	<i>gipszvágó olló</i>
	<i>hűtőszekrény</i>
	<i>vizsgáló lámpa</i>
fizikó rendelő	
	<i>szelektív ingeráram készülék</i>
	<i>terápiás ultrahang készülék</i>
fogászat Borbáth dr. rendelő	
	<i>elektrokauter</i>
	<i>műtőlámpa mobil</i>
fogászat Tóth dr. rendelő	
	<i>cementkeverő üveglap és spatula</i>
	<i>fogászati csipesz</i>
	<i>szemészeti műtőkés</i>
gasztroenterológia	
	<i>hűtőszekrény</i>
gégészet +gégészeti műtő	
	<i>állcsont fixateur externe</i>
	<i>craniotomiás műszertálca</i>
	<i>cryokauter</i>
	<i>csont műszertálca</i>
	<i>elektromos és/vagy pneumatikus fűrő</i>
	<i>elektromos fűrész</i>
	<i>flexibilis intubáló fiberoskóp</i>
	<i>fülkagyló implantátum</i>
	<i>gumikatéterek, felfújható ballonok</i>
	<i>hangprotézis</i>
	<i>hangprotézis implantációhoz szükséges eszközök</i>
	<i>hasadéksebészeti műszertálca</i>
	<i>központi v.falon kívüli palackos gázellátó</i>
	<i>lágyrész kéziműszertálca</i>
	<i>lég- és nyelőúti idegentest eltávolításához szükséges kéziműszertálca</i>

*lemez osteosynthesishez: implantátum, minilemez csavarkészlet*  
*mandibula műtéti tálca*  
*mikroműszer készlet idegvarrathoz*  
*Montgomery-tubus*  
*operációs mikroszkóp vizsgáló minőségű*  
*operatóri szék (karos, állítható)*  
*röntgenfilmnéző*  
*scintillációs fűrés*  
*sebészeti mobil röntgen és/vagy tv képerősítő rendszer*  
*sugárvédő ólomgumiköpenyek, egyéb védőeszközök*  
*szájpad sebészeti műszertálca*

**gégészet ambulancia**

*elektrocauter monopoláris, bipoláris*  
*hűtőszekrény*  
*központi vagy motoros szívó*  
*orrendoszkóp 0 és 30 fokos optikai hidegfényforrással, fénykábellel*  
*pneumatikus fültölcsér szett*  
*tubakatéter (különböző méretű)*  
*vizsgáló mikroszkóp*

**gégészet szakrendelés**

*elektrocauter monopoláris, bipoláris*  
*vizsgáló mikroszkóp*

**gyerek + újszülött**

*betegőrző monitor (min. 4 paraméteres)*  
*nővérhívó/jelzőcsengő*

**gyerek ambulancia+ortopédia**

*hűtőszekrény*

**gyermekkardiológia**

*hordozható defibrillátor*  
*hűtőszekrény*

**ideg gondozó+addiktológia+szakrend. ( Balogh dr.)**

*AUDIT-5*  
*CAGE*  
*diktafon*  
*MALT*  
*pompidou stb*  
*sürgősségi táska*  
*telefon*  
*vizsgáló ágy / szék*  
*vizsgáló lámpa*

**ideg gondozó+addiktológia+szakrend. ( Soós dr.)**

*AUDIT-5*  
*CAGE*  
*MALT*

	<i>pompidou stb</i> <i>vizsgáló lámpa</i>
ideg gondozó+szakrend. ( Szosznayák dr.)	<i>vizsgáló lámpa</i>
idegosztály	<i>őrzőfény</i> <i>speciális elektródák</i>
ideggyógyászat Jánossy dr. rendelő	<i>hűtőszekrény</i> <i>vizsgáló lámpa</i>
intenzív	<i>betegek ruhájának tárolására szekrény</i> <i>betegmelegítő készülék (meleglevegős)</i> <i>egyéni aerosolkészülék (ultrahangos, fűtött)</i> <i>hemodinamikai monitorozás eszközei: perctérfogat és CVP mérő</i> <i>kettős vértelenítő mandzsetta</i> <i>központi betegellenőrző monitor</i> <i>sebészeti mobil röntgen és/vagy tv képerősítő rendszer</i> <i>vizsgáló ágy / szék</i>
intenzív ambulancia	<i>infúziós pumpa + állvány</i> <i>laryngoscop</i> <i>mellkasszívó készülék</i> <i>motoros fecskendő (perfúzor)</i> <i>pulzoximéter</i> <i>taposó szívó</i> <i>váladékszívó készülék</i>
kardiológia	<i>cardiovertel belső elektródával (intra v. extracardialis)</i> <i>diafiltráló szűrőpatron a hozzá tartozó csőkészlettel</i> <i>hélium palackos computervezérlésű intraortikus ballonpumpa készülék</i> <i>hidegfényű flexibilis endoszkóp</i> <i>intraortikus ballonpumpa szett</i> <i>Jet porlasztó készülék</i> <i>JET technikájú lélegeztetőgép</i> <i>kettős lumenű, Seldinger technikával bevezethető dializáló katéter</i> <i>külső pacemaker</i> <i>lélegeztetőgép (többféle lélegeztetőmóddal)</i> <i>nyomásmérő szett</i> <i>Seldinger technikához szükséges tágitók, vezetődrtok</i>
mozgásszervi rehabilitáció	<i>kötöző és gipszelő eszközök</i> <i>pneumatikus művégtag+ pumpa</i>
nefrologia	

