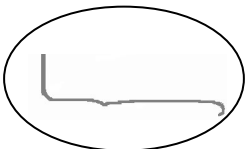


**Csurgói Kistérségi Többcélú Társulás
egészségfejlesztési programja
2007.**



Kató és Társa 2003. Tanácsadó Kft.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	1
1.1. Kormányprogram 2006 -2010 - „Reform az egészségügyben”.....	1
1.2. OGY. EÜB állásfoglalása - „a járóbeteg szakellátás fejlesztéséről”.....	4
1.3. Az Egészségügyi Minisztérium járóbeteg koncepciója... ..	5
1.4. A II. NFT. TÁMOP, a TIOP és a ROP fejlesztési programjai... ..	8
2. A megbízás tárgya és módszertana.....	28
3. A Csurgói kistérség egészségtérképe.....	31
3.1. A Csurgói kistérség területi elhelyezkedése és természeti jellemzői.....	31
3.2. A Csurgói kistérség településszerkezete és közigazgatási rendszere.....	32
3.3. Épített környezet, kulturális örökség, közlekedési viszonyok.....	33
3.4. A Csurgói kistérség legfontosabb gazdasági és foglalkoztatási jellemzői.....	36
3.5. A Csurgói kistérség népessége és népmozgalmi jellemzői.....	41
3.6. A kistérség társadalmi-gazdasági elmaradottsága.....	47
3.7. A Csurgói kistérség halálozási (halandósági) viszonyai.....	52
3.8. A Csurgói kistérség megbetegedési (morbidity) viszonyai.....	93
4. A Csurgói kistérség egészségügyi infrastruktúrája.....	101
4.1. A Csurgó Kistérségi Többcélú Társulás.....	101
4.2. Kistérségi Központi Háziiorvosi Ügyelet.....	107
4.3. A Csurgói kistérség járóbeteg szakellátása.....	110
4.4. Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézmények.....	121
4.5. A háziiorvosi alapellátás infrastruktúrája a Csurgói kistérségben.....	124
4.6. Védőnői ellátás a Csurgói kistérségben.....	137
5. Az egészségfejlesztés céljai, lehetőségei, javasolt programjai.....	143
5.1. Egészségkultúra szerepe az egészségfejlesztésben.....	145
5.2. A dohányzás, mint népegészségügyi jelentőségű egészségmagatartás.....	147
5.3. Az alkoholfogyasztás, mint káros egészségmagatartási forma.....	149
5.4. A drogfogyasztás, mint szélesedő káros magatartási forma.....	153
5.5. A kövérség, mint káros egészségmagatartási következménye.....	153
5.6. Az egészségtelen táplálkozás, mint káros egészségmagatartás... ..	155
5.7. A mozgásszegény életmód, mint káros egészségmagatartás.....	156
5.8. Többszörös kockázatok, mint halmozott egészségkockázatok.....	158
5.9. Az egészségkockázati trendek összefoglalása, a tervezési alapok.....	158
5.10. Az egészségkockázatok kezelése, mozgatórugó elemzés.....	163
6. A Csurgói kistérség prevenciós egészségprogramja.....	167
6.1. Kistérségi prevenciós célok meghatározása.....	167
6.2. A Csurgói kistérség egészségfejlesztési programjának sarokpontjai.....	173
6.3. A kistérségi egészségfejlesztési program konkrét programelemei.....	178
7. A Csurgói Kistérségi Egészségügyi Centrum tervezése.....	181
7.1. A kistérségi járóbeteg szakellátás jelenlegi infrastruktúrája.....	181
<u>Elektromos hálózat.....</u>	<u>182</u>
<u>A hőellátó rendszer.....</u>	<u>183</u>
<u>A víz és csatornahálózat.....</u>	<u>183</u>
Az eszközpark ismertetése.....	184
Összefoglalás.....	184
7.2. A Kistérségi Egészségügyi Centrum szakmai terve.....	185
<u>7.2.1. Ellátási egyenlőtlenség, mint figyelembe veendő tervezési tényező.....</u>	<u>185</u>
<u>7.2.2. A járóbeteg szakellátás szükségletalapú tervezésének elemei.....</u>	<u>190</u>
A Csurgó kistérség népességének mortalitási (halandósági) és morbiditási (megbetegedési) adatait a kistérség és Somogy megye valamennyi jelenlegi kistérségét illető	

összehasonlításban a szakértői tanulmány korábbi fejezetében már részletesen elemezve és értékelve bemutatjuk. Azonban itt is meg kell említenünk, hogy a Csurgói kistérség népességét érintő halálozási és megbetegedési mutatószámok, mind a Somogy megyei kistérségek, mind a Dél-Dunántúli régió és az országos mutatók tekintetében is jól azonosítható, igen komoly mértékű és kedvezőtlen tendenciájú eltéréseket mutatnak.....193

A Csurgói kistérség járóbeteg szakellátása, a magas kistérségi standard halálozási hányados (SHR), a közgyógyellátottak magas aránya, a foglalkoztatottak alacsony aránya, az egy házi orvosra jutó lakosok számaránya, valamint az igen kevés OEP szerződött járóbeteg kapacitásra tekintettel, az országos kitekintésű kanonikus diszkriminancia elemzés eredményeként, a hazai egészségügyi alap és járóbeteg szakellátási válság-kistérségek közé tartozik. A szakértői tanulmány korábbi fejezetében már teljes körű áttekintésre és értékelésre került ez a járóbeteg szakellátási egészségügyi szolgáltatói pozíció. - Ezzel együtt is fontosnak és szükségesnek tartjuk a Csurgó kistérségi járóbeteg szakellátás jelenlegi helyzetére, működési lehetőségeire vonatkozó megállapításokat, a szakmai tervezés szempontrendszerének oldaláról is összefoglalni:.....196

7. 2. 3. A szakmai tervezés TIOP-AT 2007-2008. pályázati összefüggései.....	197
7. 2. 4. Az Egészségügyi Minisztérium ajánlásai a tervezéshez.....	200
7. 2. 5. A kistérségi járóbeteg ellátás fejlesztésének jogszabályi környezete.....	203
7. 2. 6. A Kistérségi Egészségügyi Centrum szakmai szolgáltatói terve.....	204
A szakrendelői alapfelszerelés - az „A” változat szerint.....	209
0100 Általános Belgyógyászati szakrendelés.....	210
0123 Diabetológiai szakrendelés.....	210
4000 Kardiológiai szakrendelés.....	211
0200 Általános sebészet szakrendelés.....	211
0400 Szülészeti-nőgyógyászati szakrendelés.....	211
0500 Gyerekgyógyászati szakrendelés.....	212
0600 Fül - Orr - Gégészeti szakrendelés.....	212
0700 Szemészeti szakrendelés.....	213
0800 Bőrgyógyászati szakrendelés.....	213
0900 Neurológiai szakrendelés.....	214
1800 Pszichiátriai szakrendelés.....	214
1301 Szájsebészeti szakrendelés.....	214
1401 Reumatológiai szakrendelés.....	215
1402 Fizioterápia (szakorvosi) szakrendelés.....	215
5711 Gyógytorna.....	215
5712 Gyógymasszázs.....	215
5000Általános laboratóriumi diagnosztika FJ 1 minősítéssel.....	216
5100 Képalkotó általános röntgen diagnosztika R-1 minősítéssel.....	216
5301 Képalkotó ultrahang diagnosztika R-1 minősítéssel.....	216
Betegfektető (az egynapos sebészethez).....	216
Egy napos sebészet kórtermi feltételrendszere.....	217
A berendezések, eszközök összefoglalása, az „A” változat szerint.....	219
Az építési és beszerzési költségek összefoglalása.....	219
7. 2. 7. A Kistérségi Egészségügyi Centrum működésének pénzügyi terve.....	219
Bérköltségek tervezése I. „A változat” szerint.....	222
Bérköltségek tervezése II. „A” változat szerint.....	223
Bérköltségek tervezése III. „A” változat szerint.....	223
Bérköltségek tervezése IV. „A” változat szerint.....	224
A Csurgói Kistérség Egészségügyi Centrumának „A” változatának létszám és bérköltség tervezése az intézmény egészére vonatkozóan, a létszámban: 55 fővel, a havi bérköltségben	

12 274 eFt-al, éves bérkötség szintjén 159 562 eFt-al számol. Valamennyi, a létszámmal és a bérköstéggel foglalkozó tervezés az éves szintű bérköstégbe a Kjt. szerinti 13. havi juttatást is beleszámítja, így a köstégvetési évre kiszámított bérköstég 13 hónapra kiszámított.....	225
Kistérségi Egészségügyi Centrum teljes üzemeltetési köstégei.....	225
Elvárt OEP bevételek ismertetése.....	225
8. Összefoglaló és szakértői ajánlások.....	234

1. Bevezetés

1.1. Kormányprogram 2006 -2010 - „Reform az egészségügyben”...



Az „Új Magyarország” programja, - a Magyar Köztársaság Kormányának programja a sikeres, modern és igazságos Magyarorszáért 2006 - 2010. - a „Reform Az Egészségügyben” című fejezetében határozta meg és foglalta össze az egészségügyi ellátórendszer és az egészségbiztosítási rendszer átalakításának legfontosabb kormányzati középtávú programcéljait és feladatait.

Ebben a Kormányprogram fejezetben került megállapításra az a célmeghatározás, hogy a Köztársaság Kormányának célja, hogy Magyarországon is növekedjen az emberek testi-lelki egészségben megélt életkora, hogy mindenkinek azonos esélye legyen egészsége megőrzésére és betegség esetén a szükséges, magas szintű egészségügyi ellátásra. Minden változás - a Kormányprogramban foglaltak szerint - célja a lakosság egészségi állapotának javítása, a több egészség elérése, ennek megfelelően a rendelkezésre álló eszközöket és az erőforrásokat a megbetegedési és halálozási okokhoz vezető megbetegedések megelőzésére kell koncentrálni. A Kormányprogram célul tűzi ki azt, hogy ki kell terjeszteni és mindenki számára elérhetővé kell tenni a Nemzeti Rákellenes Program keretében megindított szűrővizsgálatokat, folytatni kell az onkológiai központok kialakítását, valamint a korszerű diagnosztikai és kezelési feltételek megteremtését. A szív-és érrendszeri betegségek megelőzése és gyógyítása érdekében programszerűen megkezdődik a lakosság szív-és érrendszeri állapotának teljes körű felmérése, a gyógyító központok egységes hálózatának és a betegségek komplex rehabilitációs rendszerének kialakítása. A legfontosabb nemzeti egészségpolitikai célok egyike, hogy a gyermekek egészségesen szülessenek meg és egészségben éljenek és fejlődjenek. A Nemzeti Csecsemő és Gyermkegészségügyi Program megindításával jelentős lépést kell tenni annak érdekében, hogy csökkenjenek a gyermekeknek már a születés előtt meglévő hatalmas esélykülönbségei az egészséges életre és minden gyermek számára - lakóhelyétől és szülei anyagi helyzetétől függetlenül. - azonos és magas színvonalú egészségügyi ellátás legyen biztosítható. E program megvalósítása egyben a gyermekszegénység és az ebből fakadó egészségügyi hátrányok leküzdésének is fontos része. A felelősséget vállaló egyházi és civil szervezetekkel együtt működve határozott és programszerű lépések történnek



a szenvedélybetegségek, a kábítószer fogyasztás visszaszorításáért, elsősorban széles társadalmi összefogással, a megelőzés, a gyógyítás eszközeivel kell küzdeni a kábítószer - fogyasztás ellen. Az európai követelményeknek megfelelően megerősítésre kerülnek a társadalom biztonságát szolgáló közegészségügyi és járványügyi, valamint az élelmiszerbiztonsági tevékenységek.

Folytatódik a sürgősségi betegellátás korszerűsítése, az Országos Mentőszolgálat fejlesztése, az ország egész területén megszervezésre kerül az új elvek szerint működő, összevont kistérségi ügyeleti rendszer. A sürgősségi ügyeleti rendszer átalakítása, az új munkaszervezési módszerek alkalmazása is elősegíti az Európai Unió munkaidő direktívájának teljesítését. Fejlesztésre kerülnek az otthoni szakápolás feltételei is. Az Új Magyarország program egészségügyi beruházásaival, a korszerű gyógyító egészségügyi centrumok kialakításával megújításra kerül az egészségügyi ellátórendszer, hogy az ország minden pontján magas színvonalú, korszerű ellátásokhoz juthassanak a betegek. Fejlesztésre kerülnek a természetes gyógytényezőkre épülő egészségügyi szolgáltatások, továbbá támogatásban részesülnek a gyógyfürdők, a gyógy-és egészségturizmus, a magyarországi egészségipar - kiemelten a



gyógyszergyártás és kutatás - fejlesztései, biztosítva ezeknek az európai élvonalhoz történő folyamatos felzárkóztatását. A 2006-2010.

Kormányprogram végrehajtásának központi kérdése az egészségügyi ellátórendszer és az egészségbiztosítási rendszer - rendszerváltó súlyú és jellegű. - gyökeres átalakítása. Ennek

egyik központi eleme az egészségügyi ellátórendszer kórházi



szektorában az engedélyezett és közfinanszírozott fekvőbeteg szakellátási szolgáltatásokat nyújtó egészségügyi szolgáltatók körének szűkítése, az aktív fekvőbeteg szakellátást nyújtó ágykapacitások jelentős csökkentése, a krónikus ellátású (finanszírozottságú) ágykapacitások (rehabilitációs, krónikus, ápolási ágyak) ütemezett és jelentős bővítése. Az egészségügyi ellátórendszer átalakításának további központi elemei a „lakossághoz közeli ellátások” jelentős bővítése, a járóbeteg szakellátások - prioritásként a kistérségi járóbeteg szakrendelők. - fejlesztése, az aktív fekvőbeteg szakellátásokat „kiváltó”

egészségügyi ellátások, mint az „egynapos sebészeti ellátások”, a nappali kórházi ellátások és



a kúraszerű ellátások fejlesztése, összességében a járóbeteg szakellátás és az egészségügyi alapellátás szakmai, szervezeti, finanszírozási és fejlesztési, valamint integrációs hangsúlyainak megerősítése, egészségügyi ellátórendszeri súlypontjaik megnövelése és az ezeken az ellátási szinteken a véglegesen befejezhető, minőségbiztosított és definitív betegellátási arányaik szolgáltatáselvű növelése.



A Kormányprogram egészségügyi reformjának megvalósítását célzó „reform-törvény csomag”-nak az ellátórendszer egészére (átalakítására) gyakorolt eddigi egyik legnagyobb hatású törvénye az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény. A törvény 2007. április

1.-től hatályos szabályozásainak megfelelően került sor az egészségügyi szolgáltatói rendszer kórházi szektorában a hazai aktív engedélyezett és közfinanszírozott ágykapacitások 26 %-os csökkentésére, melynek következményeként a hazai kórházak aktív ágykapacitásából 16 ezer aktív ágy megszűnt, melyből 9 ezer aktív ágy végleges megszüntetésére, 7 ezer aktív ágynak, pedig a krónikus ágyakká történő átalakítására (szakmai és finanszírozási konverziójára) került sor. A törvény - 2007. április 1.-től - hatályos végrehajtása érdemben és alapjaiban nem

érintette a hazai egészségügyi ellátórendszer járóbeteg szakfeladatokat ellátó egészségügyi intézményeinek körét, azok tényleges számát és területi eloszlását, valamint azok szakmai és kapacitásstruktúráját. A kizárólag járóbeteg szakellátást nyújtó szakrendelők (főleg az önálló rendelőintézetek) ellátási helyét és szerepét a törvény és a végrehajtási jogszabályai a korábbi



időszakhoz képest lényegében úrafogalmazva pozícionálták, mint az egészségügyi ellátásnak a területi ellátó kórházak és az alapellátás közötti szakmai - szervezeti - területi szintjét (súlyponti kiemelt feladatú kórházak, területi ellátó kórházak, 20 km-es körzetben elérhető (főleg kistérségi) szakrendelők, valamint az alapellátás). A 2006. évi CXXXII. törvény 8. § (1) c.) pontja értelmében az egészségügyi szolgáltatók 2006. december 31.-ei hatályú és szerződés szerinti járóbeteg kapacitásai 2007. április 1.-től hatályosan - változatlan szolgáltatói szakmai és kapacitásstruktúra mellett - továbbra is finanszírozhatóak maradtak. A törvény 16. § (10) bekezdése megállapította, hogy a RET a régió területén működő szolgáltatók által a törvény hatálybalépését megelőző napon lekötött aktív fekvőbeteg kapacitásoknak a törvény 1. számú és 2. számú mellékleteiben meghatározott aktív és krónikus ágykapacitásának normatíván felüli részének 20 %-át a külön jogszabályban foglaltak szerint

járóbeteg kapacitássá alakíthatja át, a regionális szakellátási normatíváknak a törvény 4. § (3) - (5) bekezdése szerinti felosztásával egyidejűleg. Ezzel a törvényben meghatározott jogosultságukkal a RET-ek (a törvényben meghatározott módon és határidőn belül) nem éltek, így a 2007. március 8.-ai keltezésű egészségügyi miniszteri közigazgatási határozat csak az egészségügyi szolgáltatók fekvőbeteg szakellátást nyújtó ágykapacitásai vonatkozásában határozta meg a szakmastruktúrához és a területi ellátási kötelezettséghez kötött ágykapacitásokat.

1.2. OGY. EÜB állásfoglalása - „a járóbeteg szakellátás fejlesztéséről”...

Az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága - a Házszabály 96/A. §-a szerint - a 2007. március 7.-ei ülésén tájékoztatást hallgatott meg az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásának helyzetéről és a regionális egyeztetések (RET) tapasztalatairól. A 2007. március 27.-én keltezett 3/2006-2010. (2007. március 27.) számon kiadott „Állásfoglalás a járóbeteg szakellátás fejlesztésének egyes kérdéseiről” - tájékoztatójában az Egészségügyi Bizottság megállapította, hogy a Regionális Egészségügyi Tanácsok nem éltek azzal a törvényben biztosított lehetőséggel, hogy a megszűnő fekvőbeteg kapacitások egy részét - a törvényben előírt mértékben és módon. - járóbeteg szakellátás bővítésére fordítsák.



A Bizottság állásfoglalása szerint az egészségügyi ellátórendszer korszerűsítésének és a betegellátás biztonságának fontos garanciáját jelenti a járóbeteg szakellátás fejlesztése. Mindezekre tekintettel a Bizottság felkérte a Kormányt, hogy -



miután a Regionális Egészségügyi Tanácsok nem éltek a részükre biztosított döntési jogosítványokkal - vizsgálja meg és legkésőbb 2007. március 31.-ig tegyen javaslatot, hogy az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 16. § (10)



bekezdése szerinti járóbeteg szakellátási kapacitásbővítés milyen eszközökkel valósítható meg. A Bizottság határozatában továbbá felkérte az egészségügyi minisztert és az uniós fejlesztésekért felelős kormánybiztos, hogy gyorsítsák fel a kistérségi és regionális járóbeteg szakellátás fejlesztését szolgáló pályázatok előkészítését és 2007. április 30.-ig tájékoztassák a Bizottságot és



a Regionális Egészségügyi Tanácsokat az Új Magyarország Fejlesztési Terv (II. NFT.) keretei között uniós forrásokból megvalósítani tervezett járóbeteg szakellátási program ütemezéséről. A Bizottság egyebekben felhívta a Kormány figyelmét arra, hogy a kórházi szerkezetátalakítással egyidejűleg gondoskodni kell a járóbeteg szakellátás és az egynapos sebészet finanszírozásának érzékelhető javításáról és a teljesítményvolumenének növeléséről. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásával kapcsolatos egyes finanszírozási, szerződéskötési és eljárási kérdésekről szóló 41/2006. (III. 13.) Kormányrendelet 2007. április 1.-től hatályosan beiktatta a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet 27/A § (3) bekezdését, melynek értelmében az aktív fekvőbeteg szakellátás 2007. március 31.-én érvényes és a 2007. április 1.-től hatályosan módosuló normatív kapacitási szerinti teljesítmény volumenének közötti különbséget a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet 25. számú mellékletében meghatározott szempontok szerint kell felosztani.



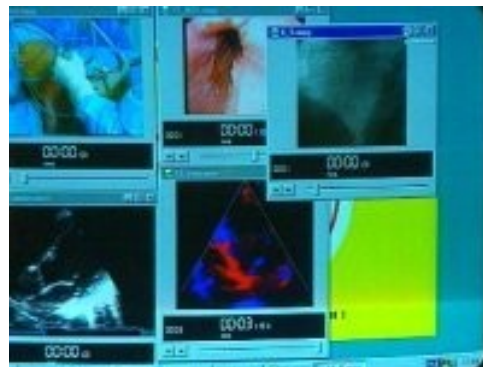
A „finanszírozási” Kormányrendelet - 43/1999. (III. 3.) - 25. számú mellékletének hatályos szabályozásai szerint, - 2007. április 1.-től - az aktív ágykapacitás változásból eredő teljesítményvolumen különbséget 50 %-a az ellátási formák között felosztható, melynek lényegében az 58,3 %-át lehet az úgynevezett tervezett ellátásokra fordítani. Ezekre a tervezett ellátásokra fordítható teljesítményvolumen különbségetnek, ugyanakkor a 40 %-át lehet a járóbeteg szakellátás finanszírozásának bővítésére, javítására fordítani. A 2007. április 1.-től hatályosuló kormányrendeleti szabályozásoknak megfelelően került sor a közfinanszírozott járóbeteg szakellátást nyújtó hazai egészségügyi szolgáltatók teljesítményvolumenének rendezésére (emelésére), valamint a németpontonban elszámolt járóbeteg teljesítménydíjának megemelésére.

1. 3. Az Egészségügyi Minisztérium járóbeteg koncepciója...

Az Egészségügyi Minisztérium járóbeteg szakellátási koncepciója a 2007-2008.-ra célként jelöli meg a járóbeteg szakellátáshoz való hozzáférést olyan területeken is, ahol jelenleg semmilyen szakrendelő nem működik. A koncepció leszögezi: az ellátatlan területeken és biztosítani kell a lakosság gyógyító szolgáltatásokhoz való hozzáférési jogát és esélyegyenlőségét, mégpedig a kistérségi szakellátó centrumok létrehozásával. Bár elvileg a jelenlegi hazai járóbeteg szakellátás



egyszintű, a gyakorlatban valójában - a progresszivitási szintnek megfelelően az általános és speciális járóbeteg szakellátás - két szinten (járóbeteg szakrendelők, kórházi/klinikai szakambulanciák) működik. Az új járóbeteg szakellátási koncepció megtartaná ezt a többszintűséget, az alap és az emelt szintű szakellátásra osztva a járóbeteg egészségügyi szolgáltatást. Kistérségi szinten a beteg először az alapszintű - meghatározott alapszakmák rendelőit is magában foglaló alapszolgáltatást nyújtó - szakrendelővel találkozik és innen irányítható tovább a magasabb regionális járóbeteg, vagy fekvőbeteg szakellátási szintre. A járóbeteg szakellátási koncepció kidolgozói szerint mindenekelőtt szakmailag pontosan kell definiálni ezt a két járóbeteg szakellátási szintet, illetve járóbeteg ellátási kategóriát, lényegében ez döntheti el majd, hogy melyik járóbeteg szakrendelő kerül majd az alap (kistérségi szakrendelő) és melyik az emelt (speciális kórházi, illetve klinikai járóbeteg szakambulancia) szintű járóbeteg szakellátási kategóriába, azaz milyen jellegű és mértékű fejlesztésekre van ténylegesen szükség egy adott térség ellátásaiban. Az emelt szintű járóbeteg szakellátás elvárt kritériumai között szerepel többek között: a szakellátás széles vertikumának szolgáltatása (a megelőzés, a gyógyítás, a gondozás, valamint a rehabilitáció), a legalább hat szakmacsoportban (amely magába foglalja a négy alapszakmát is.) nyújtott ellátás, a diagnosztikai háttér (labor és képalkotó diagnosztika), továbbá az egynapos (sebészet, diagnosztika) és terápiás ellátások biztosítása. Az emelt szintű szakrendelő ellátás szervezési feladatokat is teljesít, koordinál a térség lakosainak betegút szervezésében. Opcionális szolgáltatásként vállalhat rehabilitációs, krónikus ápolási feladatokat, házi szakápolást, hospice ellátást, központosított alapellátási ügyeletet, üzemeltethet mentőállomást, gyógyszerterát, vagy gyógyászati segédeszközöket, forgalmazó üzletet, foglalkozhat képzéssel/továbbképzéssel. A koncepcióban, az „emelt szintű” járóbeteg szolgáltatóknál (az intézményi fenntarthatóság és a kihasználatlan kapacitások elkerülése érdekében) a minimális lakosságszámot 40 ezer főben határozzák meg.