	<i>ABPM</i>
nőgyógyászat ambulancia	
	<i>antropometer</i>
nőgyógyászat rendelő	
	<i>hűtőszekrény</i> <i>különböző méretű steril és nem steril kötszerek</i>
onkológia	
	<i>filmnéző szekrény</i>
onkológia ambulancia	
	<i>cytológiai mintavevő pisztoly</i> <i>kolposzkóp</i>
onkológia rendelő + gondozó	
	<i>elektrostimulátor</i> <i>előkészítő kocsiálcák</i> <i>infúziós állványok</i> <i>infúziós pumpa (motoros v. e.haszn.) állványok, infúzió és vérmelegítő</i> <i>inhalátor</i> <i>kemoterápiás fektető un. speciális ágy</i> <i>lamináris air-flow boks</i> <i>lymphomat</i> <i>nővérhívó berendezés kemoterápiás kezelőbe</i>
pathológia	
	<i>autómata beágyazó asztal</i> <i>fax</i> <i>fotótál</i> <i>lefedő automata</i> <i>makrofotó berendezés (asztal, állvány)</i>
reuma Körtvélyessy dr. rendelő	
	<i>hideg-meleg vizes orvosi csaptelep fertőtlenítési</i> <i>hűtőszekrény</i>
reuma Rácz dr. rendelő	
	<i>hideg-meleg vizes orvosi csaptelep fertőtlenítési</i> <i>hűtőszekrény</i>
reuma Szántó dr. rendelő	
	<i>hideg-meleg vizes orvosi csaptelep fertőtlenítési</i> <i>hűtőszekrény</i>
sebészet	
	<i>arthroscop</i> <i>idegingerlők</i> <i>intraoperatív UH</i> <i>Mesh dermatom</i> <i>mikrosebészeti műszerek</i> <i>nagyfrekvenciájú vágó- és elektrocoaguláló készülék</i> <i>ultrahangos dissector és ultrahangos vágó</i>



szemészet + szemészeti műtő	<i>vizsgáló ágy / szék</i> <i>argon laser készülék réslámpával</i> <i>biztonsági áramforrás az operációs mikroszkóphoz</i> <i>diathermiás készülék</i> <i>hűtőszekrény</i> <i>őrzőfény</i> <i>vizsgáló lámpa</i>
szemészet ambulancia+szakrendelés	<i>automata periméter</i> <i>FLAG -készülék</i> <i>funduskamera</i> <i>hűtőszekrény</i> <i>vizsgáló lámpa</i>
szemészet gyermek (kancsal) rendelő	<i>panretinális lencsék</i>
szemészet rendelő	<i>argon laser</i> <i>hármastükör</i> <i>indirekt binokuláris ophthalmoscop</i> <i>lang sztereoteszt</i> <i>lencse biomikroszkópos vizsgálathoz</i> <i>resuscitációs készlet</i> <i>vizsgáló lámpa</i>
szülészeti-nőgyógyászat	<i>inkubátor</i> <i>őrzőmonitor</i>
transzfuziológia	<i>hőszigetelt, vérkészítmények tárolására szállítására szolgáló konténer</i> <i>trombocita rázó</i>
urológia-szakrend.	<i>endoscopos és katéteres tárolószekrény</i> <i>hűtőszekrény</i> <i>komplett cysto-urethroscop fényforrással, fénykábellel</i> <i>műszermosó, elősterilizáló</i> <i>uroflowméter</i> <i>urológiai vizsgálóasztal</i>

## **6. számú melléklet**

## Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház helyének meghatározása és a szolgáltatás szakmánkénti értékelése

### Kórház jelenlegi struktúrája, illetve a folyamatban lévő változások

#### Fekvőbeteg ellátás

A kórház jelenleg **430 szerződött ágyal** rendelkezik. Ebből az aktív ágyak száma **330** míg a krónikus **100**. Az ágyak megoszlása az egyes szakmák között a következő:

<b>Aktív ágyak megoszlása</b>		
	Szerződött	Pályázott
Belgyógyászat	60	60
<b>Sebészet</b>	55	25
<b>Traumatológia</b>		15
<b>Urológia</b>		15
<b>Szülészet-nőgyógyászat</b>	34	24
Gyermekgyógyászat	20	20
<b>Fül-orr-gégészet</b>	20	15
Bőrgyógyászat	20	20
Onkológia	20	20
Reumatológia	45	45
Szemészet	20	20
Neurológia	30	30
Intenzív osztály	6	6
<b>Összesen</b>	<b>330</b>	<b>315</b>
<b>Krónikus ágyak megoszlása</b>		
Belgyógyászati krónikus	20	20
Belgyógyászati Rehabilitáció	20	25
Mozgásszervi Rehabilitáció	60	70 (55+15)
<b>Összesen</b>	<b>100</b>	<b>115</b>
<b>Összes kórházi ágy</b>	<b>430</b>	<b>430</b>

A bal oldali számoszlopban (Szerződött) a jelenlegi OEP szerződött ágyak száma látható. A jobb oldali számoszlopban (Pályázott), pedig a 2004 évi kapacitásmódosítási pályázatok, illetve évközi módosítások alapján várható változások. Az évközi módosításokra pozitív ÁNTSZ és MEP engedély már van, csak az OEP szerződés még nem realizálta, a kapacitásbővítésre pozitív ÁNTSZ elbírálást követően, jelenleg OEP., EüM. és PM. elbírálás alatt áll, a végleges döntés 2005. áprilisban várható. (2004 évben a kapacitásmódosításokat az OEP júliusban tette közzé).

A pályázatok sikeres elbírálását követően az ágyszám összességében nem változik, csupán a kórház fekvőbeteg ellátásának struktúrája változik.

A legfontosabb változások:

- A sebészet 55 ágygal működik, melynek keretében korábban, a sebészet és társszakmák működhetett az urológia és a traumatológia, mint az osztály részlege. A jogszabályok változása miatt nincs lehetőség a két részleg működtetésére. A pályázat célja, hogy a tevékenység tartós fenntartása érdekében, a sebészeti ágyak terhére, 15-15 ágygal önálló osztály kialakítását tervezzük.
- A nőgyógyászat ágyait 34-ről 24-re csökkentenénk (-10 aktív ágy).
- a fül orr gégészeti ágyait 20-ról, 15-re csökkentenénk (-5 aktív ágy).
- A felszabaduló 15 aktív ágy terhére növelnénk a krónikus ágyak számát.
  - Belgyógyászati Rehabilitáció ágyszámát 22-ről 25-re növeljük (+5 krónikus ágy)
  - Mozgásszervi Rehabilitáció ágyszámát 60-ról 70-re növeljük (+10 krónikus ágy)
  - Mozgásszervi Rehabilitáció ágyszámain (70 ágy) belül Intenzív Neuro-rehabilitációs részleg kialakítását kezdeményeztük (55+15 ágy)

### Járóbeteg ellátás

Kórházunk a járóbeteg ellátást szerződés szerint **1185 szakorvosi** és **380 nem szakorvosi** órában látja el. A járóbeteg szakellátási óraszámok megoszlását az egyes szakrendelések között:

MEGNEVEZÉS	Szakorvosi óra		Gonozói óra	Összes szakorvosi óra
	Szakrend.	Ambulancia		
Belgyógyászat	94	35		129
Felnőtt kardiológia	15			15
Sebészet	63	40		103
Traumatológia	8			8
Szülészeti-nőgyógyászat.	60	35		95
Gyermekgyógyászat	15	40		55
Fül-orr-gégészeti	40	10		50
Szemészet	65	10		75
Bőrgyógyászat	45	15	15	75
Ideggyógyászat	30	30		60
Ortopédia	10			10
Urológia	15	15		30
Onkológia	12	10	28	50
Reumatológia és fiziot.	95	5		100
Pszichiátria	21		89	110
Labordiagnosztika	30			30
Képkeltő eljárások	105			105
Pathológia	30			30
Gasztroenterológia	30			30
Anaesthesiológia	7			7
Addiktológia	2		8	10
Transzfúziológia	8			8

<b>MEGNEVEZÉS</b>	<b>Nem szakorvosi óra</b>
Fizio- és mozgásterápia	280
Labordiagnosztika	60
Pathológia	40

### **Radiológiai diagnosztika:**

A Röntgendiagnosztikai Osztályon a konvencionális radiológia, az ultrahang diagnosztika a intézmény saját üzemeltetésében működik, melynek keretében látjuk el Hódmezővásárhely város és környéke lakosságát.