Azon járóbeteg szakrendelővel is rendelkező kórháznak, amelyek a struktúraváltással nagyrészt, vagy csaknem teljes egészében elveszítették aktív ágyaikat, nem feltétlenül szükséges az ellátási határnak megegyeznie a



kistérségével, azon átívelhetnek, hogy meglegyen a minimálisan ellátandó létszámuk az emelet szintű szolgáltatáshoz. E szolgáltatási szint minőségének eléréséhez, tehát olyan intézményekben kerülhet sor a fejlesztésre, amelyek a saját kistérségükben, vagy azon túlnyúlóan (de a lakosság által jól megközelíthető módon) legalább 40 ezer ember ellátását vállalják. Kizáró ok lehet a fejlesztésben egy közelben lévő (járóbeteg ellátással is foglalkozó) kórház, vagy emelt szintű szakrendelő központ. A fejlesztésre - a koncepcióban foglaltak szerint - esélyes lehet elsősorban az a 20 db. kistérségi járóbeteg szolgáltató, amelynek az ellátási körzete nagyobb (vagy kapocsoltan nagyobb) 40 ezer főnél, ám szolgáltatásainak jelenlegi minősége még nem éri el magasabb szint követelményeit. A kistérségi járóbeteg-szolgáltató központokkal szemben támasztott - számos egyéb mellett - alapkövetelmény például, hogy az építészetiileg egybe tartozó épületben legyen, működtessen vérévételi helyet, rendelkezzen telemedicina rendszerű, alapszintű képalkotó diagnosztikával, amely konzultációs céllal kapcsolódik egy kiemelt intézményhez, legyen az adott terület egészségfejlesztési központja, a népegészségügyi program helyi működtetője. Széles partneri kapcsolatok kiépítésével működjön együtt a területi alapellátással, egészségügyi és szociális szolgáltatókkal, civil szervezetekkel és az oktatási intézményekkel. A kistérségi járóbeteg centrumok opcionális szolgáltatásként befogadhatnak még háziorvosi, védőnői, fogorvosi, csoportpraxisban, praxisközösségben nyújtott szolgáltatásokat is, részt vállalhatnak a terület szociális alapellátásában, működtethetnek ügyfél-és tanácsadó szolgálatot, képezhetnek laikusokat, igény szerint nappali kórházat is működtethetnek.



A kistérségi centrumoknál - a koncepcióban foglaltak szerint - alapkövetelmény a legalább havi 200 szakorvosi óras szolgáltatási idő. Minimális szakmai követelmény a belgyógyászat és a sebészet/traumatológia legalább havi 40 óras, a csecsemő-és gyermekgyógyászat és a szülészet-

nőgyógyászat havi 20 óras, a fizioterápia havi 120 nem szakorvosi óra, plusz havi 40-40 óra szakmai (fizikoterápia, gyógytorna, masszázs) teljesítése, továbbá a röntgen és ultrahang együttesen legalább hetenkénti 40 szakorvosi óra, a labor legalább heti 10 szakorvosi óra működtetése. Továbbá javasolt szakmák: reumatológia (20 szakorvosi óra/hét), szemészet (20 szakorvosi óra/hét), fül-orr-gégészet (20 szakorvosi óra/hét), neurológia (10 szakorvosi óra/hét), pszichiátria (10 szakorvosi óra/hét, bőrgyógyászat (10 szakorvosi óra/hét) és urológia (10 szakorvosi óra/hét). A



koncepció szerint a Regionális Operatív Programok elsősorban a jelenleg is működő járóbeteg



szakrendelések fejlesztését célozzák meg, közülük is kiemelten fontosak azok, amelyek kistérségi szolgáltatásai jelenleg még nem érik el a fentebb definiált magasabb szintet. A (ROP) programok feladata lesz megvalósítani azokat a fejlesztéseket, amelyek a szakmailag jó minőségű, az elvárt követelményeknek megfelelő járóbeteg szakellátást eredményeznek. A fejlesztés fontossági sorrendjében a második helyen állnak azon önálló szakrendelők, amelyeknek az ellátandó lakosság lélekszáma alapján szükségük van a magasabb szolgáltatási szintre, való lépésre. A fejlesztések támogatását a járóbeteg intézményeket működtető önkormányzatok (többcélú kistérségi társulások) kapják, mert azoké az ellátási, a fenntartási és a működtetési kötelezettség, mivel vannak olyan önkormányzatok is, amelyeknek nincs fenntartási kötelezettsége, ebben az esetben a támogatás kedvezményezettjei az érintett terület ellátásáért felelős önkormányzatok szövetsége/társulása, egyéb közös szervezete lesz. A program minimális támogatási összege - a koncepció szerint - 300 millió Ft, ami maximum 1,5 milliárd Ft lehet a sikeresen pályázó kedvezményezettenként. A minimális önerő az épület beruházásnál és eszközbeszerzésnél általában 5 %, a befogadott egyéb ellátási elemeknél, pedig 10 %, önrészként a pályázatban természetbeni hozzájárulást is elfogadnak. Így például ebbe számítanak a kedvezményezett tulajdonában lévő ingatlanok, eszközök, valamint a térítésmentesen végzett önkéntes munka, a fejlesztési támogatás pályázat útján érhető el. Az Egészségügyi Minisztérium járóbeteg szakellátási koncepciója széleskörű szakmai és társadalmi vitára eddig lényegében még nem került, hivatalosan a Kormány, illetve az Országgyűlés a végleges és kérielt minisztériumi szakmai koncepciót még nem fogadta el. Ezzel együtt is számos szakmai szerkezeti eleme már láthatóan visszaköszön a járóbeteg szakellátási fejlesztési koncepciónak az egészségügyi infrastruktúrális fejlesztéseket uniós forrásokkal támogató operatív programokból.



1. 4. A II. NFT. TÁMOP, a TIOP és a ROP fejlesztési programjai...



A hazai egészségügy fejlesztését szolgáló és az Új Magyarország Fejlesztési Terv keretében a Kormány által már elfogadott operatív programok közé tartoznak a Társadalmi Megújulás Operatív Programja (TÁMOP), a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Programja (TIOP), valamint a Somogy

megyei kistérségi egészségügyi fejlesztéseket illetően a Dél-Dunántúli Régió Operatív Programja (DDROP). A Társadalmi Megújulás Operatív Programja elsősorban az Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT) „A társadalom megújulása” prioritásainak megvalósulását szolgálja a vonatkozó uniós jogszabályokkal és rendeletekkel összhangban. Az ÚMFT átfogó céljaihoz, a növekedéshez és a foglalkoztatás bővítéséhez elsősorban a munkaerőpiac kínálati oldalára irányuló intézkedésekkel, az emberi erőforrások fejlesztésével járul hozzá. A TÁMOP törekvése az olyan beavatkozások sikeres végrehajtása, amelyek az egész lakosságot érintik és amelyekhez az infrastrukturális háttérrel, a minőségi szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférést elsősorban a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Programja, valamint az Regionális Operatív Programok biztosítják. A TÁMOP Prioritás 5. tengelyében áll az egészségmegőrzés és az egészségtudatos magatartásra való ösztönzés, valamint az egészségügyi szolgáltatások szerkezeti átalakításának támogatása. A program céljainak megfelelően a népesség egészségi állapotának javítása és az egészségtudatosság növelése, erősítése érdekében egészségfejlesztési és kommunikációs programok kerülnek végrehajtásra. A magyar lakosság egészségi állapotának javítása érdekében az egészségügyi reformjához kapcsolódóan megelőzési programokra van szükség, amelyeknek egyszerre kell irányulniuk az egészségbarát környezet ösztönzésére (beleértve a munkahelyi egészségfejlesztési és egészségvédelmi programokat), a helyi közösségi akciók támogatására és az egészséges életmód egyéni készségeinek fejlesztésére. Ezek az egészségre nevelő, szemléletformáló és életmódprogramok különösen fontosak a népegészségügyi szempontból kiemelt területeken (szív-és érrendszeri, a daganatos, valamint a táplálkozással összefüggő megbetegedések, a



szenvedélybetegségek és a lelki egészség tekintetében). A kapcsolódó szűrőprogramok (amelyekkel elérhető a betegségek korai stádiumban történő felismerése, a betegségek és szövődmények kialakulásának megelőzése, valamint a kora gyermekkori (0-7 éves) fizikai és mentális állapot szűrési módszertanának, programjának kidolgozása, országos hatáskörű kiterjesztése, életrendi és életmódtanácsok adása stb.) részben infrastrukturális okok miatt hiányosan szűrt területek lakosságát is a kellő mértékben, a helyes irányban mozgósítják. Számos egészségfejlesztési tevékenység csak a célcsoportok közösségeinek bevonásával és valamennyi érintett szakterület által közösen kialakított szintér-programokkal, az emberek



közvetlen megszólításával és tájékoztatásával képes hatékonyan célt elérni, a programok a célzott hatás kiváltására lényegében az infrastrukturális fejlesztéssel együtt alkalmasak. Az egészségügyi ágazati szerkezet-átalakítással összefüggésben az egészségügyi infrastrukturális fejlesztésekhez kapcsolódó humán erőforrás-fejlesztési műveletek végrehajtása is elengedhetetlen, ugyanis a megfelelően képzett humán kapacitás hiányában az ágazati reform keretében átstrukturált ellátórendszer működésképtelenné válik. Ezek közé tartoznak a következő programok: az egészségügyi humán erőforrás-monitorring, a szakmai és szervezési kompetenciafejlesztés, az új képzések és szakképzések bevezetése, a hiányszakmák képzése az egyes munkaerőhiányos szakmákban és területeken, a képzésben és a foglalkoztatásban résztvevők számának növelése. Az egészségügyi ágazatban a munkavállalóknak nyújtott konkrét foglalkoztatási, képzési és támogatási szolgáltatások kialakításai - főleg az ágazat



szerkezetátalakítással összefüggően. - kiemelt jelentőséggel bírnak, ugyanakkor az ágazati humán erőforrás fejlesztésnek ezen kívül még meg kell felelnie a betegellátási orvosi technológia fejlődésével járó kihívásoknak is. A TÁMOP egészségügyi ágazati képzési programjai keretében az előregedő és

egészségügyi hiányszakmák utánpótlásának biztosítására irányuló létszámfejlesztő és továbbképzési-programok kialakítására kerül sor, amelyek a szükséges új ismeretek és szemléletformák közvetítésével hozzájárulnak a reformok megvalósításához, a szükséges új ismeretek a struktúraváltásban érintett intézmények működéséhez szükséges humán erőforrás biztosítását szolgálják. A program-intézkedések megvalósítását szolgálják a kistérségek településein a lakosság egészségének, életminőségének fejlesztését, az egészségi állapotbeli különbségek mérséklését célzó kezdeményezések támogatása, a helyi közösség igényeire és belső forrásaira alapozott kistérségi/települési egészségfejlesztési programok/tervek tervezése, lebonyolítása és az ehhez kapcsolódó humán erőforrás fejlesztése. 2007. június 12.-én jelentette meg az Egészségügyi Minisztérium a hivatalos honlapján a Társadalmi Megújulás Operatív Programja 5. Prioritás - „Egészségmegőrzés és társadalmi befogadás, részvétel erősítése” címet viselő „Akcióterv 2007-2008” programját. (TÁMOP-AT). A TÁMOP-AT a prioritások célkitűzései között határozza meg az átfogó szűrőprogramokban részt vettek számának növelését, amely a céltételezés szerint 2013-ra a hazai összes népesség 47,2 %-át kellene érintenie. A 2007-2008. időszakra vonatkozó TÁMOP - AT támogatási konstrukciókat az alábbiak szerint mutathatjuk be:



- **Bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztési ismeretek kidolgozása az oktatás különböző szintjein és a különböző korosztályok számára.** Elérhető: egyfordulós pályázattal, vissza nem térítendő támogatás formájában, (támogatási kerete: 500 millió Ft, támogatás minimális-maximális összege 10 - 40 millió Ft, a támogatás mértéke 100 %-os, a támogatott projektek száma: 15 projekt). A kedvezményezettek köre: az egészségügyi felsőoktatási intézmények, a szakmai és civil szervezetek, vagy ezek konzorciumai számára. A konstrukció indítási időpontja és zárási időpontja: 2007. IV. negyedév - 2013
- **Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok.** Elérhető: egyfordulós pályázattal (amennyiben lesz közvetett támogatás, akkor a helyi programoknál célszerű ezt alkalmazni.) vissza nem térítendő támogatás formájában (támogatási keret 6 000 millió Ft, életmódprogramok - laikusok és civil szervezetek képzéseinek országos programja esetében a minimális-maximális összese 30-400 millió Ft, regionális életmódprogramok esetén 10-50 millió Ft, a kistérségi életmódprogramok esetén 5-20 millió Ft, helyi települési programok esetén: 1 - 10 millió Ft, kistérségi és települési egészségterv cselekvési program esetén 5-30 millió Ft.) A támogatott projektek száma: 300, a támogatás mértéke 100 %-os „non profit” pályázó esetén és 70 %-os mértékű „for profit” pályázó esetén. A kedvezményezettek köre: állami, önkormányzati intézmények, vagy azok költségvetési szervei, non profit szervezetek, bejegyzett vállalkozások, kistérségi társulások, önkormányzatok, szakmai szervezetek, konzorciumok az országos és regionális projektek esetén, „for profit” szervezetek, a támogatott projektek száma: 300. A konstrukció indítási időpontja és zárási időpontja: 2008. III.-IV. negyedév - 2013.
- **Lakossági szűrőprogramok országos kommunikációja.** Elérhető: egyfordulós pályázattal, vissza nem térítendő támogatás formájában (támogatási keret 600 millió Ft, az országos kommunikációs kampány: 500 millió Ft, érzékenyítő tréning 100 millió Ft, közintézményi pályázó esetén a támogatás 100 %-os, „for profit” pályázó esetén 70 %-os mértékű). Kedvezményezettek köre: állami, önkormányzati intézmények, vagy azok költségvetési szervei, a non profit szervezetek, szakmai szervezetek, konzorciumok az országos és regionális projektek esetén, „for profit” szervezetek, a támogatott projektek száma: 1-1. 2008. I.-II. negyedév - 2013.
- **Koragyermekkor (0-7 év) program.** Elérhető: egyfordulós pályázattal, vissza nem térítendő támogatás formájában (támogatási keret 500 millió Ft, a támogatás minimális-maximális összege 20 - 100 millió Ft, 2008-ra legalább 5 db. Mintamodell



ellátás és 15-20 fajta téma azonos kiadvány megjelentetése). Kedvezményezettek köre: egészségügyi szolgáltatók, egészségügyi tevékenységet folytató civil szervezetek, alapítványok, képző és továbbképző intézetek, háziorvosi praxisközösségek, kistérségi társulások és ezek konzorciumai. 2008. I.-II. negyedév - 2013.

- A TÁMOP - AT 2007-2008. program további - a kistérségi egészségfejlesztés és egészségügyi fejlesztés számára már közvetlenül nem hasznosítható - támogatási konstrukciói, felsorolásszerűen: - Egészségügyi humánerőforrás monitoring. Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés. Regionális alapú országos egészségmonitorizálási rendszer kiépítése. Az egészségügyi foglalkoztatás támogatása. Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben. Megvalósíthatósági tervek minőségbiztosítása a tervezett jelentős egészségügyi beruházásoknál, az épület, gépműszer és energia-kataszter modernizálása. Betegazonosítási és irányítási rendszerek bevezetésének előkészítése.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a Társadalmi Megújulás Operatív Programja (TÁMOP) az egészségügyi ágazat fejlesztési céljai és feladatai vonatkozásában magában foglalja az egészségfejlesztés és az egészségtudatos magatartás társadalmi méretű kialakításának programjait, az egészségfejlesztés intézményrendszerének kialakítását és fejlesztését, az egészség-megőrzési és az egyes krónikus nem



fertőző betegségek és szenvedélybetegségek megelőzési programjait, a munkahelyi egészség és egészségbiztonság erősítését, valamint az egészségügyi ellátórendszer szerkezetátalakítását támogató ágazati humánerőforrás fejlesztési és képzési programokat. A TÁMOP-hoz kapcsolódó elemek más operatív programokban: Társadalmi Infrastrukturális Operatív Program (TIOP) - az egészségügyi rendszer strukturális átalakítása, Regionális Operatív Program - kistérségi szintű egészségügyi infrastruktúra-fejlesztések, valamint a felszabaduló



kórházi infrastruktúra bázisán ápolási, rehabilitációs és szociális ellátó infrastruktúra fejlesztése. A Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP) - összhangban az Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT) céljaival, valamint az uniós jogszabályokkal - a humán közszolgáltatások fizikai



infrastrukturális feltételeinek fejlesztésével kíván hozzájárulni a tartós növekedéshez és a foglalkoztatás bővítéséhez. Ennek megfelelően a TIOP magában foglalja az oktatás-képzés, az egészségügyi ellátások, a munkaerő-piaci és a szociális szolgáltatások, a kulturális, közművelődési intézmények infrastruktúrájának fejlesztését. A TIOP törekvése, hogy megteremtse az optimális feltételeket a Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP) beavatkozásainak sikeres végrehajtásához, valamint megteremtse a fenti ágazatok intézményrendszerének átfogó reformjához szükséges fizikai infrastrukturális előfeltételeket, így biztosítva a folyamatos hozzáférést a minőségi szolgáltatásokhoz. Az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésének - a TIOP-ban meghatározottak szerinti - legfontosabb célja: az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésével a népesség születéskor várható élettartamának (HALE-index), valamint az egészségben töltött életevek számának növelése, az egészségügyi rendszer struktúrájának a hatékonyabb, jobb minőségű és területileg kiegyensúlyozottabb ellátások felé terelésével. A TIOP-ban meghatározott legfontosabb fejlesztési irányok: a regionális vérellátó központok számának növelése (2013-ra 6 db. központ kialakítása), a kistérségi járóbeteg szakellátási központok számának növelése (2013-ra 40 db. központ kialakítása), az átszűrési arány növekedése a népegészségügyi szűrések esetében, a digitalizált képalkotó eljárások arányának növekedése a diagnosztikában (2007. év bázisán, 2013-ra 70 %-os növekedés), a mentéshez szükséges feltételek kiépülésével a mentés által 15 percen belül elérhető lakosság arányának növekedése, az E-recept, az e-kórlap arányának növekedése az ellátásban. A TIOP-ban meghatározott egészségügyi ágazati beavatkozások hozzájárulnak ahhoz, hogy az egészségügyi ellátórendszer struktúrája racionalizálódjon és a szükségleteknek megfelelően módosuljon. Az ellátórendszer struktúraváltása a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb és hatásosabb felhasználását eredményezi, mely mind a demográfiai, mind a munkaerő-piaci helyzet javulása irányában hat, valamint növeli az ország és az egészségügyi ágazat versenyképességét és a fenntarthatóságot. A korai halálozás csökkentésével a munkaképes korú lakosság létszáma növekszik, míg az egészségügyi állapot javulása a rokkanttá nyilvánítások számának, valamint az ápolási díjban részesülők számának csökkentésén keresztül hat kedvezően az aktivitási rátára, a betegségben töltött idő csökkentésével, pedig a gazdaság növekedésére van pozitív hatással. Az intézkedések révén az ellátásban jelen lévő területi, szociális egyenlőtlenségek mérséklődnek, a fogyatékkal élő emberek esélyei növekednek. A TIOP keretében tervezett egészségügyi infrastrukturális beavatkozások



közvetlen összefüggésben állnak az államháztartás hosszú távú fenntarthatóságának biztosítása érdekében meghirdetett reformokkal, a Konvergencia programmal összhangban álló megvalósításuk célja az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak csökkentése. Közvetlen cél a hozzáférhetőség, a minőség és a fenntarthatóság szempontjából releváns intézkedések megvalósítása, aminek eredményeképpen javul az egészségügyi szolgáltatások intézményrendszerében a forrásfelhasználás hatékonysága, megszüntethető a rendszer pazarló jellege. Ennek megfelelően tovább folytatódnak a megelőzést, az egészségi állapot javítását és az egészségfejlesztést szolgáló nemzeti népegészségügyi és különböző országos szakmai programok, mint a Népegészségügyi Program, Nemzeti Rákellenes Program, Szív-és érrendszeri Program, Gyermekek-és Csecsemő-egészségügyi Program. Ezek teljesíthetősége érdekében szükség van az egészségfejlesztés intézményrendszerének kialakítására és fejlesztésére, az egészség megőrzését és az egészségkockázatok korai felismerését segítő programokra, a szenvedélybetegségek megelőzési programjaira, valamint a leghátrányosabb helyzetű kistérségek komplex fejlesztéséhez kapcsolódó foglalkoztatási, szociális és egészségügyi, valamint az egészségfejlesztési célú beruházásokra, ezeknek a beavatkozások



megvalósítására a TÁMOP támogatásával kerül sor.

Az egészségügyi reform céljainak megfelelően a túlzott aktív fekvőbeteg kapacitások átalakulnak krónikus, ápolási és járóbeteg kapacitássá, illetve megszüntetésre kerülnek, a reformintézkedések végrehajtása során javítani kell az ellátórendszer infrastruktúrájának hatékonyságát is.

Ez a reformprioritás olyan egészségügyi fejlesztéseket jelent, amelyek egyidejűleg szolgálják a lakossághoz közeli és a kórházon kívüli ellátások fejlesztését, (járóbeteg ellátás, otthoni ellátások, egynapos ellátások, szűrés diagnosztika, telemedicina) valamint a kórházi szektorban a progresszív ellátási logika szerint megvalósítandó koncentrációt. A struktúraváltás jegyében az aktív fekvőbeteg intézeti körben számos intézményi fúzióra, szervezeti összevonásra, valamint az egyes intézmények esetében profilváltásra kerül majd sor, az egységesen felépülő regionális rendszert alakítva ki. A TIOP prioritási tengelyének egyik meghatározó eleme a regionális járóbeteg szakellátó hálózat fejlesztése, ezen belül a regionális járóbeteg szakellátó központok kialakítása és fejlesztése, valamint a kistérségi járóbeteg szakellátó központok kialakítása és fejlesztése.





A regionális járóbeteg szakellátó központok kialakítása és fejlesztése területén a legfontosabb programcél a komplex járóbeteg szakellátások biztosítása, a szolgáltatások integrációjának megfelelő kapacitás megteremtése, majd a struktúraváltást követően cél az, hogy az adott régió belül a járóbeteg szakellátó intézmények integrált rendszere alakuljon ki. A hálózatot képező csúcshintézmény szerepét és a koordinációs feladatokat a megyei járóbeteg szakellátó központok látják el, amelyek a hálózatot képező kistérségi járóbeteg szakellátási központokkal korszerű információs-technológiai, telemedicina alkalmazásával képeznek közvetlen kapcsolatot. A megyei központok térségi feladatainak körében definitív ellátást, általános, valamint speciális diagnosztikai ellátásokat, szűréseket és szakrendeléseket, valamint egynapos ellátásokat (egynapos sebészeti ellátások, diagnosztika, kúraszerű ellátás) biztosítanak, magas technikai színvonalú eszközökkel. Az új szolgáltatások bevezetésével, ezek integrációjával (pl.: otthoni ellátások, szakápolás, hospice, alapellátási központi ügyelet) tehermentesítik a fekvőbeteg szakellátást, biztosítják a lakossághoz közeli ellátásokat, illetve elősegítik a rendszer költséghatékony működését. A kistérségi járóbeteg szakellátó központok kialakítása a szükségleteknek megfelelő különböző szolgáltatások (pl.: a központi alapellátási ügyelet, a kórházi ellátást kiváltó ellátási formák: egynapos és kúraszerű ellátások, otthonápolás stb. biztosításával) integrációjával és komplex szolgáltatások biztosításával, az információtechnológia és az infokommunikációs lehetőségek maximális kihasználásával, valamint a digitális technológián alapuló korszerű diagnosztikai eszközök alkalmazásával történik. A Társadalmi Infrastruktúra Operatív Programja 2. Prioritás „Akcióterv 2007-2008” programja 2007. június 12.-óta elérhető az Egészségügyi Minisztérium hivatalos honlapján. A TIOP - AT 2. Prioritás 2007-2008 program keretében valósul meg az egészségügyi ellátórendszer hatékonysági célú infrastruktúra fejlesztése, amely egyidejűleg szolgálja a lakossághoz közeli és a kórházon kívüli ellátások fejlesztését, valamint a fekvőbeteg szakellátásban a progresszív ellátás szerint megvalósítandó erőforrás koncentrációt. A prioritási tengely keretében korszerű elektronikus kommunikációt biztosító intézményközi információs rendszerek és telemedicinális rendszerek kerülnek kialakításra, melyek a digitális technológián alapuló terápiás és diagnosztikai eszközök beszerzésével együtt lehetővé teszik a progresszív ellátási szinteken a szolgáltatások minőségének javulását, a hatékony infokommunikációt és az erőforrások koncentrációját.