A CT vizsgálatok feladatátadással, a mammográfia közös üzemeltetéssel történnek, a NEK Szeged Kft közreműködésével.

Az MR vizsgálatokra és az izotópdiagnosztikai vizsgálatokra szintén a NEK Szeged Kft-vel kötött együttműködés keretében szabad kapacitást biztosít a kórház fekvő és járóbetegek számára.

### **Az intézményen belüli vállalkozások, egyéb intézmények:**

- NEK Szeged Kft a CT-t és a mammográfiát funkcionális privatizációban működteti,
- Frezenius Dialízis Centrum.
- Uroclin Kft végzi szerződés keretében a közúzás és a thermotherápia
- Geers Kft szerződés keretében a kórházban felírt hallókészülékek és tartozékaik forgalmazását és illesztését a Kft szaküzlete végzi el
- növekvő számban vannak azok az orvosok akik közreműködői szerződés keretében végzi munkájukat
- a kórházi ügyelet biztosítása a szakorvosok körében csaknem kizárólag vállalkozói formában történik

Az intézmény területén és az intézménnyel integráltan működő országos intézet részlege:

- OVSZ Regionális Vérellátó Központ.

## Az Erzsébet Kórház - Rendelőintézet betegellátó egységeinek erős és gyenge pontjai

Az intézményünkben megjelenő szakterületek értékelésére, és a lehetőség szerinti összehasonlíthatóságára kiemeltük az erős és gyenge pontokat. Az elemzésekhez különböző mutatókat alkalmaztunk, melyek részben szakmai (CMI, ápolási idő, ágykihasználtság, humán erőforrást stb.), másrészt gazdasági természetűek. Mivel a finanszírozási rendszer nem tesz különbséget a szakmák költségigénye között, az egyes egységek mutatószámait, azok változásával, vagy más intézetek azonos egységeivel lehet összehasonlítani.

A finanszírozási rendszerből adódóan ideálisnak mondható egy osztály, ha *sok és* súlyos beteget lát el, minél rövidebb ápolási idővel és a lehető legalacsonyabb költséggel. Az üres ágyakon, pedig gyorsan forgatható, rövid ápolási idejű és alacsony változó költségű betegeket ápol, ami jelentősen csökkenti az egy esetre jutó fix költséget.

Mivel az intézményünk ellátási területtel rendelkezik, - amelyet potenciális piacnak tekintünk ezért a mutatók közé soroltuk a betegelvándorlási és betegvonzási adatok elemzését is. Az egyoldalú adatszolgáltatásból adódóan az ilyen jellegű adatok sajnos nehezen elérhetők. Az alábbi értékelésekhez az ABACOM Kft.-től, a kórház által megvásárolt (1999. 01.-2004.03. időszakra terjedő) adatbázist használtuk. Az elvándorlási minősítések a finanszírozott fekvőbeteg esetszámok alapján készültek és a progresszív ellátás természetes jelenlétét nem vette figyelembe. Az értékelés egyszerűsítése érdekében a migráció mértékét négy csoportba soroltuk:

nem számottevő	a vonzáskörzet illetve összes ellátott esetek 0-5 %-a között
enyhe	a vonzáskörzet illetve összes ellátott esetek 5-10 %-a között
közepes	a vonzáskörzet illetve összes ellátott esetek 10-20 %-a között
erős	a vonzáskörzet illetve összes ellátott esetek 20 % -a felett

### BELGYÓGYÁSZAT (fekvő, járó)

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Fekvőbeteg ellátás: +13,9 %

Járóbeteg ellátás: -66,2 %

F+J: + 7,9 % (+17,3 MFt)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengeségek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a városi kórházi átlagnál kissé magasabb CMI, alig magasabb esetszám, és kissé magasabb 1 ágyra jutó súlyszám</li> <li>mortalitásban és morbiditásban vezető szakirányok prioritása: kardiológia, diabetológia, gastroenterológia</li> <li>jó életkori összetételű orvosgárda</li> <li>szakképzett szakdolgozói kör</li> <li>szoros együttműködés az SZTE-vel (haemodinamikai labor, Kardiológiai Centrum)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>városi kórházi átlagnál hosszabb ápolási idő</li> <li>krónikus betegek aktív ágyon való ápolása</li> <li>rossz műszerezettség (endoszkóp)</li> <li>gyenge rendelőintézeti járóbeteg ellátás</li> <li>fekvőbeteg osztály zsúfoltsága a járóbeteg ellátás miatt</li> <li>ügyelet túlterheltsége (ügyelet biztosítása a neurológia-, onkológia-, és a krónikus osztályokra)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• nagy betegforgalmú kardiológiai ambulancia</li> <li>• más ellátási körzetből enyhe bevándorlás észlelhető</li> <li>• az utóbbi években az elvándorlási adatok javuló tendenciát mutatnak, a SZTE által ellátásra került betegszám 2003.05 hónaptól jelentős mértékben lecsökkent. (Dr. Pálinkás Attila főorvos kezd: 2003.05) ennek megfelelően jelenleg enyhe elvándorlás jellemző</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• enyhe, hosszú ideje egyenletes, de nem számottevő elvándorlás figyelhető meg a szentesi kórház irányába (Mindszent)</li> <li>• negatív fedezetű járóbeteg szakellátások</li> </ul>
---	---

### **SEBÉSZET (fekvő, járó)**

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Fekvőbeteg ellátás: -19,3 % (Urológiával)

Járóbeteg ellátás: +14,1 %

F+J: -16,2 % (-49,9 Mft)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengeségek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• városi kórházi átlagnál lényegesen magasabb 1 ágyra jutó esetszám és CMI is, illetve 1 ágyra jutó súlyszám</li> <li>• jó színvonal hasi, ér és endokrin sebészet</li> <li>• magas színvonalú szakmai vezetés</li> <li>• magas színvonalú hotelszolgáltatás</li> <li>• növekvő forgalmú ortopédiai szakrendelés</li> <li>• jól működő urológiai járóbeteg ellátás</li> <li>• átlagtól jobb ellátási arány, a vonzáskörzet eseteinek közel 95%-át az osztály látja el, elvándorlás enyhe mértékű</li> <li>• erős, a kórházban az egyik legnagyobb bevándorlási arány (20 % feletti)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a lakosság körében a traumatológiai ellátás népszerűsége alacsony</li> <li>• korszerűtlen az osztály menedzselése</li> <li>• negatív fedezet a fekvőbeteg ellátás területén</li> <li>• urológia tekintetében alacsony színvonalú hotelszolgáltatás</li> </ul>

## SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZAT (fekvő, járó)

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Fekvőbeteg ellátás: -29,8 %

Járóbeteg ellátás: -28,9 %

F+J: -29,7 % (-29,0 MFt)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengességek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>városi kórházi átlaggal megegyező 1 ágyra jutó esetszám</li> <li>magas színvonalú ápolási tevékenység</li> <li>magas színvonalú hotelszolgáltatás</li> <li>viszonylag magas járóbeteg forgalom</li> <li>más ellátási körzetből közepes mértékű bevándorlás jellemző</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>városi kórházi átlag alatti CMI és 1 ágyra jutó súlyszám</li> <li>orvosok nagyon aránytalan leterheltsége</li> <li>orvosok előnytelen korösszetétele</li> <li>alacsony az egy esetre jutó elszámolt pontszám</li> <li>erős elvándorlás jellemző, mely elsősorban a SZTE irányába és közepes mértékben a szentesi kórház (főként Mindszent) irányába valósul meg, melyben nincs javuló tendencia</li> <li>mind a fekvő, mind a járóbeteg szakellátás negatív fedezetű</li> </ul>

## GYERMEKGYÓGYÁSZAT (fekvő, járó)

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Fekvőbeteg ellátás: +19,1 % (Újszülött ellátással)

Járóbeteg ellátás: -29,8 %

F+J: +15,8 % (+14,6 MFt)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengességek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>magas egy ágyra jutó esetszám és súlyszám</li> <li>rövid ápolási idő</li> <li>a 20 ágyhoz viszonyítva nagy számú befogadott subspecialitás (diabetológiai, növekedési hormon centrum, enuresis centrum)</li> <li>járóbeteg ellátás keretein belül széles ellátási paletta: kardiológia, pulmonológia, ortopédia</li> <li>viszonylag magas járóbeteg forgalom</li> <li>magas színvonalú szakmai vezetés</li> <li>részleges épületrekonstrukció</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>városi kórházi átlag alatti CMI</li> <li>orvosok előnytelen korösszetétele</li> <li>alacsony az egy esetre jutó elszámolt pontszám</li> <li>erős mértékű elvándorlás a szegedi intézményekbe (SZTE, Gyermek Klinika), valamint enyhe a Szentesi Kórházba</li> <li>negatív fedezetű járóbeteg szakellátás</li> <li>enyhe mértékű bevándorlás észlelhető a vonzáskörzeten kívülről</li> </ul>