A TIOP - AT 2. Prioritás 2007-2013. legfontosabb célkitűzései a járóbeteg szakellátás infrastrukturális fejlesztése területén az, hogy 2010-ig összesen 3 db, 2015-ig pedig további 5 db (országosan összesen: 8) emelt szintű járóbeteg szakellátási központ (R1 ellátási szintű), valamint 2010-ig összesen 10 db. 2015-ig pedig további 13 db. (országosan összesen: 23 db.) kistérségi járóbeteg szakellátási központ (R2 ellátási szintű) kerülne országosan kialakításra. A TIOP - AT 2. Prioritás 2007-2008. támogatási konstrukcióit a járóbeteg szakellátás infrastrukturális fejlesztése vonatkozásában, az alábbiak szerint mutathatjuk be:

- Kistérségi járóbeteg szakellátó központok kialakítása és fejlesztése. Elérhető: nyílt pályázattal, vissza nem térítendő támogatásként. (támogatás kerete 25 000 millió Ft, a támogatás minimális-maximális összege 500 millió Ft - 1 500 millió Ft, a támogatás mértéke 100 %, a támogatott projektek száma 23). Kedvezményezettek köre: azok a kistérségi többcélú, vagy intézmény fenntartói társulások, illetve a fenntartók közös szervezetei, amelyek területén a pályázat beadásának időpontjában nem működik közfinanszírozott járóbeteg rendelőintézet, illetve előzetes befogadással bíró ilyen irányú fejlesztés nem folyik.
- Kistérségi járóbeteg szakellátási központok kialakításával és fejlesztésével összefüggően támogatható tevékenységek:
 - Új épület építése, a meglévő épület átépítése a „szakmai minimumfeltételeknek” megfelelő méretben és minőségben (támogatható maximális m² alapterület 1500 m²).
 - Meglévő épület átépítése esetén gépészeti és energetikai korszerűsítés.
 - A szakmai programnak megfelelő új orvos-technológiai gép-műszerek, valamint a szükséges berendezések beszerzése az előírt „szakmai minimumfeltételnek” megfelelően (diagnosztikai/digitális képalkotó diagnosztikai eszközök, kivéve a CT, az MRI és a PET) és szűrőberendezések, laboratóriumi, terápiás (pl.: egynapos ellátás eszközei), rehabilitációs, ápolási eszközök berendezések és bútorzat.
 - Informatikai rendszer kiépítése és eszközfejlesztés: intézményi integrált informatikai rendszer, olyan módon, hogy a HEFOP 4.4. keretében megvalósult intézményközi információrendszerhez való csatlakozásra alkalmas legyen (olyan járóbeteg szoftver választása, amelyhez a 4.4.



illesztése készen van, vagy a fejlesztő vállalja az illesztés megvalósítását), a tele-medicinához szükséges digitális technológia, info-kommunikációs és diszpécsterszolgálat eszközei, a HEFOP 4.4. megvalósításában érdekelt régiókban lévő fejlesztéseknél a megvalósult intézményközi hálózatra való csatlakozás, VOIP illetve IP alapú telefónia.

→ Az épület és az eszközfejlesztési elemek csak együttesen pályázhatók.

- A Kistérségi járóbeteg szakellátó központok kialakításának és fejlesztésének támogatási célja: a járóbeteg szakellátás fizikai elérhetőségének biztosítása legalább a szakmai minimumok szintjén azokon a területeken, ahol jelenleg nincs közfinanszírozott szakellátás, illetve ahol a kistérség lakossága az esetlegesen meglévő „szórvány” közfinanszírozott ellátások mennyisége és szakmai összetétele alapján nem tekinthető ellátottnak. További fontos cél a lakossághoz közeli többfunkciós integrált rendszerek kialakítása, az egészségügyi szolgáltatási hiányok megszüntetése és bővítése a szükségleteknek megfelelően, valamint a szolgáltatások színvonalának és a betegellátási munkafeltételek minőségének javítása korszerű infrastruktúrafejlesztéssel (eszköz, épület) és az info-kommunikáció fejlesztése.
- A TIOP - AT 2. Prioritás 2007-2008. program projekt kiválasztási szempontjai:

Jogosultsági feltételek:

- A kistérségi szakellátó központ ellátási hiányterületen épül fel, vagyis a pályázat beadásának időpontjában az adott kistérségben nem működik közfinanszírozott járóbeteg szakellátást biztosító járóbeteg rendelőintézet (az egy szolgáltató által üzemeltetett szakellátás az alapszakmák vonatkozásában nem haladja meg a heti 70 szakorvosi órát), illetve a kistérségben előzetes befogadással bíró ilyen irányú fejlesztés nem folyik.
- A fenntartói társulás, vagy a fenntartók közös szervezete által képviselt lakosságszám meghaladja a 15 ezer főt.
- Az érintett kistérségi lakosság tekintetében szakellátásra kötelezettek közös szervezete, társulása a létrehozandó intézmény fenntartója.
- A kedvezményezett vállalja a létrehozott intézmény működtetését, a megvalósulást követő 5 évig.
- A szakmai együttműködések, partnerség megállapodásban való rögzítése.

Értékelési szempontok:

- A szakmai program tartalmazza-e a kötelező elemeket.

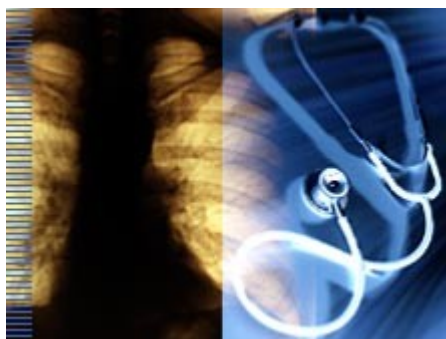


- A szakmai program mennyiben biztosítja a létrehozott szolgáltató gazdasági fenntarthatóságát. A pályázónak a fent leírt 2 pontnak minden esetben meg kell felelnie.
- Relevancia: a szakmai program megfelel a feltárt szükségleteknek (0-50 pont)
- Integrálódik funkcionálisan a kistérségi egészségügyi alap és egyéb szakellátásokkal, valamint a szociális alapellátással és egyéb kistérségi szolgáltatásokkal (0-50 pont) A fent leírt további 2 szempont közül az elsőből el kell érni minimálisan a 30 pontot.
- A TIOP - AT 2. Prioritás 2007-2008. program kistérségi járóbeteg szakellátó központok kialakítása és fejlesztése támogatási konstrukciójának célértékei:
 - Működést megkezdő, újonnan létrejött kistérségi járóbeteg szakellátó központ: 2007-ben: 0 db. 2008.-ban: 10 db. 2010-ig további 13 db. tehát összesen 2010-ig: 23 db. kistérségi járóbeteg szakellátó központ.
 - Újonnan létrejött tele-medicinát alkalmazó munkahelyek száma: 2007-ben: 0 munkahely, 2008-ban 20 db. munkahely, 2010-ig további 30 db. munkahely, tehát összesen 2010-ig: 50 db. tele-medicinát alkalmazó munkahely.
 - Járóbeteg szakellátást 25 percen túl elérő települések száma: 2010-ig összesen 200 db. település.
- Kistérségi járóbeteg-szakellátó központok kialakítása és fejlesztése című programhoz kapcsolódó támogatási konstrukciók időpontjai: a konstrukció indításának időpontja: 2007. III. negyedév, a konstrukció zárásának időpontja: 2009. június 20.
- A TIOP - AT 2. Prioritás 2007-2008. kistérségi járóbeteg szakellátási központok kialakítása és fejlesztése támogatási konstrukció megvalósításával összefüggő kockázatok:
 - A pályázati dokumentáció részletes előkészítettsége, az ajánlások és szakmai elvárások előre történő meghatározottsága, valamint a támogatás odaítélésének eljárása alapján a pályázati kockázatok száma jelentősen csökkenthető.
 - A projektben alapvetően két jelentősebb kockázat látható: egyrészt a közbeszerzési eljárások, valamint a bonyolítási, szervezési és finanszírozási problémák miatt a beruházások elhúzódása, másrészt a működés megkezdéséhez szükséges szakembergárda biztosításának nehézségei.
 - A kockázatok kezelésének módja: a pályázatban ki kell térni a megfelelő likviditást biztosító előfinanszírozási konstrukcióra. Az eszközbeszerzés vonatkozásában a pályázat kiírója lehetővé teszi azok központosított



közbeszerzésen keresztüli beszerzését. A pályázatban, illetve a projekt előkészítési szakaszában be kell mutatni a humán erőforrás biztosítására vonatkozó stratégiát, valamint az azt lényegében alátámasztó szándéknyilatkozatokat, előszerződéseket. A projektmenedzsmenttel szembeni kiválasztási szempontrendszer előzetesen már ki kell alakítani.

A fekvőbeteg szakellátó intézménnyel nem rendelkező kistérségekben kialakítandó központok az adott regionális központ koordinációja és módszertani ajánlásai alapján az infrastruktúrafejlesztés eredményeként létrejött korszerű épületben digitális diagnosztikai és szűrőberendezésekkel biztosítják a definitív (megelőzés, gyógyítás, gondozás, rehabilitációs tevékenység) ellátást, a 20-30 km-en belüli elérhetőséggel, illetve ezek koordináló szerepkört



töltenek be a kistérségi alapszolgáltatást nyújtók körében.

A Dél-Dunántúli Operatív Program hosszú távú átfogó célja (2020-ig) a Dél-Dunántúli régió felzárkóztatása az ország fejlettebb térségeihez, a felzárkóztatási folyamat eredményeképpen hosszú távon el kell érni, hogy a Dél-Dunántúli régió és az ország fejlettebb régiói közötti fejlettségi szakadék szűküljön. A Regionális Operatív

Program a 2007-2013 közötti programozási időszakban reális célként a regionális fejlettségi differenciák növekedésének megállítását fogalmazza meg, ennek megfelelően a Dél-Dunántúli Regionális Operatív Program stratégiai célkitűzése (2013-ig), a Dél-Dunántúli régió leszakadásának megállítása, azaz a régiónak az országos növekedési pályán való tartása, annak érdekében, hogy a későbbiekben elindulhasson a kívánatos és szükséges felzárkózási folyamat. A Dél-Dunántúli Regionális Operatív Programnak a régió egészségügyi helyzetével foglalkozó helyzetfeltárása megállapítja, hogy a régió lakosságának egészségi állapota az ország általános fejlettségi szintjéhez képest kedvezőtlennek tekinthető, a halálozási (mortalitási) és a morbiditási (megbetegedési) mutatók a régióban, igen kedvezőtlenek. A Dél-Dunántúli régióban a férfinepesség születéskor várható élettartama (67,9 év) alatta marad az országos átlagnak (68,2 év) és igen jelentősen elmarad az uniós átlagtól, addig a régió népességének születéskor várható élettartama (77,7 év) az uniós átlaghoz képest elmaradó, de az országos trendeket illetően átlagosnak tekinthető. A régió lakossága számára legfontosabb ellátási forma az alapfokú orvosi ellátás, a lakosságszámra vetített mutató alapján vizsgálva az alapellátást megállapítható, hogy a Dél-Dunántúli régió a második legjobban ellátott régió - a Közép-Magyarországi régió után - a házi-és házi gyermekorvosi szolgálatok számát tekintve. Térségi alapon vizsgálva az alapfokú ellátást azonban azt



tapasztaljuk, hogy az 500 fős lakosságszám alatti településeknek csak egytizede rendelkezik állandó ellátással a régióban.



Ebből egyrészt az következik, hogy az alapellátási körzetek száma összességében ugyan elégséges, de a térségi megoszlásuk már igen egyenetlen, így igen nagyfokú területi ellátási minőségi különbségek tapasztalhatóak a gyakorlatban, másrészt ez az egyenetlen területi elosztás azt is jelzi, hogy a jórészt privatizáltan működő praxisoknak már nem éri meg betelepülni ezekbe a legelmaradottabb térségekbe. A térségben jellemzően a városok és környékük a legjobban ellátottak, míg az elmaradott vidéki kistérségek - s főként az azokban élő szegregált kisebbségek - ellátási nehézségekkel küzdenek. Ezekben az elmaradott kistérségekben az ellátási hiány következtében hiányzik a korai betegségek kiszűrése, - mely tartós betegséghez vezethet. - továbbá a prevenció hiánya a dohányzási és alkoholfogyasztási mutatók kiugró mértékéhez vezet, melyek jelentősen befolyásolják a foglalkoztathatóságot is. Az alapellátás után a lakossághoz legközelebb telepítendő szolgáltatás a járóbeteg szakellátás, amely az alapellátásból kilépő, de még a további kezelésre, gondozásra szoruló népességgel foglalkozik. Közismert, hogy az alapellátás és a járóbeteg szakellátás közötti „alsószintű” szakmai integráció és szinergia elősegíti a betegség felismeréséhez szükséges idő rövidülését, ideértve a gyógyuláshoz - így a munkaerőpiacra történő reintegrálódáshoz - szükséges időt is. A járóbeteg szakellátás elérhetősége térségi és kistérségi szinten sok esetben nehézségekbe ütközik, különösen igaz ez a hátrányos helyzetű térségek esetében, ahol pedig gyakran a legnagyobb szükség mutatkozik az orvosi ellátás járóbeteg szakellátási formáira. További probléma, hogy a szakorvosi hiányszakmák miatt nem minden esetben teljes körű a lakosság ellátása. A prevenciós szemléletet népszerűsítő intézkedések nem szerepelnek elég hangsúllyal a régió egészségügyi ellátórendszerében, pedig ez a munkavégzési képesség megőrzését jelentősen befolyásolhatja. A foglalkoztathatóságot jelentősen megnehezítő betegségeknek a régióra jellemző körét képezik a szenvedélybetegségek, az alkoholizmust tekintve a felnőtt férfinépesség 26 %-a nagyivó, ami 7 %-al haladja meg az országos átlagot, a nőket illetően - a Közép-Magyarországi régió után - a Dél-Dunántúli régióban a legnagyobb a nagyivók aránya (7 %), amely az országos átlagot 2 %-al meghaladja. A szenvedélybetegségek ellátási rendszerének kiépítetlensége, vagy nem megfelelő infrastrukturális keretek közötti működtetése megnehezíti a rehabilitációjukat és a munkaerőpiacra történő reintegrációjukat.



A Dél-Dunántúli Regionális Operatív Program 3. Prioritás - Humán közszolgáltatások fejlesztései (2007. május 25.) „Akcióterve” foglalja össze a régió saját egészségügyi



fejlesztéseinek uniós forrásokkal támogatott programjait. A prioritás tartalma: a humán közszolgáltatások fejlesztése, ezen a programon belül a humán szolgáltatások folyamatos minőségének és elérhetőségének javítása - kiemelten a leszakadó és hátrányos helyzetű, kiüresedő kistérségekben - komplex szolgáltatásokat nyújtó integrált

kistérségi és mikrotérségi humán szolgáltató hálózatok és központjaik kialakítása. A régió kistérségi járóbeteg szakellátásainak fejlesztésében a prioritási cél a minőségi járóbeteg szakellátásban ellátottak számának növekedése a 2007. évi „0” bázis helyzetből, (a fejlesztéssel érintett szakrendelők esetén.) 2010-re 160 ezer főre, 2020-ra 259 ezer főre. A 2007-2008-as évekre vonatkozó támogatási konstrukciók önálló területét képezik a térségi és kistérségi (valamint mikrotérségi) egészségügyi és szociális szolgáltatások fejlesztése. Az egészségügyi ellátórendszer infrastrukturális fejlesztésének - az Akcióterv szerint meghatározott - területei: a mikrotérségi egészségügyi ellátó központok fejlesztései (kedvezményezett: a gesztor önkormányzat), a kistérségi járóbeteg szakellátást nyújtó kistérségi egészségügyi központok fejlesztései (kedvezményezettek: helyi önkormányzatok, többcélú kistérségi társulások, önkormányzatok intézményfenntartó társulásai stb.), valamint a Dél-Dunántúli régióban OEP finanszírozott rehabilitációs/krónikus ágyszámmal (kapacitásokkal) rendelkező intézmények fejlesztései (kedvezményezettek: fenntartó önkormányzatok). Az „Akciótervben” meghatározottan, a támogatott projektek száma 2007-2008-ban - a fent megjelölt fejlesztési területeken. - 26 projekt, az összes elérhető támogatás nagysága összesen 4,750 millió Ft, a támogatások kétfordulós pályázattal, vissza nem térítendő támogatások (a támogatás maximálisan megszerezhető mértéke 90 %) formájában érhetőek el. A regionális, a kistérségi, illetve mikrotérségi egészségügyi és szociális szolgáltatások fejlesztését indokolja, hogy a régió adottságaiból következően a társadalmi és gazdasági fejlődés egyik hangsúlyos iránya a belső humán erőforrások fejlesztése kell, hogy legyen. Az egészségügyi és szociális ellátások fejlesztései közvetve hozzájárulnak a régiós gazdasági fejlesztésekhez, hiszen a humán erőforrás szükséges kapacitásának biztosítását segítik elő. Tekintettel arra, hogy az európai és az országos szakpolitikai stratégiák alapján szükséges, hogy mindenki egyenlő eséllyel férhessen hozzá a humán közszolgáltatások lehető



legszelesebb köréhez, így a korábban említett két terület (egészségügyi és szociális) stratégiai alapú fejlesztése különösen indokoltnak tekinthető a Dél-Dunántúli régióban is. Az egészségügyi és szociális szolgáltatások fejlesztésének konkrét céljai tehát a Dél-Dunántúli régióban: az alapfokú egészségügyi és szociális (integrált) ellátások mikrotérségi fejlesztése (az egészségügyi és szociális szolgáltató központok létrehozása), a regionális és a kistérségi járóbeteg szakellátás fejlesztése (integrált kistérségi járóbeteg központok létrehozása), a komplex egészségügyi rehabilitációs fejlesztések támogatása (a működő kórházi rehabilitációs ellátások fejlesztése). A mikrotérségi és a kistérségi egészségügyi infrastrukturális fejlesztések területei tehát az integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központok kialakítása, valamint a kistérségi integrált járóbeteg központok fejlesztése. Az integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központok létrehozására, fejlesztésére vonatkozó pályázatok („A” komponens) vonatkozhatnak: a szolgáltató központok megvalósításához szükséges tanulmányok kidolgozására, az építészeti tervek elkészítésére, az épületek infrastrukturális átalakítására (teljes és funkcionális átalakítás, rekonstrukció, bővítés). Ezek a pályázatok vonatkoznak továbbá a tárgyi eszközbeszerzésre, az informatikai rendszer fejlesztésére, illetve eszközfejlesztésére, az integrált központokban szolgáltatást nyújtó szakdolgozók képzésére, továbbképzésére, amennyiben ez az igény az infrastruktúra és a tárgyi eszközbeszerzéssel együtt jelenik meg. Az integrált járóbeteg központok fejlesztésére vonatkozó pályázatok („B” komponens) vonatkozhatnak: a kistérségi járóbeteg szolgáltató központok megvalósíthatósági tanulmányainak kidolgozására, az építészeti tervek elkészítésére, a szakrendelők felújítására, bővítésére és átépítésére, különösen indokolt esetekben tömbösítésére. Továbbá ez a pályázat vonatkozik még a járóbeteg ellátó infrastruktúra keretei között működő, integrált alapfokú egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére, az új orvos-technológiai gép-műszerek, orvos-ápolási eszközök, korszerű diagnosztika beszerzésére, az informatikai rendszer kiépítésére és eszközfejlesztésére. (E támogatási konstrukció keretében az eszközfejlesztés csak az épület infrastruktúra együttes fejlesztésével támogatható.)

A Dél-Dunántúli Regionális Operatív Program 3. Prioritás - Humán közszolgáltatások fejlesztése „Akcióterv”-ben (2007. május 25.) (DDROP -DDAT) meghatározott pályázati támogatási jogosultsági feltételeket, valamint az értékelési szempontokat az egészségügyi infrastrukturális fejlesztések vonatkozásában, az alábbiak szerint mutatjuk be:



DDROP - DDAT „A” komponens - Integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális központok - jogosultsági (általános kategóriák a DDAT I. számú melléklete szerint) feltételek:

- Mikrotérségi szinten az integrált intézmény tevékenysége minimum az egészségügy és a szociális ellátás területére kell, hogy kiterjedjen. Térmaterületenként a kötelező önkormányzati feladatok mellett még legalább további két - amennyiben reális szükségletekkel alátámasztott - szolgáltatás megszervezése kötelező.
- A szervezeti integrációval kapcsolatos követelményeknek megfelelő intézmények, a következő szolgáltatások infrastrukturális fejlesztéseinek támogatására jogosultak:
 - **Egészségügy területén:** felnőtt és gyermek háziiorvosi rendelő, védőnői szolgálat, otthoni szakápolás, prevenció és szűrés infrastruktúrája és a tevékenység lebonyolítása, gyógyszerár, ügyeleti ellátás, kommunikációs pont (informatika), egyszerűsített járóbeteg ellátás keretein belül mozgásszervi ellátás (gyógytorna).
 - **Szociális ellátás területén:** minimumszolgáltatások körében a szociális alapszolgáltatások: étkeztetés, házi segítségnyújtás, családsegítés, nappali ellátások, (idős célcsoporton kívül, a helyi szükségleteknek megfelelően fogyatékosok, demens betegek, szenvedélybetegek, pszichiátriai betegek, hajléktalan személyek számára is elérhetővé tenni a szolgáltatást). Továbbá a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgálat, közösségi ellátások, a gyermekjóléti ellátások közül a gyermekjóléti szolgáltatás, valamint a gyermekek napközbeni ellátásának integrált, mikrotérségi szintű szervezése és ellátása. A minimum tartalom felül a helyi körülményektől, (pl.: megközelíthetőség) szükségletektől és az igényektől függően szervezhető egyéb szolgáltatások: alternatív napközbeni gyermekfelügyelet (nem intézményes forma) biztosítása, átmeneti elhelyezést nyújtó ellátások.
- A fenti szolgáltatási lista ugyan indikatív, azaz a helyi szükségletek, igények szerint kisebb eltérések a felsoroltakhoz képest lehetségesek, ugyanakkor az intézkedés a fenti lista szerinti szolgáltatási kört meghaladó szolgáltatások nyújtásához szükséges infrastruktúra kialakítási költségeit már nem finanszírozza. Egy „mikrotérségi központ” projekt tehát nem feltétlenül tartalmazza a fentiek szerinti teljes tartalomhoz szükséges infrastruktúrát, hanem a helyi igények, valamint a lehetőségek alapján a



fenti lista szerinti szolgáltatásokból alakítja ki a központ a szolgáltatási profilját és az ehhez szükséges infrastruktúrát, betartva a vonatkozó törvényi előírásokat.

- A tervezett mikrotérségi központok, abban az esetben jogosultak a pályázati források elnyerésére, amennyiben **szervezetileg a mikrotérségi központok:**
 - jelenthetnek egy, a mikrotérség központi településén működő többcélú intézményt, amelynek szakmailag önálló intézményegységei a székhelytelepülésen vannak,
 - jelenthetnek egy, a mikrotérség központi településén alakult többcélú intézményt, amelynek szakmailag önálló intézményegységei a székhelytelepülésen kívül más településen, vagy településeken is működnek,
 - jelenthet egy, a kistérség (amelyben a mikrotérség található) központi településén működő többcélú intézményt, amelynek szakmailag önálló intézményegysége a székhelytelepülésen kívül, a mikrotérség központjában működik és ellátási területe a mikrotérség minden településére kiterjed.
- A szerveződő mikrotérségi szolgáltató központok pályázói nyilatkoznakban vállalják, hogy a TIOP, Innovatív, integrált térségi szolgáltatások létesítése konstrukció forrásaira igényt nem tartanak.
- Amennyiben a mikrotérségi központ székhelytelepülésén az Országos Mentőszolgálat TIOP forrásból ismerten mentőállomást kíván telepíteni, úgy a pályázónak kötelező megvizsgálnia a szakmai együttműködés és a közös infrastruktúra kialakításának a lehetőségét, s ennek részleteit az előzetes megvalósíthatósági tanulmányban tárgyalni.
- A pályázó nyilatkozikban vállalja, hogy a fejlesztett infrastruktúrában minimum 5 évig szociális alapszolgáltatást és egészségügyi alapellátást biztosítani fog. A pályázó igazolja a szükséges önerő meglétét.