### **FÜL-ORR-GÉGÉSZET (fekvő, járó)**

Gazdasági eredményesség mutatói:

*(fedezeti arány bevételhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)*

Fekvőbeteg ellátás: -11,8 %

Járóbeteg ellátás: +30,1 %

F+J: + 2,0 % (+1,0 MFt)

#### ***Erősségek***

- megújult, jó szakmai és menedzseri osztályvezetés
- javuló egy ágyra jutó esetszám és CMI
- magas betegforgalmú és jól kódolt járóbeteg ellátás
- részleges épületrekonstrukció
- közepes mértékű az ellátási területen kívüli betegek ellátási aránya (bevándorlás)

#### ***Gyengeségek***

- külsős készenléti ügyelet magas költsége, mely jelentősen rontja az osztály fedezetét
- járóbeteg ellátás (szakrendelés, audiológia) szűkös, kedvezőtlen körülmények között működik
- a hosszú ideig erős, vonzáskörzeten kívüli betegek bevándorlása, ez 2002-ben jelentősen visszaesett
- közepes mértékű betegelvándorlás jellemző
- fekvőbeteg szakellátás negatív fedezetű

### **SZEMÉSZET (fekvő, járó)**

Gazdasági eredményesség mutatói:

*(fedezeti arány bevételhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)*

Fekvőbeteg ellátás: +19,5 %

Járóbeteg ellátás: +16,6%

F+J: +19,0 % (+19,5 MFt)

#### ***Erősségek***

- városi kórházi átlagnál magasabb CMI és 1 ágyra jutó súlyszám
- jó orvos életkor összetétel
- osztály szakmai-gazdasági előrelépését jól menedzselő osztályvezető
- a várost meghaladó, kiterjesztett ellátási terület, a környező kórházakban nem működik szemészeti osztály
- magas betegforgalmú és jól kódolt járóbeteg ellátás
- részleges épületrekonstrukció
- ellátási területen kívülről közepes mértékű bevándorlás jellemző pozitív fedezetű járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás

#### ***Gyengeségek***

- átlagnál alacsonyabb 1 ágyra jutó esetszám
- nincs rezidens
- néhány nagy értékű műszer hiánya
- erős elvándorlás az SZTE irányába és közepes az Orosházi Kórházba

### **BŐRGYÓGYÁSZAT (fekvő, járó)**

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételekhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Fekvőbeteg ellátás: +17,3 %

Járóbeteg ellátás: +73,4 %

Gondozó és járóbeteg ell.: +38,9 %

F+J: +26,8 % (+11,2 MFt)

#### **Erősségek**

- városi kórházi átlagnál lényegesen magasabb CMI és magasabb 1 ágyra jutó súlyszám
  - a várost meghaladó, kiterjesztett ellátási terület a környező kórházakban nem működik bőrgyógyászati osztály
  - szakképzett, összetartó szakdolgozói kör
  - Pozitív fedezet mind fekvő, mind a járóbeteg szakellátásban
- stabil járóbeteg forgalom, javuló kódolás

#### **Gyengeségek**

- hosszú ápolási idő
- átlag alatti 1 ágyra jutó esetszám
- helyhiány miatt nem működő 5 aktív ágy
- orvoshiány
- krónikus betegek aktív ágyon való ápolás
- erős mértékű elvándorlás, szinte kizárólag a SZTE-re
- ellátási területen kívüli betegek ellátása nem számottevő

### **IDEGGYÓGYÁSZAT (fekvő, járó)**

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételekhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Fekvőbeteg ellátás: +37,4 %

Járóbeteg ellátás: +26,5 %

Gondozó és járóbeteg ell.: +36,5 %

J+F: +36,5 % (+37,6 MFt)

#### **Erősségek**

- városi kórházi átlagnál magasabb CMI
- finanszírozási lehetőségek és az intézeti CT jó kihasználása
- stabil betegforgalom a járóbeteg ellátásban
- kiemelkedő kódolás a szakrendelésen
- nem számottevő a betegek elvándorlása
- Pozitív fedezetű járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás

#### **Gyengeségek**

- hosszú ápolási idő
- átlag alatti 1 ágyra jutó esetszám és súlyszám
- krónikus betegek aktív ágyon való ápolása
- orvoshiány (részben rendeződött)
- ügyeleti ellátás készenléti formában
- az osztályvezető csapatépítő képessége alacsony
- az osztályos tevékenység szakmai színvonala
- az osztályon rendelkezésre álló EEG kihasználatlansága, betegek centrumba küldése
- ellátási területen kívüli betegek ellátása enyhe mértékű

### ONKOLÓGIA (fekvő, járó)

Gazdasági eredményesség mutatói:

*(fedezeti arány bevételekhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)*

Fekvőbeteg ellátás: -7,5 %

Járóbeteg ellátás: +43,1 %

Gondozó és járóbeteg ell.: +32,5 %

J+F: +7,9 % (+5,5 Mft)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengeségek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• jó szakmai és menedzseri osztályvezetés</li> <li>• összetartó, jól képzett szakdolgozói kör</li> <li>• magas ágykihasználtság</li> <li>• pozitív fedezet a kúraszerű ellátásban</li> <li>• erős, emelkedő tendenciát mutató bevándorlás figyelhető meg.</li> <li>• Enyhe elvándorlás a SZTE-re</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hosszú ápolási idő</li> <li>• átlag alatti 1 ágyra jutó esetszám, súlyszám és CMI</li> <li>• orvoshiány</li> <li>• krónikus betegek aktív ágyon való ápolása</li> <li>• leterheltség jeleit mutató is osztályvezetés</li> <li>• nem számottevő, de egyenletes elvándorlás észlelhető a Szentesi Kórházba (Mindszent),</li> <li>• magas költségigényű terápia (gyógyszer)</li> </ul>

### INTENZÍV OSZTÁLY (fekvő, járó)

Gazdasági eredményesség mutatói:

*(fedezeti arány bevételekhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)*

Fekvőbeteg ellátás: -17,6 %

Járóbeteg ellátás: +35,7 %

J+F: -15,5 % (-11,3 Mft)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengeségek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• városi kórházi átlagnál magasabb CMI, 1 ágyra jutó esetszám és súlyszám</li> <li>• 2 hónapja ismét növekvő intenzív igazoló eljárás alkalmazás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• az alacsony ágyszám miatt a betegösszetétel nagyon befolyásolja a teljesítményt</li> <li>• OEP ellenőrzés után lecsökkent CMI</li> <li>• Fekvőbeteg szakellátás negatív fedezetű</li> </ul>

## REUMATOLÓGIA KAKASSZÉK (fekvő, járó)

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételekhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Fekvőbeteg ellátás: +23,9 %

Járóbeteg ellátás: +37,1%

J+F: +24,2 % (+23,0 MFt)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengességek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2004. szeptembertől kialakított 2 új, magas súlyszámú HBCS bevezetés az osztályon (ennek min. ápolási napja is megfelel az osztály szokásainak)</li> <li>• elkötelezett, konstruktív és igen jó felkészültségű osztályvezetés</li> <li>• magas színvonalú hotelszolgáltatás</li> <li>• növekvő járó betegforgalom</li> <li>• pozitív fedezet mind a járó, mind a fekvőbeteg szakellátás területén</li> <li>• erős, 60 % körüli a bevándorlás a vonzáskörzeten kívüli területekről (tényleges ellátási terület követi a Mozgásrehabilitáció ellátási területét)</li> <li>• fejlett infrastruktúra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hosszú ápolási idő az aktív ágyon is</li> <li>• átlag alatti 1 ágyra jutó esetszám, súlyszám és CMI</li> <li>• hosszú várakozási idő a szakrendelésen</li> <li>• enyhe elvándorlás Szeged és a budapesti intézetek felé</li> <li>• rossz tömegközlekedés, illetve megközelíthetőség</li> <li>• erős elvándorlás, főként ~2003.05-től Szeged II felé (30% felett)</li> </ul>

## MOZGÁS-REHABILITÁCIÓS OSZTÁLY (KAKASSZÉK)

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételekhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Fekvőbeteg ellátás: +40,0 % (+47,7 MFt)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengességek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mozgásszervi rehabilitációban megyei, regionális feladatokat is ellát</li> <li>• magas színvonalú hotelszolgálat</li> <li>• felújított épület és műszerpark</li> <li>• nagymértékű pozitív fedezet</li> <li>• szakképzett és összetartó szakdolgozói kör</li> <li>• kedvező korösszetételű orvos csapat</li> <li>• fejlett infrastruktúra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rossz tömegközlekedés, illetve megközelíthetőség</li> <li>• a környezet rehabilitációja nem történt meg</li> </ul>

## KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZAT (KRÓNIKUS ÉS REHABILITÁCIÓ)

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Fekvőbeteg ellátás Krónikus: -63,1% (-12,1 MFt)

Fekvőbeteg ellátás Rehabilitáció: -36,4% (-9,0 MFt)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengeségek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• jól képzett szakdolgozói kör</li> <li>• aktív ágyakat tehermentesíti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• helyhiány miatt megoldatlan az elhelyezés</li> <li>• nem megfelelő ütemű a betegek emittálása</li> <li>• orvoshiány</li> <li>• jelentős negatív fedezet mindkét fekvőbeteg szakellátás tekintetében.</li> </ul>

## ERZSÉBET KÓRHÁZ RENDELŐINTÉZET ÖSSZESÍTETT

Gazdasági eredményesség mutatói:

(fedezeti arány bevételhez viszonyítva 2004.01-09 időszakra)

Járóbeteg ellátás (gondozók nélkül): +5,6 % (+17,3 MFt)

Fekvőbeteg ellátás (Aktív): +2,3 % (+25,3 MFt)

Fekvőbeteg ellátás (Krónikus): +16,4 % (+26,7 MFt)

Laboratórium járó ellátás: -50,0 % (-25,3 MFt)

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengeségek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kórházi szinten a magasabb az egy ágyra jutó esetszám és a CMI a városi kórházakhoz viszonyítva</li> <li>• az átlagnál magasabb az ágykihasználtság</li> <li>• többségében jó felkészültségű osztályvezetés</li> <li>• színvonalas ápolási tevékenység</li> <li>• magas színvonalú hotelszolgáltatás</li> <li>• növekvő járó betegforgalom</li> <li>• felelős fenntartó önkormányzat</li> <li>• folyamatos rekonstrukciós munkálatok</li> <li>• nagy értékű műszerberuházások</li> <li>• egyes szakterületeken megyei, sőt régiós feladatokat is ellát</li> <li>• a legtöbb szakmai profil képviseli magát a fekvő és a járóbeteg ellátásban</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hosszú ápolási idő az aktív ágyon is</li> <li>• egyes szakterületeken orvos hiány</li> <li>• kedvezőtlen életkori összetétel</li> <li>• csapatszellel hiánya</li> <li>• korszerűtlen, pavilonrendszerű építészeti adottságok</li> <li>• megosztott a járóbeteg ellátás, gyakori a párhuzamosság</li> <li>• szakrendelő épületének hiányosságai</li> <li>• elodázott informatikai fejlesztés</li> <li>• jelentős adósságállomány, szállítói tartozások formájában</li> <li>• késedelmes finanszírozás, jelentős kintlévőségek</li> <li>• kihasználatlan szabad kapacitások</li> <li>• jellemzően alulfinanszírozott fekvőbeteg szakellátások és diagnosztikai tevékenységek</li> <li>• az egészségügyi szektoron belül, átlagon felüli infláció</li> <li>• különféle teljesítmény korlátok kötött bérezési rendszer</li> </ul>

## **Összegzés**

Az összehasonlító adatok alapján bátran állíthatjuk, hogy az Erzsébet Kórház Rendelőintézetnek szerepe meghatározó Csongrád Megye egészségügyi szakellátásában. A területi ellátási területen túl (Hódmezővásárhely, Mártély, Mindszent, Székkutas), egyes szakterületeken (bőrgyógyászat, szemészet) lényegesen nagyobb, a mozgásszervi rehabilitáció vonatkozásában pedig megyei ellátást biztosít.

Jól működő integrált intézmény, a teljesítményadatai a városi kórházak átlagához hasonlítva kedvezőek. Az egy ágyra jutó esetszám, a Case Mix Index (CMI), az egy ágyra jutó súlyszám, az ágykihasználtság is magasabb az átlagnál. A betegeket azonban hosszabb ideig ápoljuk, mint a viszonyítási alap. Az átlagos ápolási idő negatívan befolyásolja az elérhető súlyszám bevételt. A járóbeteg ellátás területén a 2004 utolsó negyedében emelkedő teljesítmény figyelhető meg, melyben terveink szerint tovább javulást szeretnénk elérni.

Az elvándorlási adatok kedvezőtlen adatait a szakmai színvonal és az ellátás körülményeinek javításával, valamint a kapacitások növelésével kívánjuk elérni.