DDROP - DDAT „B” komponens - Integrált járóbeteg központok fejlesztése - jogosultsági feltételek:

- A létrehozandó emelt szintű (R1) járóbeteg szakellátó központ a regionális járóbeteg szakellátási hálózat részeként működik, (a megvalósítást követően fog működni) teljes körűen betöltve a kompetencia szintjének megfelelő funkciókat, szakmailag kiegészítve és koordinálva az alapszintű szakellátók munkáját.
- A fejlesztési tervezett intézményi integrált informatikai rendszer kapcsolódik a régióban már kialakított egészségügyi informatikai rendszerhez olyan módon, hogy a HEFOP 4.4. keretében megvalósult intézményközi információrendszerhez való



csatlakozásra alkalmas (olyan járóbeteg szoftver választása, amelyhez a 4.4. illesztés készen van, vagy a fejlesztő vállalja az illesztés megvalósítását)

- Egy kistérségből egy pályázat nyújtható be, egy már működő járóbeteg központ fejlesztésére.
- A pályázatnak rendelkeznie kell a többcélú kistérségi társulás támogató nyilatkozatával, a pályázatnak rendelkeznie kell érvényes OEP szerződéssel, a pályázatnak rendelkeznie kell a Dél-Dunántúli Regionális Egészségügyi Tanács támogató nyilatkozatával.
- A kedvezményezett vállalja a létrehozott intézmény működtetését, a megvalósulást követő 5 évig. A szakmai együttműködéseket, a partnerséget megállapodásban kell rögzíteni. A pályázónak igazolnia kell a szükséges önerő meglétét.
- Az Integrált járóbeteg központok működtetésére vonatkozó és biztosítandó kötelező tartalmi elemek:
 - A járóbeteg szakellátás teljes vertikumának biztosítása (megelőzés, gyógyítás, gondozás, rehabilitációs tevékenység, legalább 6 szakmacsoportban nyújt szolgáltatást, amely tartalmazza a 4 lapszakmát).
 - Diagnosztika (labor, képalkotó diagnosztika)
 - Nappali kórházi részlegek.
 - Egynapos ellátás nyújtása. (sebészet, diagnosztika, terápia)
 - Terápiás ellátások (pl.: fizioterápia) nyújtása.
 - A területi egészségfejlesztés központja, a népegészségügyi program helyi aktivitásainak színtere, „Pulzus prevenciós pont”.
 - Otthoni szakápolás nyújtása és vagy szervezése.
 - Ellátás szervezési feladatot lát el, koordináló szerepet tölt be a térség lakosainak betegút szervezésében, a térség szolgáltatói körében.
 - Széles partneri kapcsolat kiépítésével szorosan együttműködik az alapellátással, a szociális ellátórendszerrel (pl.: szociális munkás, közösségi gondozó, falugondnok), a civil szervezetekkel, egészségügyi és szociális szolgáltatókkal, oktatási intézményekkel.
 - Egységes info-kommunikációs szolgáltató egységet működtet (intézményi és intézményközi, központi alapellátási ügyelettel, háziorvosi szolgálatokkal).
- A kötelező tartalmi elemek/szolgáltatások együttműködési szerződés formájában is biztosíthatóak - csak járóbeteg és kórházi infrastruktúrával rendelkező kistérségekben és csak a kistérség intézményei között - amennyiben ez szakmailag indokolt.



Az Integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központok, valamint az Integrált járóbeteg központok fejlesztésére benyújtott pályázatok értékelésének szempontjai szerint előnyt élveznek azok a pályázatok:

- „A” komponens - Integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szolgáltató központok,
 - amelyeknél az egészségügyi és a szociális ágazati szolgáltatások integrációjának mértéke és az abban résztvevők száma magas,
 - amelyeknél az integráció kiterjesztési és továbbfejlesztési lehetőségei jelentősek, illetve a kedvezményezett integráció melletti elkötelezettség erős,
 - amelyeknél az integrált működés és infrastruktúra fejlesztés működési költségeket csökkentő hatásának mértéke bizonyítottan magas,
 - amelyeknél a létesítményben nyújtható szolgáltatások várható száma magas, minősége és összehangolásának mértéke kiváló,
 - amelyeknél biztosítható a bekapcsolódás a kistérségi, illetve megyei, regionális szintű szakmai együttműködésbe,
 - amelyeknél igazoltan civil szervezeteket vonnak be a működésbe,
 - ahol a fejlesztés alapjául szolgáló központ barnamezős területen, vagy használaton kívüli meglévő ingatlan hasznosításával történik,
 - ahol a szolgáltatásokhoz való hozzáférés közösségi közlekedéssel, falugondnoki szolgálattal támogatott.
- „B” komponens - Integrált járóbeteg központok fejlesztése során előnyt élveznek azok a pályázatok, amelyek gazdaságossági és szükségleti okok miatt, a következő opcionális szolgáltatási elemeket tervezik,
 - otthoni ellátások nyújtása és/vagy szervezése (házi szakápolás, hospice)
 - amely kistérségben jelenleg nem működik területi kórház,
 - ahol az intézmény vállalja a kistérségi központi alapellátási ügyelet működtetését,
 - ahol biztosítottak a terápiás ellátások,
 - ahol a kistérségben mentőállomás működik,
 - telemedicina biztosítása,
 - gyógyszerár, gyógyászati segédeszköz üzlet és/vagy kölcsönző működtetése,
 - kiegészítő infokommunikációs eszközök működtetése (mobil szolgálat, internet elérhetőség, hazái jelzőrendszer, tanácsadó)



- ahol vállalják a képzés és továbbképzés feladatait, illetve a laikusok képzését végzi (pl.: roma egészségőrök és telepi tanácsadók,
- ahol az intézmény területe túlnyúlhat a kistérségen, kiegészítve az alapszintű ellátással bíró kistérségek ellátását.

A Dél-Dunántúli régióban, a DDROP - DDAT szerint a egészségügyi és a szociális szolgáltatások fejlesztése konstrukció keretében létrehozott integrált (egészségügyi és szociális) szolgáltató központok („A” komponens) számának célértéke 2007 - 2015 közötti időszakban összesen 15 szolgáltató központ, ebből 2008-ban 7 szolgáltató központ és 2010-ig további 8 szolgáltató központ kerül majd támogatással kialakítása. Az egészségügyi és a szociális ágazat ellátásait (szolgáltatásait) integráló szolgáltató központokban a szociális ellátással elért lakosság számának növekedését illetően a 2007. év bázisán (100 %), 2008-ban 104 %-ra, 2010-ben 110 %-ra és 2015-re 115 %-ra emelendő a lakosság száma. A konstrukció keretében támogatott egészségügyi létesítmények (kistérségi integrált járóbeteg központok) száma 2007-ban 3 intézmény, majd 2015-ig további 6 intézmény, összesen 9 intézmény. Az egészségügyi és szociális szolgáltatások keretében a minőségi járóbeteg szakellátásban ellátottak lakossági számának növekedése (a fejlesztéssel érintett szakrendelések esetén) a célérték szerint 2008-ban 50 ezer fő, 2010-ben 160 ezer fő, 2015-ben, pedig már 259 ezer fő a Dél-Dunántúli régióban. A DDROP - DDAT 3.1.3. pontja szerinti támogatási konstrukció mellett megvalósuló egészségügyi és szociális szolgáltatások fejlesztésének indítási időpontja 2007. július/szeptember, a konstrukció zárásának időpontja 2008. december 31. A DDROP - DDAT 3.1.3. pontja szerinti konstrukcióban megvalósuló egészségügyi és szociális szolgáltatások fejlesztésének támogatásai - az OP végrehajtás során az allokációs döntések meghozatala előtti eljárásban - kétfordulós pályázattal érhetőek el. Ez egy olyan pályázatos projekt-kiválasztási eljárástípus, amely során először előzetes projekt javaslat, majd amennyiben az alapján indokolt a projektjavaslat részletes kidolgozása - majd a részletes projektjavaslat kerül kidolgozásra. (Ez a megoldás elsősorban a komplexebb, viszonylag magas előkészítési költségeket, illetve projektfejlesztést igénylő projektek esetében kerül alkalmazásra). A Csurgói kistérség egészségfejlesztési és az egészségügyi ellátórendszeri fejlesztéseinek projektjei tehát a Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP), a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP), valamint a Dél-Dunántúli Regionális Operatív Program (DDROP) kistérségi egészségügyi infrastrukturális fejlesztéseit támogató konstrukciójú programokra épülnek, e programok szakértői szintű, valamint társadalmi szintű egyeztetései a tanulmány készítésének időszakában éppen folyamatban voltak, illetve vannak.



2. A megbízás tárgya és módszertana

A Csurgói Többcélú Kistérségi Társulás (8840 Csurgó, Széchenyi tér 2. sz., képviselőjében eljár: Szászfalvi László elnök, mint Megbízó) Megbízási Szerződés keretében megbízta a Kató és Társa 2003. Tanácsadó Kft.-t (1133 Budapest Váci út 110. képviselőjében eljár: Kató Gábor ügyvezető igazgató, mint Megbízott) a Csurgói Többcélú Kistérségi Társulás Egészségfejlesztési Programjának kidolgozásával. A Megbízási Szerződésben foglaltak szerint a megbízás tárgyát képezték a következő szakértői tanulmányi tartalmi elemek kidolgozása:

- 1. 1. A kistérségi egészségpolitika és az azt szolgáló kistérségi egészségfejlesztési programok stratégiai céljai, tényleges népegészségügyi feladatai és lehetséges beágyazódásai, valamint összefüggései a II. Nemzeti Fejlesztési Terv egészségügyi ágazatot érintő fejlesztéseivel. A kistérségi egészségpolitikai helyzetének és gyakorlati teendőinek azonosítása a koncepcionálisan változó hazai egészségpolitikában és az annak mentén átalakuló egészségügyi ellátórendszerben.
- 1. 2. A kistérségi egészségpolitika jelene és jövője a hazai egészségpolitikában. A hazai kistérségi egészségpolitika szakmai, szervezeti, finanszírozás és irányítási jellemzőinek bemutatása, jövőképe azonosítása, a kistérségi egészségfejlesztési és egészségügyi fejlesztési célok elhelyezése a II. Nemzeti Fejlesztési Terv fejlesztési stratégiáiban.
- 1. 3. A Csurgói kistérség egészségtérképe. A Csurgói kistérség népessége népmozgalmi, demográfiai, szociográfiai, megbetegedési és halálozási mutatóinak elemzése és értékelése, valamint összefüggéseik feltárása, az egészség, az életminőség, az egészségügyi állapot tényleges kistérségi igényei és szükségletei jelenlegi és várható helyzetének azonosítása és meghatározása.
- 1. 4. A Csurgói kistérség egészségügyi infrastruktúrája. A Csurgói kistérség egészségügyi alapellátási és szakellátási rendszerének bemutatása, a térségi területi ellátás és a területi ellátási kötelezettség, valamint az ellátási lefedettség elemzése és értékelése, az alapellátás és a járóbeteg szakellátás jelenlegi együttműködési rendszerének áttekintése, a kistérségi beteg utak, a betegirányítás és a fekvőbeteg szakellátási háttér betegút-térkép szerinti bemutatása.
- 1. 5. A Csurgói kistérség egészségfejlesztési céljainak, lehetőségeinek és javasolt programjainak bemutatása. A népegészségügyi szempontból meghatározó kistérségi egészségkárosodások, egészségkockázatok azonosítása, az ezekre épülő lakossági egészségfejlesztés egyéni és közösségi színtereinek meghatározása, az



önkormányzatok feladatainak és szerepeinek, valamint teendőinek meghatározása a települési népesség egészségfejlesztésében. A betegségek elsődleges és másodlagos megelőzésében jelentkező feladatok szakmai, szervezeti és szervezési teendőinek azonosítása, a kistérségi egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programok finanszírozásának és az ezekhez kapcsolódó fejlesztési lehetőségeknek, valamint az igénybe vehető forrásoknak a bemutatása.

- 1. 6. A Csurgói kistérség egészségügyi ellátásainak fejlesztési programja. A kistérségi Egészségügyi Központ szakmai-szervezeti-finanszírozási célmodelljének elkészítése, a kistérségi alapellátás és a járóbeteg szakellátás integrációjának megtervezése, a kistérségekkel való egészségügyi együttműködési és munkamegosztási tervezés elkészítése és a kistérségi egészségügyi ellátórendszer fejlesztésének egységes szerkezetben történő bemutatása.
- 1.7. Összefoglaló elkészítése, a konkrét javaslatok kidolgozása. A kistérségi egészségtérkép, az egészségügyi infrastrukturális és betegút-térkép, az egészségfejlesztési és az egészségügyi fejlesztési stratégiai célok, feladatok és programok és munkamegosztások jellemzőinek összefoglalása, javaslat a kistérségi egészségügyi integrációra, a betegút tervezésre, a kistérségi Egészségügyi Központ célmodell szakmai-szervezeti-finanszírozási működésére, az önkormányzati és a társulási feladatokra és munkamegosztásokra, valamint a II. NFT kistérségi fejlesztési lehetőségeire.

A Megbízási Szerződésben foglaltak szerint, a Megbízott, a megbízás tárgyában foglaltak megvalósítása érdekében, a következő munkamódszert (metodikát), munkaeljárásokat, tervezési, szervezési, elemzési-értékelési eljárásokat alkalmazta:

- A Csurgói Többcélú Kistérségi Társulás Egészségfejlesztési Programja a Megbízott szakértői (stratégiai tervező csoport) projektcsoportjának team munkájában készült, amelynek tevékenységében az orvos és finanszírozási szakértő, ápolási, valamint építészeti - orvostechikai - informatikai szakértők vettek részt, a tanácsadó cég vezetőjének konkrét megbízása alapján. A szakértői tanulmánnyal összefüggő előkészítő munkálatokat, valamint a szakértői tanulmány „első olvasatú” előkészítését, majd az egységes szakmai tanulmányi szerkezetben történő beszerkesztését a cég egészségügyi stratégiai üzletága vezette, szervezte és irányította, a cég szakértői stábjának szakirányú közreműködésének és együttműködésének felhasználásával.



- A kistérségi egészségfejlesztési programot átfogó és felölelő szakértői tanulmány előkészítő munkálatai alapvetően három érdemi vizsgálati területre terjedtek ki, nevezetesen a Csurgói kistérség azonosítására, működésére és jellemzőire vonatkozó írásbeli dokumentumok tételes vizsgálatára, átfogó tanulmányozására és értékelő elemzésére, a jelenlegi helyzetfeltárás alapját és egyben kiindulási pontját is képező dokumentális forráskutatásra, a kiterjedt egyoldalú és többoldalú, valamint többcélú helyszíni konzultációkra és vezetői, kistérségi irodai szintű szakértői egyeztetésekre, valamint a kistérség helyszíni bejárására.
- A Csurgói kistérségre vonatkozó dokumentumok rendszerező jellegű áttekintésekor alapvetően az érvényes és hatályos, a jogi és intézményi szabályozásokra vonatkozó, a működési jogállást és a működési jogviszonyokat azonosító, az eredetiekből fénymásolással készült (vagy letöltött Word-szövegfájl formátumban átadott) dokumentumokat vettük figyelembe, követve azok szabályozási jellemzőit és összefüggéseit, kapcsolódási pontjait, valamint viszonyukat a számunkra azonosítható tényleges kistérségi (főleg egészségügyi vonatkozású) ellátási gyakorlatokhoz.
- A szakértői munka szerves részeként kiterjedt és nagyszámú, többoldalú és többcélú folyamatos helyszíni konzultációkra került sor, amelyek közül kiemelkedők voltak a Csurgó Város Polgármesterével, valamint a város és a polgármesteri hivatal vezetőivel történő egyeztetések, a Csurgói kistérség Polgármestereivel való konzultációk, a kistérségben dolgozó háziorvos kollégákkal való csoportos és személyes konzultációk, valamint a kistérségi iroda munkatársaival és az intézményvezetőkkel történt egyeztetések. A szakértői tanulmány előkészítésének további szerves részét képezte a kistérség egészének, lényegében valamennyi településének megtekintése, részben azok helyszíni bejárása, a háziorvosi rendelők (védőnői rendelők) elhelyezésének megtekintése, a rendelési idők, illetve a rendelő háziorvos kollégák személyének azonosítása, a kistérség közlekedési viszonyainak áttekintése, az útviszonyok, az elérhetőségek és a közforgalmi megközelíthetőségek vizsgálata, valamint a Csurgói Városi Önkormányzat tulajdonában, fenntartásában működő Városi Egészségügyi és Szociális Intézmények teljes körű megtekintése, tevékenységeinek tételes áttekintése és tanulmányozása.

A szakértői tanulmány elkészítésének teljes folyamatában a cég szakértői csoportja élvezte a Kistérségi Iroda és a Csurgó Városi Önkormányzat Polgármesteri Hivatala vezetőinek és munkatársainak, valamint a kistérségi háziorvos kollégáknak a folyamatos és igen szakszerű támogatását, melyért ezúton is köszönetünket fejezzük ki minden munkánkat segítő érintettnek.



3. A Csurgói kistérség egészségtérképe

3. 1. A Csurgói kistérség területi elhelyezkedése és természeti jellemzői...



A Csurgói kistérség területi elhelyezkedését illetően, a Belső-Somogy tájegységen belül, a Közép-Dráva Völgyben található, a Kelet-Zalai dombság és a Nyugat - Belső Somogy dombságának találkozásánál. Észak - Nyugat felől a Zalai Dombvidék legdélibb szélének tekinthető csurgói szőlőhegy, Dél - Kelet felől a belső somogyi terület határolja, ami sík és homokos terület. (Szenta - Berzence), végül Dél - Nyugatról a Dráva árterülete, a berek határolja (Sarkad-Lankóc-Gyékényes). Somogy megye egyik legkisebb tájegységének természetes hataraként dél felől húzódik a Dráva folyó. A Csurgói-dombság kialakításában meghatározó szerepet játszott a területén végighaladó erősen kanyargó Dráva folyó, amelynek árterületén, a bányatavakkal együtt a meglévő kavicsréteg kitermelése folyik. A táj valamivel magasabb a Marcali-hátnál és felszíne élénkebb, változatosabb, Csurgó átlagosan 140-150 méter tengerszint feletti magasságban fekszik, a kistérségben Őrtilosnál jutunk el a környék legmagasabb pontjára, a 246 méter magas kiemelkedéshez. A Csurgoi kistérség földrajzilag jelentősebb mikrokörzetei a Dráva-Völgye: (Őrtilos, Zákányfalu, Zákány, Gyékényes, Somogyudvarhely, Berzence), Zalai - Dombság Dél-Nyugati nyúlványa (Csurgó, Porrogszentkirány, Porrog, Porrogszentpál, Somogybükkösd, Csurgónagymarton, Pogányszentpéter), Belső-Somogy Nyugati tájegysége (Szenta, Somogyicsicsó, Iharosberény, Iharos, Inke). A kistérség különleges helyzete és földrajzi fekvése (a kistérségben lényegében három tájegység találkozik, így mindhárom terület hatása érvényesül a térség időjárásának alakításában) miatt az éghajlata is eltér a megye többi területétől, sőt országosan is egyedülálló a mikroklimája. A legfontosabb és a legjellemzőbb a sok csapadék (évi 800 mm felett), ami az Adriai-tenger közelségének tudható be, általánosan is igaz, hogy a kistérség éghajlatában a mediterrán hatások igen erősen érvényesülnek. A hőmérséklet kiegyenlítettebb, mint a Zala megyei közeli Nagykanizsáé, a kistérségben mindig melegebb van, mint a megjelölt városban. A berek közelsége oka a levegő magas páratartalmának, ezért a kistérségben sok ködös reggel van, de még nyáron is nagy a harmatképződés. A kistérség sok és sokféle növényzete, kiterjedt erdőterületei, az erdők közelsége jó és tiszta levegőt biztosít, a kistérségben sok a csapadék és a mélyben lévő



vízvezetékek eddig még biztosították a legnagyobb szárazságban is a térség vízellátását. A környezet és a természetvédelem oldaláról megállapítható, hogy kistérségben ezt a területet mindenképpen kiemelten kell kezelni. A kistérségben a védetté nyilvánított területek aránya 10,4 % (5176 ha), ez ugyan magasabb, mint a Somogy megyei 4,8 % és az országos 8,2 %-os átlagnál is, viszont a környezetvédelmileg érzékeny területek aránya 51,4 % (25 499 ha), amely csaknem háromszorosa a megyei átlagnak és hat és félszerese az országos átlagnak. A zonális környezetvédelmi programok által érintett területek aránya 54,6 % (26 908 ha), amely valamivel alacsonyabb a megyei és az országos átlagnál. A természetvédelmi oldalon álló területek közül a Duna-Dráva Nemzeti Park aránya a legjelentősebb. A Nemzeti Park (5 164 ha) kistérségi területéből 31,5 % (1 629 ha) fokozottan védettnek tekinthető.

3. 2. A Csurgói kistérség településszerkezete és közigazgatási rendszere...

A Csurgói kistérség 496,19 km²-es területével Magyarország Dél-Nyugati részén a Belső-Somogy tájegységben fekszik, a Marcali, a Barcsi és a Nagyatádi kistérségek övezetében. Somogy megyében az egyik legkisebb térségnek számít, a Dél-Dunántúli régió területének 3,5 %-át, a megye területének 8,2 %-át öleli fel. A kistérség központja Csurgó város, amely Nagykanizsától 25 km-re, Kaposvártól 60 km-re, Budapesttől, pedig 260 km-re helyezkedik el. A Csurgói kistérség 18 településből áll, amelyből egy városi, egy nagyközségi és 16 községi rangú, a kistérségen belül jelenleg 4 körjegyzőség működik. A Csurgói kistérség meghatározó közigazgatási és közellátási súlyú központja Csurgó városa, a kistérség további 17 községi jogú települései: Berzence, Csurgónagymarton, Gyékényes, Iharos, Iharosberény, Inke, Örtilos, Pogányszentpéter, Porrog, Porrogszentkirály, Porrogszentpál, Somogybükkösd, Somogyicsicsó, Somogyudvarhely, Szentá, Zákány, Zákányfalva. Az ország Dél-Nyugati határterületének közvetlenül a Horvátországhoz közvetlen közel eső részében, a Vas megye és Somogy megye határán elhelyezkedő kistérségben, a kistérségi települések a kistérségi központ körül egy kb. 25 km-es sugarú körben helyezkednek el. A térség lakóinak 30 %-a városban, 70 %-a pedig a kistérség községeiben él. A KSH adatbázisa szerint Csurgó város lakónépességének száma 2006. január 1.-én 5 581 fő volt, a kistérségben lévő 7 település lakónépességének száma 500 fő alatti, illetve 4 településnek, pedig 500 - 1000 fő közötti volt a lakónépesség száma. Somogy megye városai közül Csurgó a legkevésbé fejlettek közé tartozik, ez részben a határ menti elhelyezkedésének is köszönhető, jelenleg a kistérség 18 települése közül 5 település a közlekedési végponton fekvő „zsáktelepülés”-nek tekinthető. A



2001. évi Köztársasági Elnöki szabályozás értelmében Zákány település a 2002. évi önkormányzati választásokat követően Zákány és Zákányfalu településekre kettévált.

3. 3. Épített környezet, kulturális örökség, közlekedési viszonyok...

A kistérségi települések (alapvetően és hagyományosan erdőgazdasági, valamint mezőgazdasági területbe épülve) épített környezetét Csurgó (1989 óta) város vonatkozásában a városias (inkább „városiasodó”), a többi kistérség település vonatkozásában a Dunántúli (sajátosan Somogy megyei) községi jellegű, alapvetően a tájba illeszkedő és azzal harmonizáló épített környezet jellemzi. A KSH adatbázisában foglaltak szerint 2005-ben a Csurgói kistérségben a 100 lakásra jutó lakosok száma 253,9 volt, amely közel azonos a Nagyatádi és a Barcsi kistérségek adataival és nagyobb volt, mint a Somogy megyei átlag. 2005-ben, az épített lakások 10 ezer lakosra jutó száma 13 volt, amely kedvezőbb, mint a Barcsi kistérség mutatója, de igen jelentősen elmarad a Somogy megyei kistérségek mutatóitól, valamint a megyei átlagmutatótól. A kistérségben 2000 - 2005 közötti időszakban épült lakások a 2005. évi lakásállománynak csak mindössze 2 %-át tették ki, amely igen alacsony „építési kedvnek” felel meg, alatta marad a környezető kistérségek mutatóinak és lényegesen alatta marad a Somogy megyei átlagnak is. (A kistérségi mutató az országos átlagnak a legalsóbb szintjén helyezkedik el.) 2005-ban, a közüzemi vízhálózatba bekapcsolt lakásállomány a teljes kistérségi lakásállomány 91,9 %-át tette ki, amely jóval alatta maradt a Somogy megyei kistérségek mutatóinak, a megyei és az országos átlagnak. A Csurgói kistérség közüzemi szennyvízhálózatba bekapcsolt lakásainak aránya a 2005. évi kistérségi lakásállomány mindössze 31,5 %-át tette ki, amely egy igen alacsony szintű ellátottságnak felel meg, ez a mutató - a Tabi kistérség kivételével - igen jelentősen alatta marad a többi Somogy megyei kistérség mutatójának és az országos átlagnak is. A kistérségben a 1 km hosszú közüzemi vízhálózatra jutó közüzemi szennyvízcsatorna-hálózat hossza 2005-ben mindössze 357 m volt, amely mélyen alatta marad a Somogy megyei átlagnak és országosan a legalacsonyabb mutató szintjén alakult. 2005-ban a Csurgói kistérségben nyilvántartott lakásállomány 38 %-ban volt vezetékes gázfogyasztás, amely a Tabi kistérség kivételével igen jelentősen alatta maradt a többi Somogy megyei kistérség mutatóinak, a Somogy megyei átlagnak és igen jelentősen elmaradva az országos átlagtól, annak csak a legalsóbb szintjén realizálódott. Kedvezően alakult ugyanakkor a rendszeres hulladékgyűjtésbe bevont lakások aránya a kistérségben, azaz 2005-ben a kistérségi lakásállomány 93,4 %-ban volt biztosított a rendszeres hulladékgyűjtés, amely Somogy megyében a Nagyatádi kistérség után a második legjobban megvalósuló kommunális aránynak felel meg, jóval felette a Somogy megyei



átlagnak és az országos átlagnak is. A kistérségi épített környezet meghatározó elemei: az épített környezet „természeti környezetbarátsága”, az alacsony és lassuló (inkább kitelepülő, mint betelepülő) „építési kedv”, a dominánsan falusias (főleg kitelepülési) települési jelleg és lakossági (életmód) életforma, az igen jelentős fokú kistérségi infrastrukturális elmaradottság és egyensúlytalanság, a kistérségi közellátások meghatározó kötődései a kistérségi központ helyét és szerepét betöltő Csurgó városhoz. A kulturális látnivalók tekintetében a kistérség „szegénynek” tekinthető, de sok gazdag felfedezni való történelmi emléket találhatnak az idelátogatók a térségben. A kistérség több műemlékkel is büszkélkedhet, helyi védettségre különösen javasolt épületek vannak a kistérség szinte mindegyik településén. A kistérség egyetlen állandó kiállítóhelye a Csurgói Városi Múzeum, folyamatban van, illetve megvalósult a gyékényesi helytörténeti kiállítás összeállítása. A Csurgó városban működő és nagy történelmi múltú és hagyományú Református Gimnázium könyvtára bejelentkezésre, a gimnázium parkja (A Festetics kapuval, a Csokonai paddal és Csurgó elhunyt nagyjainak emléket állító Panteonnal) szabadon látogatható. A környékbeli kastélyok jelenleg közintézményként (iskola, szociális betegotthon, faluház) funkcionálnak, ilyenek az iharosberényi Inkey-kastély, a berzencei volt Festetics-kastély, az inkei Rohonczy-kastély, a somogybükkösdi Perczel-kastély és zákányi Zichy-kastély - ezek mindegyike komoly mértékű restaurációra szorul. A Csurgói kistérség nemzetközi kapcsolatainak fő hordozói a pán-európai korridorok, amelyek célja a Közép-Kelet, valamint a Kelet-Európai, valamint az EU országokkal való összeköttetés megteremtése. E korridorokon elsősorban a határátkelőhelyek közvetlen térségében épülnek ki, az új inter- és multimodális, közúti és vasúti logisztikai és ipari központok. Csurgó város Magyarország Dél-Nyugati határán, az V. transzeurópai korridoron helyezkedik el. Ennek fő ága (V/a) a Lvov - Budapest - Ljubjanka - Trieszt - Velence irányú, amelynek egyik fő eleme a Budapest - Nagykanizsa - Tornyiszentmiklós (Szlovénia) útvonalú M7-es autópálya/gyorsforgalmi út. A Csurgói kistérségben keletkező és oda irányuló személy és áruforgalom számára jelenleg nem áll rendelkezésre semmilyen gyorsforgalmi út, amely lehetővé tenné a kistérség gazdasági potenciáljának növelését. A közlekedés elérhetőségét tekintve nagy előrelépés, hogy 2002-ben elkészült, majd aktualizálásra került az Iharosberényt Sanddal összekötő út engedélyezési terve, amely Csurgótól egy 18 km-re lévő 6,5 km-es útszakasz és amelynek megvalósítását követően Budapest és az M7-es elérhetősége mintegy 25-30 km-el csökkenne. A Csurgói kistérség gazdasági és társadalmi fejlődése számára meghatározó jelentőséggel fog bírni az M7-es autópálya „csurgói” leágazásának jövőbeli kiépítése (mint „tőkekapu”) és az autópálya közvetlen elérhetővé válása (a térség számára) a kistérségi központ felől. A V/b. korridor



Fiume - Zágráb - Budapest irányú, ennek egyik fő eleme a Budapest - Pusztaszabolcs - Dombóvár - Kaposvár - Gyékényes - (Horvátország) vasút, a másik pedig az M7-es autópálya leágazó szakasza, Nagykanizsa - Letenye - (Horvátország). E korridorok fő rendeltetése a magisztrális közlekedési kapcsolatok javítása Horvátországgal és Szlovéniával (Zágrábbal és Ljubljanával) és az Észak-Adriai kikötőkkel (Fiume, Trieszt-Koper) és Észak-Olaszországgal. Csurgó városnak az említett vasútvonalon intercity megállóként és szolgáló vasútállomása van és a gyékényesi határátkelő is csak mintegy 10 km-re van a várostól. Az itteni (gyékényesi) állalt és növény-egészségügyi állomás, határátkelő figyelembe vételével nagyszerű lehetőség kínálkozik ebben a térségben egy korszerű logisztikai központ kiépítésére. A gyékényesi közúti határátkelő megnyitásával összefüggően - mely több milliárd Ft-os kistérségi beruházás lenne. - a két kormány tárcaközi bizottságai már tárgyaltak és támogatják a javaslatokat. A kistérségben Berzencén található közúti határátkelőhely Horvátország irányában. A kistérségi közlekedési infrastruktúra kiépítettségének elégtelensége a kistérségi gazdaság fejlődésének egyik legfontosabb akadályát jelenti. A kistérség közúthálózatának hosszú ideje változatlan a minősége, az úthálózat állaga folyamatosan romlik, ugyanakkor a gépjárművek száma folyamatosan emelkedik. A kistérség közúthálózatának sűrűsége a 100 km²-re jutó főút tekintetében durván a fele a megye, mind pedig a Dél-Dunántúli régió átlagának. Az Iharosberény - Sand összekötőút működése tehermentesítené a Nagykanizsa - Kaposvár közutat, ugyanakkor a térség közelebb kerülne a most építendő M7-eshez, így a Balatonhoz, illetve Budapesthez is. Ez a kistérség fejlődésére, egész jövőjére nézve egy olyan meghatározó jelentőségű kistérségi kitörési pont, amelynek jelentősége, a fejlesztés megvalósítása szinte minden kistérségi gazdasági termelő és szolgáltató ágazatra (az egészségügyre is.), illetve ágazati célcsoportra pozitív irányban hatna. Az M7-es autópályától való 20-30 km-es (elérhető) távolság az európai mértékkel mérve is a legideálisabb befektetői, idegenforgalmi helyzetet alakítana ki a kistérségben, biztos foglalkoztatást és lakossági megélhetést teremtve, amelynek igen komoly jövőképi jelentőségű népességmegtartó szerepe és jelentősége is lenne a kistérségben. A kistérség településeinek közúti összekötésében, a kistérségi közforgalmú közlekedésben meghatározó jelentőséggel bír az a Kapos - Volán Rt. valamint a Zala - Volán Rt közlekedési társaságok által üzemeltetett közúti autóbusz közlekedés, a kistérségi autóbusz közlekedéssel a kistérség valamennyi települése, a menetrendszerinti autóbuszjáratokkal elérhetőnek tekinthető. (a kistérségi autóbusz közlekedés elérhetőségi értékelésére a kistérségi egészségfejlesztési programban kitérünk.) Vasúthálózat tekintetében a térségben Inke - Iharosberény, Iharos, Pogányszentpéter, Porrog, Porrogszentkirály, Somogyicsó, Somogybükkösd kivételével

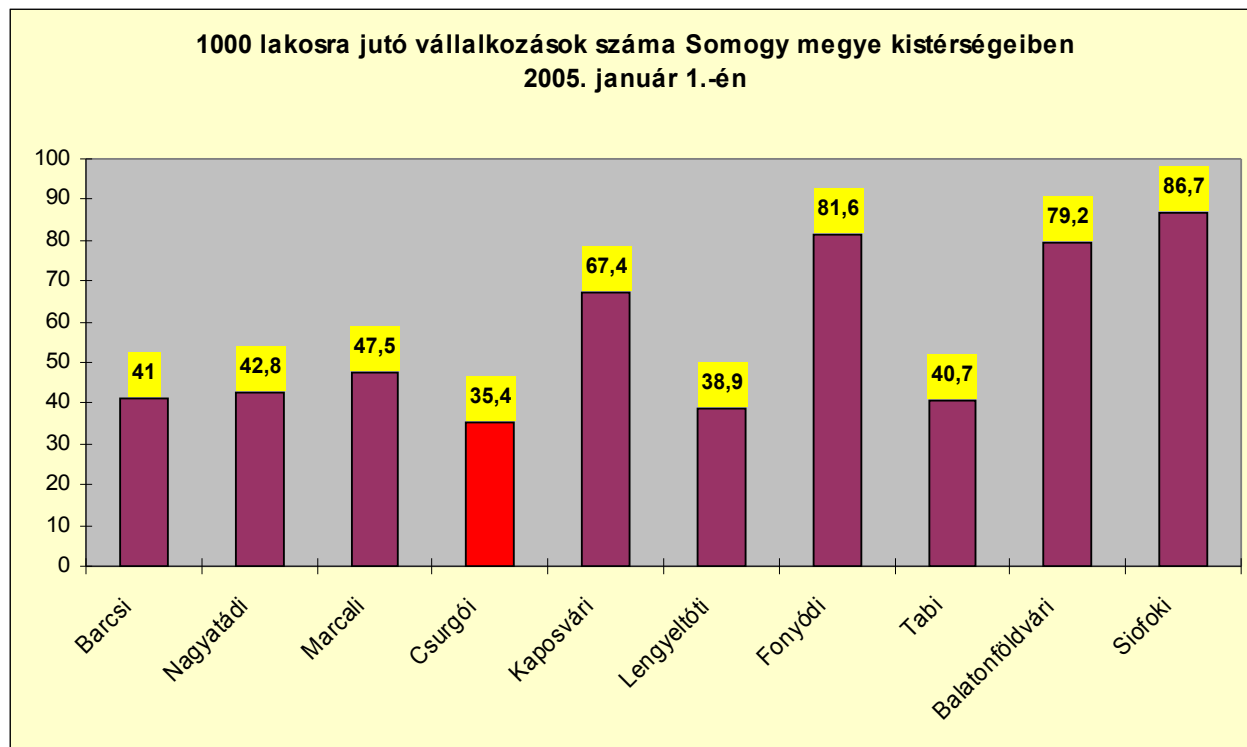


valamennyi település ú.n. vasút-menti település, állomással, illetve vasúti megállóval rendelkezik. A Budapest - Gyékényes - Zágráb vasútvonal villamosítottként működik.

3. 4. A Csurgói kistérség legfontosabb gazdasági és foglalkoztatási jellemzői

A természeti és az épített környezet helyzetének alakulása a kistérségben, a kistérségi életet és életmódot (életlehetőségeket) alapvetően meghatározó közszolgáltatói és magánszolgáltatói infrastruktúra kiépítettségének mértéke, korszerűsége, elérhetősége és lakossági hozzáférhetősége, a lakónépesség számának és életkor szerinti összetételének alakulása, a „kistérségi életminőség” helyzete meghatározóan összefügg a kistérség tőkeellátottságával, a befektető tőke jelenlétével, a vállalkozások számának és tőkeerejének alakulásával, a kistérség gazdasági és gazdálkodási helyzetével és további fejlődésének lehetőségeivel. 2005. január 1.-én Somogy megyében a 1000 lakosra jutó működő vállalkozások száma 61,0 volt, az összes működő vállalkozás 64,8 %-át az egyéni vállalkozások tették ki. Ezen időszakban a Csurgói kistérségben az 1000 lakosra jutó működő vállalkozások száma: 35,4 volt, ebből az egyéni vállalkozások aránya 65,6 % volt. Az alábbiakban, táblázatos formában mutatjuk be a Somogy megyei kistérségek lakosságarányos működő vállalkozásainak alakulását 2005. január 1.-ei helyzetnek megfelelően:

1. ábra

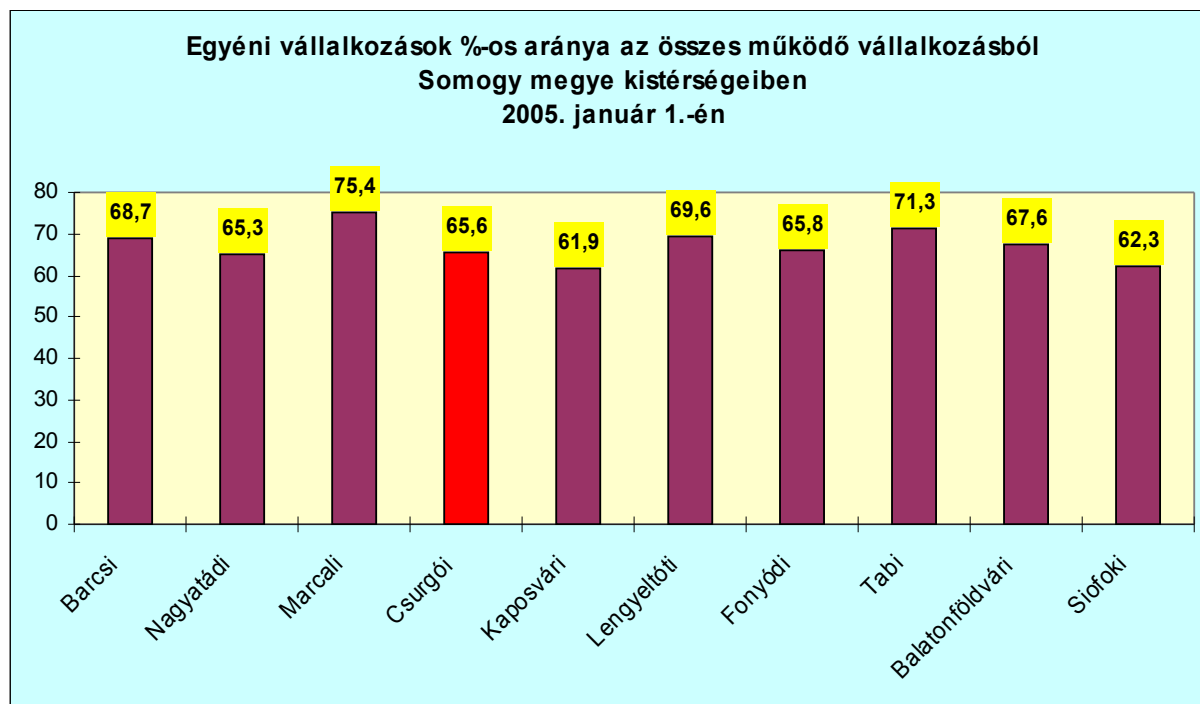


A működő gazdasági vállalkozások tőkeerejét, fejlődő képességét és a kistérségi foglalkoztatásban meghatározott szerepét világosan mutatja az összes működő

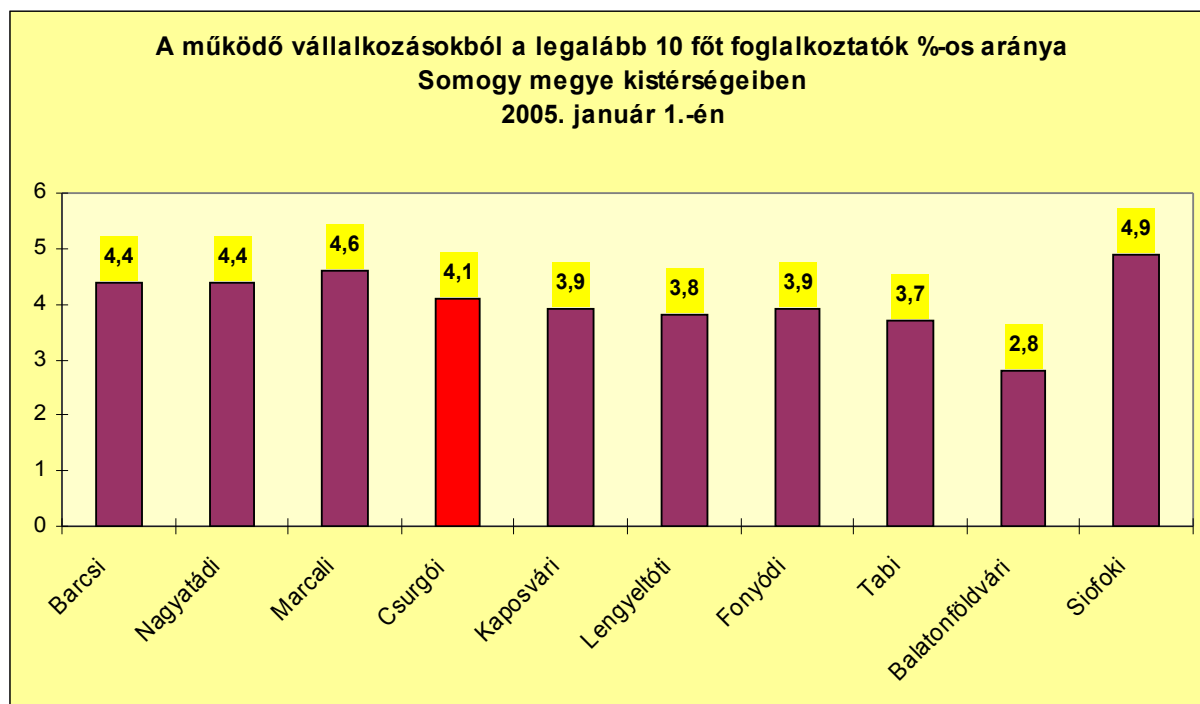


vállalkozásokon belül a társas vállalkozások aránya, valamint a legalább 10 főt foglalkoztató vállalkozások aránya, illetve ezek alakulása:

2. ábra



3. ábra



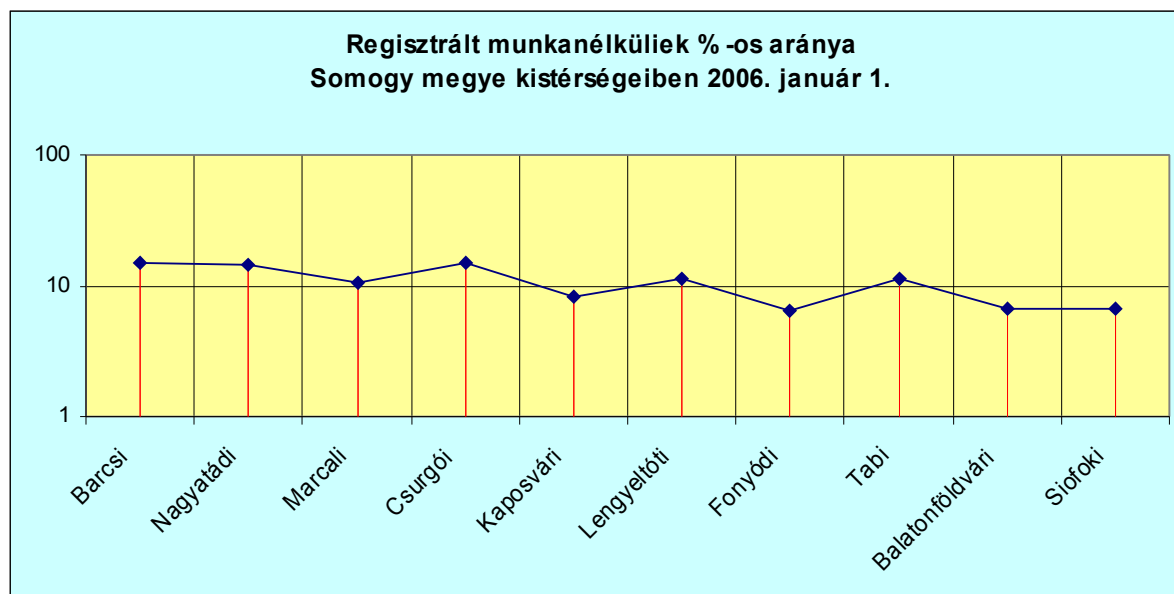
2005. január 1.-én Somogy megyében az összes működő vállalkozáson belül az egyéni vállalkozások %-os aránya 64,8 % volt, közel azonosan a régióban Tolna megyével (64,6 %), miközben 9 %-al magasabb volt ez az arány, mint Baranya megyében (55,8%). Az egyéni vállalkozások aránya Csurgói kistérségben a megyei átlagot meghaladó mértékű volt,



miközben a legalább 10 főt foglalkoztató vállalkozások aránya a működő vállalkozásokhoz képest a kistérségben a Somogy megyei átlagnak megfelelően 4,1 %-os mértékű volt.

A Csurgói kistérség gazdaságában ma is, az egyik meghatározó nemzetgazdasági ágazat a hagyományosnak is tekinthető mezőgazdasági-erdőgazdálkodási ágazat, 2005. január 1.-én a kistérségben működő vállalkozások 17,5 %-a lényegében ezen a gazdasági területen működött. A működő vállalkozások közül ugyanakkor a legtöbb vállalkozás már nem a mezőgazdaságban, hanem a kereskedelem, a javítás, a szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás és a szállítás területén (meghatározóan a szolgáltatói ágazatokban) működött, ebben az időszakban itt tevékenykedett az összes kistérségi működő vállalkozás 34,1 %-a. A kistérség lakossági jövedelmi viszonyai az életminőségen keresztül közvetlenül és nagyon jelentősen kihatnak a lakosság általános (és egyéni) egészségi állapotára, egészségének minőségére, a népesség egészséges életre, való életesélyeire. Ennek mérésére a leginkább alkalmasak a foglalkoztatásra, a munkanélküliségre, valamint a legális és tényleges jövedelmi viszonyokra vonatkozó és az ezek bemutatására alkalmas ismert statisztikai mutatók. A KSH adatbázisa szerint 2006. január 1.-én a Somogy megyében a regisztrált munkanélküliség 9,7 % volt, ugyanebben az időszakban a Csurgói kistérségben a regisztrált munkanélküliség ezt igen jelentősen meghaladóan, 14,9 % volt. Somogy megyében a legnagyobb méretű regisztrált munkanélküliség ebben az időszakban a Barcsi (a Csurgói kistérség regisztrált munkanélküliségével lényegében azonos mértékű - 15,0 %), a Csurgói és a Nagyatádi kistérségben (14,4 %) volt:

4. ábra



Jellemzőnek tekinthető a Csurgói kistérség igen kedvezőtlen foglalkoztatási, munkanélküli viszonyaira, hogy a Munkaügyi Központ Csurgói Kirendeltségének 2007. április 20.-án



kiadott jelentése szerint, a kistérségben a munkanélküliség relatív mutatója már 15,04 % volt, míg a relatív munkanélküliségi mutatónak az országos relatív munkanélküliségi mutatóhoz viszonyított aránya a kistérségre vonatkozóan már igen magas, azaz 2,31 volt. Az alábbiakban a Csurgói kistérségre vonatkozó munkaerő-piaci adatokat mutatjuk be 2007. április 20.-ai időpontra vonatkoztatva:

Településszintű munkaerő-piaci adatok a Csurgói kistérségben I.

2007. április 20.

1. sz. táblázat

Település megnevezése	Lakónépesség száma (2006)	Nyilvántartott álláskereső összesen	Munkavállaló korú népesség száma	Munkanélküliségi ráta (%)
Berzence	2 657	188	1 677	11,21
Csurgó	5 581	529	3 786	13,97
Csurgónagymarton	195	32	105	30,48
Gyékényes	1 048	73	653	11,18
Iharos	510	73	357	20,45
Iharosberény	1 339	129	877	14,71
Inke	1 345	222	816	27,21
Órtilos	656	58	382	15,18
Pogányszentpéter	535	54	321	16,82
Porrog	259	29	159	18,24
Porrogszentkirály	335	53	210	25,24
Porrogszentpál	99	12	62	19,35
Somogybükkösd	100	14	63	22,22
Somogycsicsó	191	23	120	19,17
Somogyudvarhely	1 165	102	759	13,44
Szenta	427	57	310	18,39
Zákány	1 175	99	822	12,04
Zákányfalu	630	39	395	9,87
Összesen	18 247	1 786	11 874	15,04



Településszintű munkaerő-piaci adatok a Csurgói kistérségben II.

2007. április 20.

2. sz. táblázat

Település megnevezése	Lakónépesség száma (2006)	Nyilvántartott álláskereső összesen	Gazdaságilag aktív népesség száma	Mutató 2007 (%-ban)
Berzence	2 657	188	1 021	18,4
Csurgó	5 581	529	2 560	20,7
Csurgónagymarton	195	32	71	45,1
Gyékényes	1 048	73	385	19,0
Iharos	510	73	195	37,4
Iharosberény	1 339	129	528	24,4
Inke	1 345	222	468	47,4
Órtilos	656	58	234	24,8
Pogányszentpéter	535	54	229	23,6
Porrog	259	29	105	27,6
Porrogszentkirály	335	53	117	45,3
Porrogszentpál	99	12	38	31,6
Somogybükkösd	100	14	29	48,3
Somogyicsó	191	23	68	33,8
Somogyudvarhely	1 165	102	459	22,2
Szenta	427	57	209	27,3
Zákány	1 175	99	517	19,1
Zákányfalu	630	39	236	16,5
Összesen	18 247	1 786	7 469	23,9

Településszintű munkaerő-piaci adatok a Csurgói kistérségben III.

2007. április 20.

3. sz. táblázat

Település megnevezése	Lakónépesség száma (2006. 01. 01.)	Folyamatosan nyilvántartott 1 éven túli munkanélküliek száma	Járadék típusú ellátásban részesülők száma	Segélytípusú ellátásban részesülők száma	Rendszeres szociális segélyben részesülők száma
Berzence	2 657	56	31	22	63
Csurgó	5 581	169	109	40	227
Csurgónagymarton	195	11	8	1	16
Gyékényes	1 048	34	6	2	27
Iharos	510	29	6	3	33
Iharosberény	1 339	76	9	6	69
Inke	1 345	130	18	13	144
Órtilos	656	20	2	2	35
Pogányszentpéter	535	21	7	3	22
Porrog	259	11	4	1	16
Porrogszentkirály	335	13	5	1	21
Porrogszentpál	99	4	3	0	3
Somogybükkösd	100	5	2	2	5
Somogyicsó	191	6	3	2	12
Somogyudvarhely	1 165	50	15	10	29
Szenta	427	26	4	4	32
Zákány	1 175	49	13	10	42
Zákányfalu	630	11	3	4	13
Összesen	18 247	721	248	126	809



A Csurgói kistérség lakónépességének 9,63 %-át, a munkavállalói korú népességének mintegy 15,04 %-át, a gazdaságilag aktív korú népességének 29,3 %-át tették ki - a 2007. április 20.-ai regisztrációs állapot szerint. - a kistérségben nyilvántartott álláskereső (munkanélküliek) száma. A kistérség valamennyi településének átlagában meghatározott kistérségi munkanélküliségi ráta, az országos mutató 2,31-szeresének felel meg. Ezekkel a tendenciaszerűen igen kedvezőtlen kistérségi munkaerő piaci mutatókkal a Csurgói kistérség a Dél-Dunántúli régió azon magas munkanélküliségű, társadalmi-gazdasági szempontból többszörösen is igen hátrányos övezetéhez tartozik (Csurgói kistérség, Barcsi kistérség, Nagyatádi kistérség, Sellyei kistérség, Szigetvári kistérség, Sásdi kistérség), ahol a munkanélküliségi ráta (kisebb szóródásokkal) alapvetően az országos munkanélküliségi ráta 2,0 - 2,5-szeresét teszi ki, 2001-től kezdődően és alig változóan, szinte folyamatos trend szerint. A Csurgói kistérségben az 1 éven túl (folyamatosan) nyilvántartott álláskereső aránya a kistérségi összes népességhez képest 3,95 %, az összes munkaképes korú lakossághoz képest 6,07 %, a gazdaságilag aktív népességhez képest, pedig 9,65 %. A kistérségi lakónépesség összesen 6,48 %-a, a munkavállalói korú népességnek, pedig a 9,96 % részesül járadék, illetve segély típusú ellátásokban, illetve rendszeres önkormányzati szociális segélyezésében. A kistérség népességének igen jelentős köre, - a fenti mutatósorok áttekintése alapján - folyamatos, igen jelentős és tendenciaszerűen érvényesülő napi megélhetési problémákkal küzd, jelentős szegénységi típusú életminőségi esélytelenségekkel.

3. 5. A Csurgói kistérség népessége és népmozgalmi jellemzői...

A KSH adatbázisában foglaltak szerint a Csurgói kistérség 18 településén a lakónépesség száma 2006. január 1.-én összesen 18 247 fő volt. Ebben a kistérségben élt a Dél-Dunántúli régió lakónépességének 1,87 %, valamint Somogy megye 2006. január 1.-ei állapot szerinti lakónépességének (329 399 fő) az 5,53 %-a. A Kistérségi Iroda adatszolgáltatása alapján a Csurgói kistérség állandó lakossága 2007. január 1.-én összesen 18 427 fő volt, ebből az állandó lakosú férfinépesség száma 8 850 fő, az állandó lakosú népesség száma, pedig 9 547 fő volt:



Csurgói kistérség állandó lakossága 2007. január 1.-én I.

4. sz. táblázat

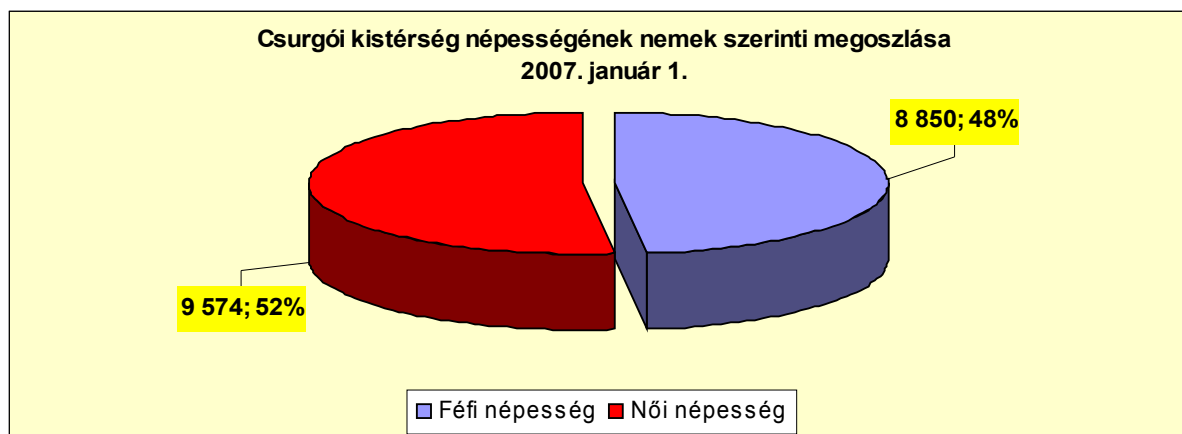
Sorszám	Település	Állandó lakosság összesen (fő-ben)
1.	Csurgó	5 638
2.	Berzence	2 670
3.	Csurgónagymarton	197
4.	Gyékényes	1 060
5.	Iharos	523
6.	Iharosberény	1 388
7.	Inke	1 309
8.	Örtilos	625
9.	Pogányszentpéter	528
10.	Porrog	265
11.	Porrogszentkirály	327
12.	Porrogszentpál	96
13.	Somogybükkösd	106
14.	Somogycsicsó	194
15.	Somogyudvarhely	1 171
16.	Szenta	471
17.	Zákány	1 261
18.	Zákányfalu	595
1.+18.	Összesen	18424

Csurgói kistérség állandó lakossága 2007. január 1.-én II.

5. sz. táblázat

Sorszám	Település	Állandó férfi lakosság összesen (fő)	Állandó női lakosság összesen (fő)	Állandó lakosság összesen (fő-ben)
1.	Csurgó	2 752	2 886	5 638
2.	Berzence	1 208	1 462	2 670
3.	Csurgónagymarton	88	109	197
4.	Gyékényes	514	546	1 060
5.	Iharos	249	274	523
6.	Iharosberény	665	723	1 388
7.	Inke	645	664	1 309
8.	Örtilos	320	305	625
9.	Pogányszentpéter	253	275	528
10.	Porrog	122	143	265
11.	Porrogszentkirály	160	167	327
12.	Porrogszentpál	43	53	96
13.	Somogybükkösd	52	54	106
14.	Somogycsicsó	94	100	194
15.	Somogyudvarhely	562	609	1 171
16.	Szenta	232	239	471
17.	Zákány	606	655	1 261
18.	Zákányfalu	285	310	595
1.+18.	Összesen	8 850	9 574	18424





5. ábra

A Csurgói kistérség állandó (népességének) lakosságának megoszlásából jó látható, hogy a kistérség 18 településéből lényegében két egymástól 8 km-re lévő településen (Csurgó város és Berzence nagyközség) él a kistérségi lakónépesség 45,09 %-a (közelítően fele.), míg a kistérségi lakónépesség 54, 91 %-a él a kistérség további 16 településén. A kistérség 18 településéből 1 település - Csurgó - városi rangú, itt él a kistérségi népesség 30,60 %-a. A kistérség népességének települések szerinti megoszlása világosan mutatja, hogy a népesség mindössze 30 %-a él városban, további 70 %-a pedig a meghatározóan kis népességszámú községi rangú településeken. A kistérségi népesség körében tehát meghatározónak tekinthető a falusias életforma, a meghatározóan kis népességszámú, fogyó és előregedő, - települési jövőjükben meghatározóan Csurgó város jövőbeli helyzetének és lehetőségeinek alakulásától függő. - településen élők falusias létformája. A KSH adatbázisa szerinti - 2006. január 1.-ei állapot - 18 247 fős kiterjedésű lakónépesség a 496,19 km² kiterjedésű kistérségben él, a népsűrűsége 37 fő/km²-nek felel meg. A Csurgói kistérségre jellemző népsűrűségi mutató - kisebb szóródásokkal - közel azonosnak tekinthető a Barcsi, a Nagyatádi és a Marcali kistérségi mutatókkal, valamint a Baranya megyei Sellyei, Szigetvári és Sásdi kistérségek népsűrűségi mutatóival. A népsűrűségi mutatóknak alapján, a Csurgó kistérség az ország ténylegesen legalacsonyabb népsűrűséggel rendelkező kistérségei közé tartozik, amely természetesen összefügg a kistérség falusias dominanciájú településszerkezetével, alacsony és tendenciaszerűen fogyó népességszámával, népességének városi-falusi megoszlásával, a kistérségi települések közötti távolságokkal, a települések kistérségi elhelyezkedésével. A kistérség népességének elhelyezkedése a kistérségi településeken, a települési népességszám megoszlása, valamint a kistérségi népsűrűség mutatóinak gyakorlati tervezési kezelhetőségi szempontjából meghatározó az, hogy a kistérség 17 községi rangú települése (ahol a kistérségi lakónépesség 70 %-a él) a kistérségben milyen távolságban helyezkedik el a kistérség közellátások számára meghatározó központjához, Csurgó városhoz képest.



A Csurgói kistérség településeinek Csurgótól mért távolsága

6. sz. táblázat

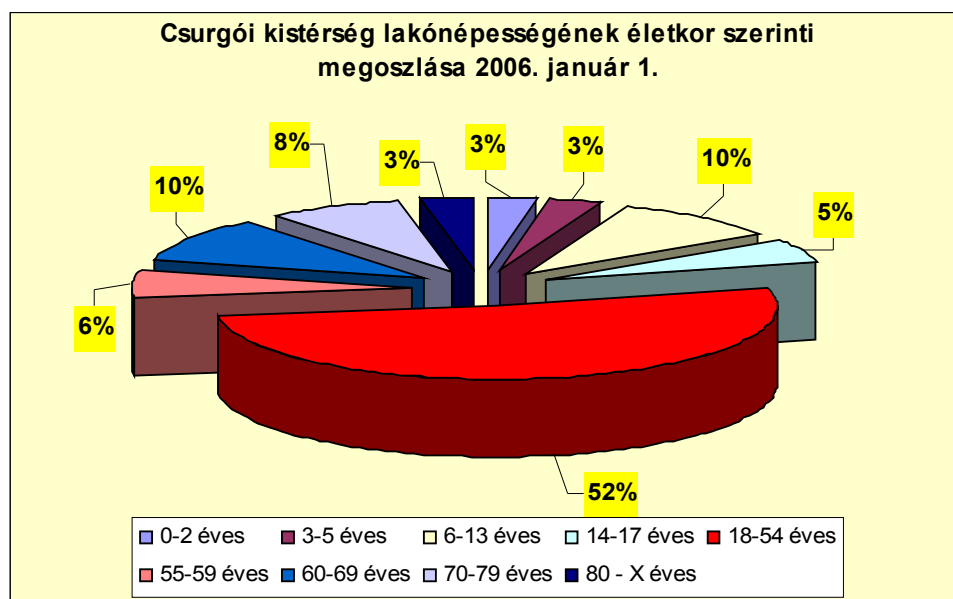
Sorszám	Település	Csurgótól mért távolság (közúti km-ben.)
1.	Csurgó	0,0
2.	Berzence	8,0
3.	Csurgónagymarton	2,7
4.	Gyékényes	8,8
5.	Iharos	8,1
6.	Iharosberény	11,1
7.	Inke	19,1
8.	Órtilos	23,3
9.	Pogányszentpéter	16,4
10.	Porrog	6,8
11.	Porrogszentkirály	3,8
12.	Porrogszentpál	9,5
13.	Somogybükkösd	9,8
14.	Somogycsicsó	8,9
15.	Somogyudvarhely	12,8
16.	Szenta	6,3
17.	Zákány	15,0
18.	Zákányfalu	19,3
1.+18.	Összesen:	189,7

A Csurgó kistérségben lévő települések 50 %-a (18 településből összesen 9 település) 9 közúti km-nél nagyobb távolságban van Csurgó várostól, ezeken a településeken él a kistérségi népesség - 2007. január 1.-ei állapot szerinti népességének - a 38,42 %-a. A Csurgó városban kívüli - a 2007. január 1.-ei állapotnak megfelelő községi 12 786 fős - kistérségi népesség 55,36 %-a, tehát 9 közúti km-nél nagyobb távolságban él Csurgó várostól és a városban koncentrálódó kistérségi közszolgáltatásoktól. A kistérségi népességszám, a kistérségi népsűrűség, a népesség kistérségi települési és távolsági megoszlása alapján látható, hogy a Csurgó városban működő, illetve a II. NFT keretében ott megvalósuló fejlesztésekkel odatelepülő társadalmi infrastruktúrális fejlesztések kistérségi lakossági elérhetőségében, hozzáférhetőségében milyen nagy jelentősége van - jelenleg is és lesz a jövőben is. - a közúti közforgalmi (főleg az autóbusz.) megközelíthetőségeknek. A kistérségi lakónépesség számának, területei eloszlásának, a kistérségi népsűrűségnek a demográfiai alapmutatóihoz kapcsolódóan igen fontos mutatószám a népesség nemek szerinti megoszlása, illetve ennek trendszerű alakulása. A Kistérségi Iroda 2007. január 1.-ei adatszolgáltatása szerint a 18 424 fős kistérségi lakónépesség 52 %-a (9 574 fő) a nőnépességhez, 48 %-a (8 850 fő) a férfinépességhez tartozott. A kistérségi nőnépesség aránya a Somogy megyei és az országos méretet és arányokat meghaladó mértékű, amely arra mutat, hogy a kistérségi természetes népességfogyás tényleges okai a munkaképes korú férfilakosság idő előtti magasabb halálozásával függnek össze, azaz a nőnépesség születéskor várható magasabb életkora és a középkorú férfilakosságnak a női lakosságot jelentősen meghaladó nagyobb mértékű idő előtt



halálózása vezet arra, hogy a térségben a lakosság fogyásával, előregedésével és elnőiesedésével trendszerűen növekszik a népességnek az össznépességen belüli aránya is. A kistérségi népesség számának, a népesség nemek és életkor szerinti megoszlásának alakulásában meghatározó szerepet játszanak a kistérségi házasságkötések és válások számának és arányaiknak az alakulása, valamint a lakosságszám-arányos élveszületések és halálózások számának és egymáshoz viszonyított mutatóinak alakulása, a belföldi és a nemzetközi vándorlási különbözet alakulása.

6. ábra



2006. január 1.-én a kistérségben a 14 éves és ennél fiatalabb népesség aránya a kistérségi össznépességen belül 16,8 %, a 60 éves és ennél idősebb népesség aránya a kistérségi össznépességen belül 20,8 % volt. Az össznépességen belül legnagyobb arányú a munkaképes korúnak számító 18-54 éves korosztály volt, amelynek aránya a kistérségi össznépesség 52 %-nak felel meg. A gyermekkorú és az időskorú népességnek a kistérségi össznépességen belüli igen kedvezőtlen korosztályos népességi arányai igen jelentősen eltérnek egymástól, amely egyértelműen a kistérségi népesség igen kedvezőtlen „öregedő” demográfiai korfájára utal. A 2005. évben a KSH adatbázisa szerint az 1000 lakosra jutó házasságkötések száma a kistérségben 3,3 volt (igen alacsony házassági arány.) az 1000 lakosra jutó válások száma pedig 2 volt, amely viszonylag alacsony válási aránynak felel meg. A Csurgói kistérségben - 2005. évben - az 1000 lakosra jutó élveszületések száma 8,8 volt, az 1000 lakosra jutó halálózások száma, pedig 16,5. Ezek a mutatók az igen kedvezőtlen népmozgalmi helyzetre utalnak, hiszen az 1000 lakosra jutó halálózások száma csaknem kétszerese az 1000 lakosra jutó élveszületések számának. A lakosságarányos éves szintű élveszületési és halálózási



arányszámmal a kistérség az ország legkedvezőtlenebb adottságú kistérségei közé tartozik, a fenti mutatók, mind a Somogy megyei, mind pedig jóval az országos mutatók alatt teljesülnek. A Csurgó kistérségre jellemző - népmozgalmilag 1994-től már tapasztalható, de a 2000. évtől felgyorsuló. - természetes népességfogyás alapvető kérdése, hogy az éves szintű lakosságarányos halálozás a kistérségben folyamatosan és jelentősen meghaladta-meghaladja az éves szintű lakosságarányos élveszületések számát. A Csurgói kistérségre trendszerűen jellemző népességfogyásnak tehát az egyik legfontosabb népmozgalmi eleme és egyben helyi demográfiai összefüggése a kistérségi népesség országosan is kiemelkedően magas (főleg a középkorú és munkaképes férfi korosztályokat érintő.) halálozása, valamint a népesség országosan is kiemelkedően alacsony születési (reprodukciós) képessége közötti különbség megléte. A kistérségi természetes népességfogyás mellett, a kistérségi népesség nagyságának és korösszetételi alakulásának a másik legfontosabb ténylegesen ható tényezője a térségből történő - belföldi és nemzetközi. - elvándorlás mértéke. A Csurgói kistérség - a KSH 2005. évi adatbázisa szerint - az ország legnagyobb belföldi vándorlási különbözettel rendelkező térségei közé tartozik, ebben az évben a belföldi vándorlási különbözet mértéke: - 8,7 volt. Ez a kistérségi népességfogyást növelő belföldi elvándorlási különbözet különösen akkor értékelhető megfelelően, ha figyelembe vesszük, hogy a 2000 - 2005. közötti időszakban a Csurgói kistérség belföldi vándorlási különbözetének átlaga 1000 lakosra számítva: -4,0 volt. A kistérségi népességfogyással összefüggésben vizsgálva a nemzetközi elvándorlás hatásait, megállapítható, hogy a 2005. évben a nemzetközi vándorlási különbözet 1000 lakosra jutó mértéke: -0,4 volt, amelynek mértéke világosan mutatja, hogy a kistérségi népességfogyásra gyakorolt hatásában a belföldi elvándorlás lényegesen meghatározóbb hatással bír, mint a nemzetközi vonatkozású elvándorlás a kistérségből. Közismert tény, hogy a kistérség népességének számát és a helyi korosztályos összetételét, a születéskor várható nemenkénti élettartamát (HALE-index), az egyes korosztályok egészségben eltöltött éveinek számát, az életminőséggel összefüggő mutatószámokat a legerősebben befolyásoló tényező a kistérségi népesség oktatási és kulturális ellátottsága, iskolai képzettségének mértéke és színvonala:



Csurgói kistérség oktatási, képzési viszonyaira vonatkozó mutatók

2005.

7. sz. táblázat

Sorszám	Megnevezés	Mutatószám (fő-ben)	
		Somogy megyei	Csurgói kistérség
1.	1000 lakosra jutó óvodás gyermekek száma:	32,9	33,5
2.	1000 lakosra jutó ált. iskolai tanulók száma:	87,3	91,4
3.	1000 lakosra jutó gimn. tanulók száma:	15,7	22,1
4.	1000 lakosra jutó szakk. isk. tanulók száma:	21,4	8,5
5.	1000 lakosra jutó szakiskolai tanulók száma:	16,5	12,7
6.	Számítógéppel ellátott gimn. számaránya:	100,00 %	100,00 %
7.	Számítógéppel ellátott szakk. számaránya:	100,00 %	100,00 %

A Csurgói kistérség iskoláskorú népességének az általános iskolai és a középiskolai oktatásban való lakosságarányos részvételi arányai (országos mutatói középszintek) a Somogy megyei átlagmutatóknál is kedvezőbben alakultak, a képzési mutatók alapján az egészségnevelés oktatási intézményi feltételei a kistérségben, megfelelően adottak (elérhetőnek) tekinthetők. Megjegyzendő, hogy a kistérségben a középiskolák Csurgó városában működnek, a kistérségnek működő felsőoktatási intézménye nincs.

3. 6. A kistérség társadalmi-gazdasági elmaradottsága...

A Csurgói kistérség társadalmi-gazdasági - jogszabályokban is definiált - elmaradottsága igen fontos és alapvető térségi egészségkockázati (a kistérségi szegénység, mint generációs átöröklő és integráló egészségkockázati.) tényező, amely nem hagyható figyelmen kívül a kistérségi népesség egészségi állapotának jelenlegi és jövőbeli helyzetértékelésénél. A társadalmi-gazdasági elmaradottság kistérségi azonosítása jogszabályi és statisztikai értelemben is többparaméteres jellegű és megközelítésű. A területfejlesztés kedvezményezett térségeinek jegyzékéről szóló 64/2004. (IV. 15.) Kormányrendelet 1. § (1) a.) pontja értelmében a területfejlesztési szempontból kedvezményezett térségek a társadalmi - gazdasági szempontból elmaradott térségek, amelyeknél a területfejlesztési támogatások és a decentralizáció elveiről, a kedvezményezett térségek besorolásának feltételrendszeréről szóló 24/2001. (IV. 20.) OGY határozat 3. számú mellékletében meghatározott mutatórendszer alapján kialakított komplex mutató az országos átlaggal azonos, vagy attól elmaradt. A 64/2004. (IV. 15.) Kormányrendelet 1. § (1) c.) pontja értelmében területfejlesztési szempontból kedvezményezettek a vidékfejlesztési térségek, amelyekben a terület népességének kevesebb, mint 50 %-a él 120 fő/km²-nél magasabb népsűrűségű településen, az 1990. évi népszámláláskor az országos vidéki átlagot meghaladó volt a mezőgazdaságban foglalkoztatottak aránya, az országos átlag alatt van az 1 főre jutó személyi jövedelemadó alap, továbbá a munkanélküliség 1999. december 20.-án az országos átlagot meghaladta.



A Csurgói kistérség a 64/2004. (IV. 15.) Kormányrendelet szabályozásai szerinti területfejlesztési szempontból kedvezményezett kistérség, amely típusa szerint egyrészt a jogszabály szerint azonosított társadalmi-gazdasági szempontból elmaradott kistérség, másrészt a jogszabály által azonosított vidékfejlesztési térség, hátrányos helyzetének mértéke szerint, pedig a „leghátrányosabb helyzetű” minősítésű kistérség. A 64/2004. (IV. 15.) Kormányrendelet 1. § (2) bekezdése szerinti szabályozás értelmében a területfejlesztés szempontjából kedvezményezett térségek jegyzékét a Rendelet 1. számú melléklete tartalmazza, amely Somogy megye vonatkozásában a következő kistérségeket jelöli meg a kedvezményezettek körében: Barcsi, Csurgói, Fonyódi, Lengyeltóti, Marcali, Nagyatádi, Tábí és a Balatonföldvári kistérség. Területfejlesztési szempontból kedvezményezett térségnek minősülnek a 7/2003. (I. 14.) Kormányrendeletben meghatározott, a társadalmi-gazdasági szempontból elmaradott, illetve az országos átlagot jelentősen meghaladó munkanélküliséggel sújtott települések is. A társadalmi-gazdasági szempontból elmaradott települések száma a Csurgói kistérségben: 12 település, az országos átlagot jelentősen (1,75-szörösen) meghaladó munkanélküliséggel sújtott települések száma: 11 település. Az Önkormányzati és területfejlesztési miniszter által, a 2007. május 4.-én az Országgyűlés Hivatalához megküldött H/2940. számú, a „területfejlesztési támogatásokról és a decentralizáció elveiről, a kedvezményezett térségek besorolásának feltételrendszeréről” szóló Országgyűlési Határozati javaslat I./7. pontjában foglaltak értelmében „a területfejlesztési szempontból kedvezményezett, ezen belül a leghátrányosabb helyzetű kistérségek fejlesztésére rendelkezésre álló forrásokat differenciált támogatási szabályok alapján indokolt felhasználni. A kedvezményezett, ezen belül a leghátrányosabb helyzetű kistérségekből benyújtott pályázatokat a pályázatok értékelése során a felzárkóztatás elősegítése érdekében indokolt előnyben részesíteni”. Az H/2940. OGY Határozati javaslat IV. fejezet 1.-12 pontja a - „a kedvezményezett térségek besorolásának feltételrendszere” keretében - a következő szabályozási javaslatokat tartalmazza:

- Területfejlesztési szempontból kedvezményezett térség alatt a területi fejlettségi besorolás alapján kedvezőtlenebb helyzetben lévő kistérségeket kell érteni.
- A kistérségek területi fejlettség alapján történő besorolásánál - a megyei jogú várossal rendelkező kistérségek kivételével - gazdasági, infrastrukturális, társadalmi, szociális, foglalkoztatási mutatókból (öt mutató csoport) képzett komplex mutatót szükséges figyelembe venni. A komplex mutató kiszámításánál használt adatok körét a OGY Határozati javaslat 3. számú melléklete tartalmazza.



- Kedvezményezett kistérségeknek minősülnek a hátrányos helyzetű kistérségek és ezen belül a leghátrányosabb helyzetű kistérségek. Hátrányos helyzetű kistérségnek kell minősíteni azokat a kistérségeket, amelyeknek a komplex mutatója kisebb, mint az összes kistérség komplex mutatójának átlaga. A hátrányos helyzetű kistérségeken belül azokat a kistérségeket, amelyeknek a komplex mutatója kisebb, mint a legjobb komplex mutató 50 %-a, a leghátrányosabb helyzetű kistérségnek kell minősíteni.
- Azokra a legalacsonyabb komplex mutatóval rendelkező leghátrányosabb helyzetű kistérségekre, amelyekben az ország lakosságának 10 %-a él, felzárkóztatásuk érdekében alapvetően európai uniós forrásokra építve komplex programot kell kidolgozni és annak megvalósítását kiemelten szükséges támogatni. Azokat a legalacsonyabb komplex mutatóval rendelkező hátrányos helyzetű kistérségeket, amelyek nem tartoznak a leghátrányosabb kistérségek közé és lakónépességük a leghátrányosabb kistérségekkel együtt nem éri el az ország lakónépességének 15 %-át, a leghátrányosabb kistérségeknél alacsonyabb, de a hátrányos helyzetű kistérségeknél magasabb támogatási intenzitásban, illetve pozitív megkülönböztetésben kell részesíteni felzárkóztatásuk biztosítás érdekében.
- A települések között is jelentősek a különbségek, ezért indokolt meghatározni egyrészt a társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradottnak minősített településeket, másrészt a jelentős munkanélküliséggel sújtottnak minősített településeket. A társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradottnak minősített települések besorolásánál a gazdasági, infrastrukturális, társadalmi, szociális, foglalkoztatási mutatókból képzett komplex mutatókat kell figyelembe venni. A komplex mutató kiszámításánál használt adatok körét a OGY Határozati javaslat 3. számú melléklete tartalmazza. Társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradottnak kell minősíteni azokat a településeket, amelyeknek a komplex mutatója kisebb, mint az összes település komplex mutatójának átlaga. Jelentős munkanélküliséggel sújtottnak kell minősíteni azokat a településeket, amelyekben a munkanélküliségi arány számított mutatója meghaladja az országos átlag 1,75-szeresét.
- A társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradottnak, vagy jelentős munkanélküliséggel sújtottnak minősített településeket a kedvezményezett, a társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradottnak minősített és jelentős munkanélküliséggel sújtottnak minősített településeket a leghátrányosabb helyzetű kistérségekkel egyenlő bánásmódban kell részesíteni.



- A kedvezményezett kistérségek és települések besorolásánál használt dinamikus mutatók esetében a rendelkezésre álló utolsó 5 év időtartamának adatait, a statikus mutatók esetében a rendelkezésre álló legfrissebb adatokat kell felhasználni. A kedvezményezett kistérségeket és településeket, a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulása illetékességi területének felülvizsgálatát követően, felül kell vizsgálni. A kedvezményezett kistérségek és települések köréből kikerülő kistérségeket és településeket a fejlesztési célú támogatások igénybevételénél egy évig átmenetileg kedvezményezettnek indokolt tekinteni, esetükben a kedvezményezett kistérségeknél alacsonyabb intenzitású támogatást biztosítva.

Az OGY Határozati javaslat - „záró rendelkezések” fejezetében foglaltak szerint az Országgyűlés felkéri a Kormányt, hogy az országgyűlési határozatban foglaltak értelmében készítsen Intézkedési Tervet. Az OGY Határozat hatálybalépését követően - a javaslatnak megfelelően - hatályát veszíti „a területfejlesztési támogatások és a decentralizáció elveiről, a kedvezményezett területének besorolásának feltételrendszeréről” szóló 24/2001. (IV. 20.) OGY Határozat, valamint az Országos Területfejlesztési Koncepcióról szóló 97/2005. (XII. 25.) OGY Határozatnak „A területfejlesztési célok érvényesítését szolgáló intézmény-és eszközrendszer fejlesztési irányai” című V. fejezet 3. pont b.) pontja. A területfejlesztési szempontból kedvezményezett kistérségeket - a javaslat szerint - ezen OGY Határozat hatályba lépését követően újra meg kell állapítani. A kedvezményezett kistérségeknek és településeknek a körét a települési önkormányzatok kistérségi lehatárolása módosítását követően kell majd újra megállapítani. Az OGY Határozati javaslatához fűzött általános és részletes indoklásában foglaltak alapján:

- Az egységes értelmezés érdekében indokolt meghatározni a területfejlesztési szempontból kedvezményezett térség fogalmát.
- A településrendszerben és a térszerkezetben bekövetkezett változásokat is figyelembe véve tovább kell fejleszteni a kistérségek kedvezményezetti szempontból történő besorolását. Fontos, hogy ebben a besorolás feltételrendszere a jelenleginél szélesebb körben vizsgálja és vegye figyelembe a kistérségek fejlettségét, így a jelenlegi rendszernél igazságosabb legyen. A gazdasági, az infrastruktúrális, valamint a foglalkoztatási mutatócsoportok mellett egy önálló társadalmi és egy önálló szociális mutatócsoportot kell létrehozni. Az új rendszerben erőteljesebben jelenjenek meg a társadalmi és szociális szempontok, ugyanakkor a bekövetkező változásokkal arányban csökkenjen a gazdasági, az infrastruktúrális, valamint a foglalkoztatási szempontok figyelembevétele. Az öt



mutatócsoportos rendszer a kistérségek helyzetét szélesebb körben vizsgálja és veszi figyelembe a besorolásnál.

- A kistérségek között jelentős fejlettségbeli különbségek vannak, ebből következően indokolt besorolni a területfejlesztési szempontból kedvezményezett kistérségeket. Kedvezményezett kistérségeknek minősülnek: a hátrányos helyzetű kistérségek, ezen belül a leghátrányosabb helyzetű kistérségek. Hátrányos helyzetű kistérség: komplex mutatója kisebb, mint az összes kistérség komplex mutatójának átlaga. Leghátrányosabb kistérség: kistérség, melynek komplex mutatója kisebb, mint a legjobb kistérség komplex mutatójának 50 %-a.
- Alapvetően az európai uniós források hatékonyabb felhasználása érdekében meg kell határozni azon leghátrányosabb helyzetű kistérségeket, amelyekben az ország lakosságának 10 %-a él. Ezekre a kistérségekre komplex programot kell kidolgozni és annak megvalósítását kiemelten szükséges támogatni. Azon kistérségek esetében, amelyek kedvezőtlen komplex mutatóval rendelkeznek, de komplex mutatójuk nagyobb a legjobb kistérség komplex mutatója 50 %-ánál, - így éppen hogy kiesnek a leghátrányosabb helyzetű kistérségek köréből - indokolt felzárkóztatásuk érdekében az alacsonyabb intenzitású megkülönböztetésük. Ezen hátrányos helyzetű kistérségek lakónépessége, a leghátrányosabb helyzetű kistérségekével együttesen sem haladhatja meg az ország lakónépességének 15 %-át.
- A kistérségi besorolás kötöttségeinek oldása érdekében továbbra is indokolt meghatározni a társadalmi-gazdasági és infrastruktúrális szempontból elmaradottnak, valamint a jelentős munkanélküliséggel sújtottnak minősített településeket. Ezeket területfejlesztési szempontból kedvezményezettnek kell tekinteni, a minkét fenti szempontból elmaradott helyzetű településeket a leghátrányosabb helyzetű kistérségekkel egyenlő elbánásban kell részesíteni. A kistérségek és a települések besorolására alkalmas dinamikus mutatók esetében a legutolsó öt év adatainak, statikus mutatók esetében a rendelkezésre álló legfrissebb adatoknak a felhasználására kerüljön sor.

Az OGY Határozat hatályba léptetésének időpontja a közzététel napja, hatálya az Európai Unió tervezési rendszerével összhangban 2013. december 31.-ig tart.



3. 7. A Csurgói kistérség halálozási (halandósági) viszonyai...

A halálozási statisztikai adatszolgáltatás a statisztikáról szóló 1993. évi XLVI, törvény 10. §-a alapján kötelező. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a halottakkal kapcsolatos rendelkezései végrehajtásáról és a rendkívüli halál esetén követendő eljárásról a BM - EüM - IM 34/1999. (IX: 24.) együttes rendelete rendelkezik, a halálozási statisztikához kapcsolódó adatgyűjtésért - a törvényben meghatározott módon - országosan a KSH felelős. A térségi halálozási adatok az úgynevezett „kemény” statisztikai mutatók közé tartoznak, hiszen mi lehet annál erőteljesebb kimenetel egészségi (és egészségügyi) szempontból is, mint az hogy elhalálozik valaki. Az egy bizonyos területen lakók közötti halálozási adatok hosszú ideje a statisztikai adatokból kiolvashatóak, bár a földrajzi egység, amelyre az adatokat korábban vetítették Magyarországon, tradicionálisan a megyék voltak. A régiós gondolkodás az egészségügy (egészségügyi ellátás) területén is gyakorlattá vált, a régiók és a kistérségek lakossága az, amely a figyelem középpontjába került. A jelenlegi szakmai álláspont szerint a halálozási adatokból csak önmagukban ugyan többnyire közvetlenül nem lehet „tisztá” ok-okozati összefüggésekre következtetni a térségi egészségviszonyokra vonatkozóan, ennek ellenére egy kistérség egészségi, egészségügyi helyzetének és egészségviszonyainak, valamint ezek összefüggéseinek feltérképezésében nagyon fontos kiindulási adatnak kell tekinteni a kistérségi dinamikus és statikus halálozási (mortalitási) mutatókat. A kistérségi egészségviszonyoknak egy hosszabb (több évet átölelő) időtávós (dinamikus) és egy konkrét időtávra (általában egy naptári évre) vonatkozó (statikus) halálozási és haláloki statisztikai mutatósorai mindig igen fontos kiinduló pontjai egy kistérség népességi egészségtérképének. A Csurgói kistérségre vonatkozó halálozási adatokat egyrészt időtávosan a 2001-2004 közötti időszakra vonatkozóan, másrészt a 2005. évre (mint teljes naptári évre vonatkozóan) készítettük el az ÁNTSZ és a KSH adatbázisainak felhasználásával. A kistérségi halandóság (halálozási viszonyok) értékelésének kiinduló pontjaként, - a Dél-Dunántúli Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. alapján - a következő összegző jellegű megállapításokból indulhatunk ki:

- A vezető halálokok mindkét nemből a keringési rendszer betegségei.
- Második helyen szerepelnek a rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozások.
- A vizsgált betegcsoportok szinte mindegyikében magasabbak voltak a halálozási mutatók az országosnál.



- A kiemelt halálokok miatti mortalitás értékei a férfiak körében az agyérbetegségek, a légcső, a tüdő rosszindulatú daganatai és az idült-alsó légúti betegségek esetében magasabbak az országos átlagnál.
- A nők körében a kiemelt halálokok közül az ischaemiás szívbetegségek, az agyérbetegségek és az idült alsó-légúti betegségek esetében haladják meg az országos szintet.
- A kistérség és a régió haláloki struktúrája hasonlóan alakul az országos mutatókhoz és trendekhez képest.

A Csurgói kistérségre vonatkozó halálozási adatokat direkt standardizálással 100 ezer főre vetítettük, majd a szemléletesség és az egyszerűbb összehasonlíthatóság érdekében 5 rétegre osztottuk a halálozási adatokat és ezek alapján soroltuk be a Somogy megyei kistérségeket. Az eredményeket digitális térképen ábrázoltuk, a lakosságot a nemek szerint kettéosztottuk, elkülönítve egymástól a 0-64 éves és a 65 éves, illetve ennél idősebb korosztályos halálozást, bemutatva a születéskor várható átlagos élettartamhoz képesti ú.n. idő előtti halálozásokat is.

A direkt standardizálás jól mutatja a kistérségek között eltéréseket, ugyanakkor a számításoknál az országos átlagtól való erőteljes (szignifikáns) eltérést is figyelembe vettük, az ország lakosságmegoszlását alapnak tekintve indirekt módon standardizált halálozási hányadost képeztünk (SHH). A SHH adatokat a kistérségek mellett megadtuk, a szignifikancia (Z próbát alkalmazva) erősségét külön megjelöltük. A kistérségi halálozási egyenlőtlenségek mögött, mint tudjuk, állhatnak jól paraméterezhető és pontosan azonosítható társadalmi-gazdasági különbségek, melyeknek közismerten igen jelentős szerepük van a különböző egészségkockázati (rizikó) tényezők (dohányzás, alkoholfogyasztás, stressz, táplálkozási szokások stb.) gyakoribb előfordulásában, amelyek az adott kistérségi megbetegedési szám növekedéséhez és megbetegedési (morbiditási) viszonyok igen kedvezőtlené válásához vezetnek. Az egészségügyi ellátás a fokozott igények kielégítésére sokszor éppen ezekben a társadalmilag-gazdaságilag elmaradott (hátrányos, vagy leghátrányosabb besorolású.) kistérségekben nem fedezi a tényleges egészségszükségleteket (pl.: nincs a településen helyben háziorvos, a lakosság szegénysége révén kevésbé mobilis, nem tud a lakosság folyamatosan a megfelelő szintű és minőségű járóbeteg és fekvőbeteg szakellátásokhoz hozzáférni), mindezek a tényezők együtt eredményezhetik a kedvezőtlen „idő előtti”, vagy magasabb halálozási mutatókat. A hazai régiós és kistérségi halálozási viszonyok egyenlőtlenségeinek kutatása - a nemzetközi trendeknek megfelelően. - ma az egyik legfontosabb kutatási területe az egészségügyi stratégiai (régiós és kistérségi egészségügyi ellátórendszeri fejlesztési) tervezési folyamatoknak. Némely európai országban



a halálozási adatokat összekapcsolva a népszámlálási adatokkal már pontos kimutatásokat készítenek arról, hogy milyen társadalmi-gazdasági szociális helyzete volt az elhunytak, de hazánkban egyelőre erre még nincs mód. A kistérségekre vonatkozóan azonban rendelkezésre állnak a gazdasági-fejlettségbeli besorolási adatok, amelyeket a KHS nyilvánosságra hozott. Ezek a gazdasági-fejlettségbeli besorolási adatok, a kistérségi halálozási adatokkal együtt kezelve szakmailag jó közelítésű tájékoztatást adhatnak arra vonatkozóan, hogy milyen betegségek miatti halálozási eloszlás jellemző a különböző fejlettségű régiókban, illetve a kistérségekben. A direkt standardizálásnál már felhasználtuk a lakosság korcsoportos megoszlását, azonban jónak tartottuk ezt más módon, az úgynevezett „öregedési index” megjelenítésével is feltüntetni a kistérségek mellett. Ez a mutató eligazít a tekintetben, hogy mely korosztály a veszélyeztetett egy „szegény” kistérségben, segítséget nyújthat a primer prevenció számára is, hogy az adott kistérségben az idősek, vagy a fiatalok, esetleg a várandós anyák körében indítsanak megelőzési programokat. A Csurgói kistérség halálozási számának alakulását és haláloki összefüggéseit ezen (fenti) szempontok alapján vizsgáltuk, értékeltük.

Csurgói kistérség halálozási viszonyainak alakulása 2001-2004 között a Somogy megyei kistérségi adatokkal való összehasonlítása alapján (KSH adatbázisa szerint)

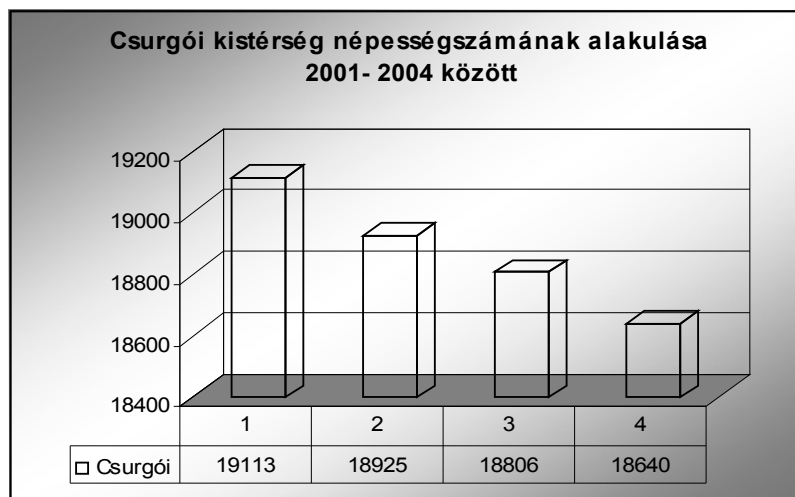
Somogy megye kistérségei össznépesség számának alakulása 2001-2004. között

8. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	11886	11804	11777	11750
Barcsi	26999	26719	26453	26204
Csurgói	19113	18925	18806	18640
Fonyódi	27602	27528	27389	27283
Kaposvári	124393	124267	124066	123607
Lengyeltóti	11915	11887	11750	11530
Marcali	33000	32678	32394	32061
Nagyatádi	28693	28580	28384	28075
Siófoki	37037	37290	37522	37712
Tabi	16728	16574	16345	16074
Somogy	337365	336250	334883	332934



7. ábra

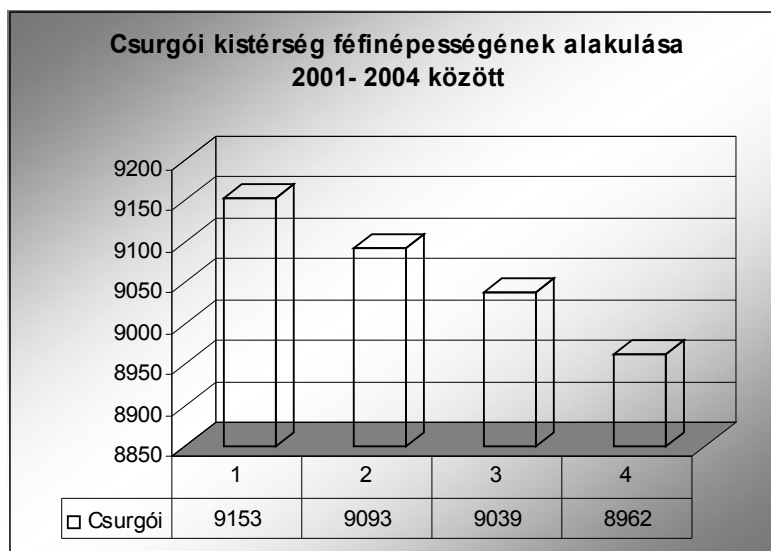


Somogy megye kistérségei férfinépesség számának alakulása 2001-2004. között

9. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	5702	5639	5612	5606
Barcsi	13118	13009	12893	12766
Csurgói	9153	9093	9039	8962
Fonyódi	13107	13048	13002	12952
Kaposvári	58667	58444	58367	58154
Lengyeltóti	5802	5792	5732	5634
Marcali	15880	15725	15560	15388
Nagyatádi	13774	13698	13618	13442
Siófoki	17528	17678	17767	17829
Tabi	8176	8102	7985	7821
Somogy	160905	160326	159574	158552

8. ábra

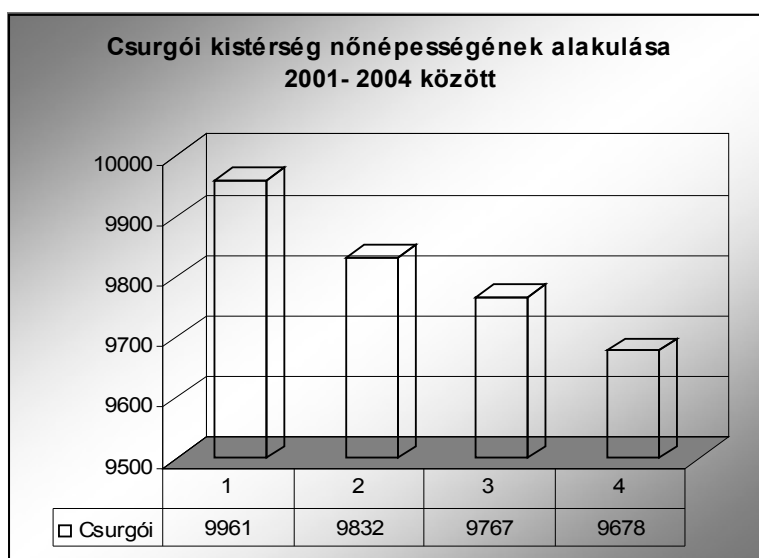


Somogy megye kistérségei népesség számának alakulása 2001-2004. között

10. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	6184	6166	6165	6145
Barcsi	13881	13710	13560	13439
Csurgói	9961	9832	9767	9678
Fonyódi	14495	14480	14387	14331
Kaposvári	65726	65723	65699	65453
Lengyeltóti	6113	6096	6018	5896
Marcali	17121	16953	16834	16673
Nagyatádi	14920	14883	14766	14633
Siófoki	19509	19612	19755	19884
Tabi	8552	8472	8360	8253
Somogy	176460	175925	175309	174382

9. ábra



A Csurgói kistérség népességszáma 2001-2004 közötti időszakban, a 2001. év népességszámának bázisán, mind az össznépesség, mind a férfi -nőnépesség vonatkozásában egyértelmű és trendszerű csökkenést mutat.

Somogy megye népességének összes halálozási száma kistérségenként 2001-2004 között

11. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	168	148	162	184
Barcsi	379	404	389	381
Csurgói	300	247	304	284
Fonyódi	360	418	396	382
Kaposvári	1695	1640	1637	1733
Lengyeltóti	167	136	136	182
Marcali	468	456	512	498
Nagyatádi	413	419	477	453
Siófoki	425	469	455	427
Tabi	225	282	242	254
Somogy	4600	4619	4710	4778



Somogy megye férfinépességének halálozási száma kistérségenként 2001-2004 között

12. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	84	86	93	98
Barcsi	201	233	200	199
Csurgói	146	142	164	147
Fonyódi	201	222	208	204
Kaposvári	838	845	827	887
Lengyeltóti	84	74	83	88
Marcali	263	259	290	270
Nagyatádi	214	217	237	267
Siófoki	207	259	236	228
Tabi	121	149	127	149
Somogy	2359	2489	2465	2537

Somogy megye nőnépességének halálozási száma kistérségenként 2001-2004 között

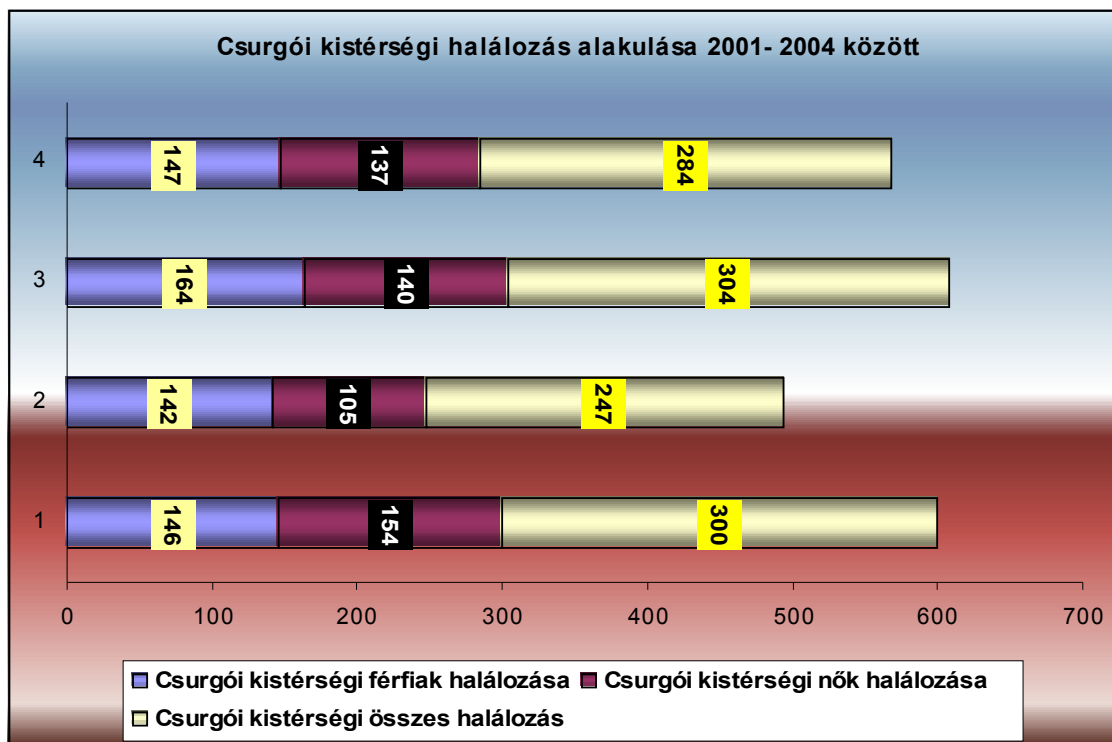
13. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	84	62	69	86
Barcsi	178	171	189	182
Csurgói	154	105	140	137
Fonyódi	159	196	188	178
Kaposvári	857	795	810	846
Lengyeltóti	83	62	53	94
Marcali	205	197	222	228
Nagyatádi	199	202	240	186
Siófoki	218	210	219	199
Tabi	104	133	115	105
Somogy	2241	2133	2245	2241

2001-2004 közötti időszakban a Csurgói kistérségben összesen 1 135 fő halt meg, ebből az elhalálozott férfiak száma 599 fő (52,77 %), az elhalálozott nők száma 536 fő (47,23 %) volt. Ugyanebben az időszakban a kistérségi össznépességen belül a férfinépesség és a nőnépesség aránya közel a 48 % és 52 % arányai szintjén alakult. Az alábbiakban a kistérségi összes halálozás, valamint a férfiak és a nők nemenkénti halálozásának adatait mutatjuk be:

10. ábra





Csurgói kistérség összes népességének korosztályos halálozása 2001-2004 között

14. sz. táblázat

Korosztályok	2001	2002	2003	2004
0 éves	2	1	2	0
1-4 éves	1	0	0	0
5-9 éves	0	0	0	0
10-14 éves	0	0	1	0
15-19 éves	0	0	0	0
20-24 éves	0	1	2	2
25-29 éves	1	1	2	1
30-34 éves	2	2	5	3
35-39 éves	2	4	1	4
40-44 éves	9	5	9	8
45-49 éves	9	10	11	8
50-54 éves	17	17	13	12
55-59 éves	19	18	12	10
60-64 éves	25	21	32	23
65-69 éves	34	27	25	29
70-74 éves	45	37	51	41
75-79 éves	58	40	43	49
80-84 éves	33	39	55	56
85-X éves	43	24	40	38
Összesen:	300	247	304	284

A Csurgói kistérség össznépességét illetően a korosztályos halálozásra, a világosan látható korosztályos határ a jellemző, azaz a korcsoportos halálozás a 40 éves életkor felett kezd emelkedni, a halálozás elsősorban a középkorú (még gazdaságilag aktív és munkaképes korú) korosztályokat és az idősebb (70 éven felüli) korosztályokat érinti elsősorban.

Csurgói kistérség férfi népességének korosztályos halálozása 2001-2004 között



15. sz. táblázat

Korosztályok	2001	2002	2003	2004
0 éves	1	1	1	0
1-4 éves	1	0	0	0
5-9 éves	0	0	0	0
10-14 éves	0	0	0	0
15-19 éves	0	0	0	0
20-24 éves	0	1	2	2
25-29 éves	1	1	1	1
30-34 éves	2	1	3	1
35-39 éves	1	4	1	2
40-44 éves	4	5	8	5
45-49 éves	7	8	6	5
50-54 éves	14	14	11	12
55-59 éves	13	14	11	9
60-64 éves	15	16	23	20
65-69 éves	18	13	15	19
70-74 éves	24	21	28	29
75-79 éves	23	20	20	22
80-84 éves	11	14	23	14
85-X éves	11	9	11	6
Összesen:	146	142	164	147

Csurgói kistérség női népességének korosztályos halálozása 2001-2004 között

16. sz. táblázat

Korosztályok	2001	2002	2003	2004
0 éves	1	0	1	0
1-4 éves	0	0	0	0
5-9 éves	0	0	0	0
10-14 éves	0	0	1	0
15-19 éves	0	0	0	0
20-24 éves	0	0	0	0
25-29 éves	0	0	1	0
30-34 éves	0	1	2	2
35-39 éves	1	0	0	2
40-44 éves	5	0	1	3
45-49 éves	2	2	5	3
50-54 éves	3	3	2	0
55-59 éves	6	4	1	1
60-64 éves	10	5	9	3
65-69 éves	16	14	10	10
70-74 éves	21	16	23	12
75-79 éves	35	20	23	27
80-84 éves	22	25	32	42
85-X éves	32	15	29	32
Összesen:	154	105	140	137

A kistérségben a férfiak korosztályos halálozása a 40 éves kor feletti időszakban kezd emelkedni, ez a tendencia a nők esetében egy 10 évvel későbbi (50 év) időszakra tolódik el.

A Csurgói kistérség népességének a halálozási mutatói igen kedvezőtlenek, mind a lakosságarányos halálozási számot, mind az összes halálozást, a nemenkénti halálozást, valamint a korosztályos halálozást is figyelembe véve. A kistérség természetes



népességfogyásának meghatározó kérdése a kistérségi lakosságarányos születési számot folyamatosan és jelentősen meghaladó lakosságarányos halálozási szám, amelyben a férfiak halálozási száma és arányszáma a kistérségi nőnépességét folyamatosan és jelentősen meghaladó mértékű és melyben meghatározó szerepet játszik a középkorú, gazdaságilag aktív munkaképes korban lévő férfinépesség igen magas korai - idő előtti - halálózása. Az alábbiakban a standardizált halálozási adatokat mutatjuk be a Somogy megye kistérségeiben a 2001-2004 közötti időszakban:

Standardizált halálozási adatok Somogy megyében, kistérségekként 2001-2004 között

Összes halálozás

17. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	950,59	833,91	876,1	1005,58
Barcsi	1249,79	1321,43	1243,23	1200,81
Csurgói	1235,44	1010,09	1221,05	1114,83
Fonyódi	968,87	1081,97	1012,7	1007,48
Kaposvári	1126,97	1082,77	1061,63	1103,78
Lengyeltóti	1247,86	1067,48	1002,48	1332,58
Marcali	1124,00	1068,7	1188,53	1149,64
Nagyatádi	1207,56	1201,55	1380,57	1289,15
Siófoki	905,01	980,19	898,89	852,46
Tabi	1000,74	1270,81	1081,34	1128,89
Somogy	1098,62	1090,53	1090,19	1096,19
Országos	1035,51	1034,55	1047,97	1009,75



Standardizált halálozási adatok Somogy megyében, kistérségekként 2001-2004 között
0-64 éves korosztályos összes halálozás

18. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	328,76	349,05	326,21	416,53
Barcsi	567,85	676,06	555,63	525,64
Csurgói	522,10	478,73	530,33	416,04
Fonyódi	413,98	414,82	394,12	428,06
Kaposvári	462,49	440,36	400,47	434,2
Lengyeltóti	487,62	449,96	450,33	573,52
Marcali	534,94	488,12	525,08	421,92
Nagyatádi	522,97	446,26	558,04	506,19
Siófoki	364,46	415,9	295,14	357,28
Tabi	368,67	563,1	500,2	476,71
Somogy	461,82	464,30	436,36	441,06
Országos	433,57	429,79	429,60	420,81

Standardizált halálozási adatok Somogy megyében, kistérségekként 2001-2004 között

65 -X éves korosztályos összes halálozás

19. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	5981,75	4756,87	5325,27	5771,57
Barcsi	6767,28	6543,07	6806,6	6663,53
Csurgói	7006,97	5309,31	6809,63	6768,66
Fonyódi	5458,42	6479,79	6017,56	5695,47
Kaposvári	6503,23	6280,46	6410,96	6521,24
Lengyeltóti	7398,92	6063,73	5469,9	7474,11
Marcali	5890,04	5766,11	6556,49	7037,55
Nagyatádi	6746,52	7312,56	8035,63	7623,99
Siófoki	5278,55	5545,84	5783,77	4858,87
Tabi	6114,75	6996,84	5783,25	6405,6
Somogy	6250,95	6157,30	6380,21	6396,83
Országos	5905,73	5927,61	6051,19	5774,84

A Csurgói kistérség összes népességére (férfiak és nők) számított standard halálozási adatok azt mutatják, hogy a 2002. év kivételével a 2001-2004 közötti időszakban a kistérség mutatói folyamatosan és igen jelentősen meghaladták a Somogy megyei és az országos standard halálozási mutatókat. Amennyiben a kistérségi összes népesség körében 0-64 éves korosztályára vonatkozóan végezzük el a korosztályos standardizált halálozási mutató meghatározását, látható, hogy a 2004. év kivételével a 2001-2004 közötti időszakban a kistérség adott korosztályos standardizált halálozási mutatója folyamatosan és igen jelentősen meghaladta a Somogy megyei és az országos mutatókat. A 65 éves és ennél idősebb kistérségi népesség korosztályos standard halálozási mutatójának alakulása az mutatja, hogy a 2002. év



kivételével a 2001-2004 közötti időszakban a kistérségi mutatószám folyamatosan és igen jelentősen meghaladta a Somogy megyei és az országos mutatókat. Somogy megyében közel azonos, illetve még a Csurgói kistérségnél is kedvezőtlenebb éves mutatókkal találkozhatunk még a Barcsi és a Nagyatádi és a Nagyatádi, (a Csurgói kistérséget övező.) valamint a Lengyeltóti kistérségekben is. A továbbiakban a 2001-2004. közötti időszakra vonatkozóan azt vizsgáltuk, hogy a Csurgó kistérségben hogyan alakult a kistérségi halálloki statisztika, a népegészségügyi szempontból meghatározó morbiditási jelentőséggel és halálozással (mortalitással) bíró népbetegségekben. E vizsgálat során a fenti időtávban összehasonlítottuk a kistérségi mutatókat a Somogy megyei és az országos mutatókkal bemutatva az azokkal való azonosságokat, illetve a sajátosnak tekinthető eltéréseket. A kistérségi halálloki helyzet alakulását 5 lényeges megbetegedési csoportban vizsgáltuk, mint a szív és keringési rendszeri megbetegedések, a rosszindulatú daganatbetegségek, a légzőszervi betegségek, az emésztőszervi betegségek, valamint a „külső okokra” visszavezethető állapotok (balesetek, erőszakos cselekmények, öngyilkosság stb. vonatkozásában).

Szív és keringési rendszeri betegségek által okozott standardizált halálozási adatok a Csurgói kistérségben az össznépesség körében 2001-2004. között (BNO 10: I00-I99)

20. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	504,32	356,02	412,54	447,82
Barcsi	624,16	632,64	582,21	600,18
Csurgói	642,46	517,30	583,23	595,77
Fonyódi	429,94	488,25	472,24	517,97
Kaposvári	543,19	532,91	535,67	562,96
Lengyeltóti	638,52	498,16	502,91	638,82
Marcali	573,51	471,76	571,97	559,8
Nagyatádi	627,28	642,69	667,63	652,74
Siófoki	422,86	452,39	387,48	382,43
Tabi	499,97	668,91	503,67	508,01
Somogy	539,31	525,48	524,10	543,75
Országos	503,83	503,90	529,61	486,95

2001-2004 között a Csurgói kistérségben a szív-és keringési rendszeri betegségekkel összefüggő standardizált halálozási mutatók folyamatosan és jelentősen kedvezőtlenebbek voltak, mint a Somogy megyei és országos mutatószámok. A kistérségi halálozási statisztikában mind a férfiak, mind, pedig a nők körében az első helyen a szív és keringési rendszeri betegségek szerepeltek.



Szív és keringési rendszeri betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben az összes férfinépesség körében I./1.

2001-2004. között (BNO 10: I00-I99)

21. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	630,00	487,79	499,17	595,91
Barcsi	832,70	952,84	702,88	837,53
Csurgói	762,35	625,67	806,72	737,68
Fonyódi	551,03	577,85	592,18	722,42
Kaposvári	637,44	696,12	668,9	698,26
Lengyeltóti	774,87	625,97	864,49	810,71
Marcali	755,46	623,96	769,21	767,72
Nagyatádi	804,98	835,95	713,08	953,94
Siófoki	475,79	586,35	485,76	485,65
Tabi	626,20	770,61	598,34	767,33
Somogy	658,37	682,4	656,13	715,94
Országos	635,24	638,6	647,53	618,52

A kistérségi összes férfinépesség körében a 2001 - 2004 közötti időszakban - a 2002. évi kivételével - a szív-és keringési rendszeri standardizált halálozási adatok folyamatosan és igen jelentősen kedvezőtlenebbek voltak, mint a Somogy megyei és az országos standardizált halálozási adatok. Kimagasló szív-és keringési rendszeri standardizált halálozási adatokat mutatnak a Barcsi, a Marcali, a Nagyatádi és a Lengyeltóti, valamint a Tabi kistérségek is.

Szív és keringési rendszeri betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben a férfinépesség körében 0-64 éves életkorban I./2.

2001-2004. között (BNO 10: I00-I99)

22. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	186,57	140,18	166,65	160,79
Barcsi	238,54	378,97	199,03	271,75
Csurgói	311,96	232,45	257,43	249,69
Fonyódi	175,54	163,34	117,72	250,68
Kaposvári	185,34	200,88	179,53	186,15
Lengyeltóti	218,86	266,48	198,24	263,27
Marcali	271,16	262,35	234,13	172,72
Nagyatádi	289,06	202,79	243,68	290,64
Siófoki	127,93	189,71	93,74	82,70
Tabi	163,93	252,20	204,42	174,66
Somogy	209,24	220,41	181,06	198,26
Országos	191,94	188,01	188,59	182,48



Szív és keringési rendszeri betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben a férfinépeség körében 65-X éves életkorban I./3.

2001-2004. között (BNO 10: I00-I99)

23. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	4217,79	3300,32	3189,55	4116,40
Barcsi	5275,84	5596,02	4779,42	5415,15
Csurgói	4406,46	3807,18	5250,97	4685,96
Fonyódi	3589,06	3931,63	4430,93	4539,25
Kaposvári	4295,39	4703,10	4628,31	4841,66
Lengyeltóti	5273,51	3534,58	6255,07	5240,02
Marcali	4673,90	3549,67	5098,43	5581,87
Nagyatádi	4979,24	5958,81	4510,92	6320,58
Siófoki	3290,24	3795,54	3657,62	3745,89
Tabi	4366,39	4965,05	3785,53	5562,54
Somogy	4292,23	4420,30	4499,87	4904,42
Országos	4221,95	4284,21	4360,79	4146,51

A 2001-2004 évek közötti időszakban a Csurgói kistérség 0-64 éves korú férfinépeségének a szív-és keringési rendszeri standardizált halálozási adatai folyamatosan és igen jelentősen meghaladták a Somogy megyei és az országos standardizált halálozási adatokat. Kimagaslóan kedvezőtlenek a Csurgói kistérséget körülvevő Barcsi, Nagyatádi, valamint a Marcali kistérségek standardizált halálozási adatai, de igen kedvezőtlenek a Tabi és a Lengyeltóti kistérségek szív-és keringési rendszeri standardizált halálozási adatai is. A Csurgói kistérség 65 éves és ennél idősebb férfinépesége körében a szív-és keringési rendszeri standardizált halálozási adatok a 2001. évben, valamint a 2003. évben a Somogy megyei, a 2001. és a 2003-2004. években az országos halálozási adatokat jóval meghaladóan alakultak. Látható, hogy a Csurgói kistérség halálteki statisztikájában a férfiaknál és a nőknél (alábbiakban bemutatottan) az első helyen álló szív-és keringési rendszeri halálozások meghatározóan a kistérségi, főleg 0-64 éves korosztályos, gazdaságilag aktív és munkaképes korban lévő férfinépeségét érintik, legfőbb okát képezve a kistérségi népesség születéskor várható életkorának jelentős elmaradását (korai, magas „idő előtti” halálozás miatt) a Somogy megyei és az országos átlagoktól.



Szív és keringési rendszeri betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben az összes népesség körében I./4.

2001-2004. között (BNO 10: I00-I99)

24. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	406,89	260,69	334,66	354,98
Barcsi	476,20	410,00	502,91	439,68
Csurgói	542,45	438,49	440,79	473,97
Fonyódi	345,17	420,60	392,26	372,6
Kaposvári	475,76	422,28	438,12	468,52
Lengyeltóti	543,13	376,44	305,77	540,48
Marcali	449,68	347,54	437,97	417,20
Nagyatádi	484,83	522,50	589,44	458,78
Siófoki	382,35	354,26	321,5	322,84
Tabi	397,92	588,52	412,99	352,15
Somogy	451,18	413,41	426,84	427,26
Országos	409,34	408,12	409,53	393,64

2001-2004 közötti időszakban a Csurgói kistérség összes népessége körében a szív-és keringési standardizált halálozási adatai folyamatosan és minden évben jelentősen meghaladták a Somogy megyei és az országos standardizált halálozási adatokat. Ugyanakkor az is látható, hogy a kistérségi összes népesség körében a szív-és keringési rendszeri standardizált halálozási adatok nagyságrendjei elmaradnak a férfinépesség standardizált halálozási adataihoz képest, tehát a kistérségben az összes népességen belül 52 %-os részarányt képező népesség körében a 48 %-os arányt képező férfinépesség halálozási adataihoz képest lényegesen kisebb mértékűek a standardizált halálozási adatok.

Szív és keringési rendszeri betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben a népesség körében 0-64 éves életkorban I./5.

2001-2004. között (BNO 10: I00-I99)

25. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	29,76	32,49	30,27	36,21
Barcsi	76,2	66,46	105,54	89,14
Csurgói	121,53	109,15	74,42	50,09
Fonyódi	58,02	36,74	70,15	42,96
Kaposvári	85,57	45,71	54,53	76,71
Lengyeltóti	103,25	101,15	54,53	106,85
Marcali	113,14	58,32	87,39	35,81
Nagyatádi	56,63	88,06	68,04	58,2
Siófoki	93,63	42,53	24,17	55,39
Tabi	36,08	156,25	48,01	35,06
Somogy	81,58	57,68	59,78	62,82
Országos	68,98	65,29	63,97	64,21



Szív és keringési rendszeri betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben a nőnépesség körében 65-X éves életkorban I./6.
2001-2004. között (BNO 10: I00-I99)

26. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	3458,23	2107,08	2797,51	2934,07
Barcsi	3712,56	3189,58	3717,95	3275,83
Csurgói	3948,04	3103,14	3405,08	3903,54
Fonyódi	2668,53	3526,38	2998,42	3039,66
Kaposvári	3632,70	3469,05	3541,74	3638,62
Lengyeltóti	4102,14	3422,16	2338,51	4048,95
Marcali	3172,57	2687,56	3274,48	3503,04
Nagyatádi	3949,41	4037,48	4808,1	3699,84
Siófoki	2718,29	2876,48	2727,18	2486,76
Tabi	3325,56	4085,97	3366,15	2917,70
Somogy	3441,62	3291,57	3396,74	3375,93
Országos	3163,24	3181,92	3205,41	3059,00

A Csurgói kistérségben a nőnépesség körében a szív-és keringési rendszer korosztályos halálozásának hangsúlyai a férfinépesség korosztályos halálozásának hangsúlyait követő módon alakultak. Látható, hogy mind a férfinépesség, mind, pedig a nőnépesség körében a 65 éves és az ennél idősebb korosztályban magasabbak a standardizált halálozási adatok. 2001-2004 közötti időszakban, a kistérségben élő 0-64 éves korú nők standardizált halálozási adatai folyamatos javulást mutattak ugyan, de a javulás mellett is folyamatosan és igen jelentősen elmaradtak a Somogy megyei, de ennél is jelentősebb mértékben az országos adatoktól.

A 2001-2004 közötti időszakban, a kistérségi haláloki statisztikában a férfinépesség és a nőnépesség körében is a második helyen álltak a rosszindulatú daganatok által okozott halálozások. 2003-tól kezdődően a férfiaknál és a nőknél is első helyen álltak - az országos trendeket követve - a primer hörgőrendszeri rákbetegségek, majd ezt követték a férfiaknál a vastagbél és végbélrák betegségek, a nőknél, pedig az emlőrákbetegségek és a vastag-végbél rákbetegségek. A férfiaknál emelkedő volt a prosztatara kbetegség, a nőknél továbbra is meghatározó probléma volt a méhnyakrák betegségek magas halálozása, mindkét nemnél növekvő a bőrrákok, a szájüregi daganatok okozta halálozások.



Rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben az összes népesség körében I./7.

2001-2004. között (BNO 10: C00 - D48)

27. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	222,38	277,18	273,02	286,78
Barcsi	296,26	283,18	349,23	286,28
Csurgói	281,94	202,84	317,88	227,16
Fonyódi	261,08	299,2	265,29	234,51
Kaposvári	313,81	271,44	266,15	291,95
Lengyeltóti	340,41	292,97	314,92	365,2
Marcali	258,22	247,96	323,75	280,69
Nagyatádi	239,89	242,56	304,58	285,38
Siófoki	247,07	265,57	244,19	253,61
Tabi	224,11	261,44	245,3	325,7
Somogy	283,61	265,74	282,54	279,75
Országos	268,89	266,22	267,68	264,76

Rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben az összes 0-64 éves korú népesség körében I./8.

2001-2004. között (BNO 10: C00 - D48)

28. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	81,86	159,15	114,11	153,43
Barcsi	179,90	173,10	219,38	165,18
Csurgói	134,96	134,78	157,53	116,89
Fonyódi	117,39	157,19	113,02	117,60
Kaposvári	163,00	147,78	135,69	159,48
Lengyeltóti	160,66	169,76	196,37	199,32
Marcali	142,32	129,90	182,55	141,61
Nagyatádi	198,31	105,21	153,61	129,79
Siófoki	97,67	153,37	101,29	124,32
Tabi	94,82	146,94	135,20	214,61
Somogy	146,08	146,30	144,68	149,74
Országos	140,19	141,36	140,57	139,94



Rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben az összes 65 -X éves korú népesség körében I./9.

2001-2004. között (BNO 10: C00 - D48)

29. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	1359,28	1232,17	1558,74	1317,16
Barcsi	1237,01	1173,79	1399,78	1266,15
Csurgói	1471,09	753,47	1615,33	1119,36
Fonyódi	1423,62	1448,21	1497,26	1180,46
Kaposvári	1534,07	1271,97	1321,73	1358,29
Lengyeltóti	1794,8	1289,86	1274,13	1625,54
Marcali	1155,51	1203,17	1466,21	1406
Nagyatádi	1067,2	1353,8	1526,03	1544,2
Siófoki	1455,87	1174,25	1400,38	1299,64
Tabi	1270,12	1187,86	1136,19	1224,48
Somogy	1396,38	1232,16	1397,97	1331,7
Országos	1310,27	1276,39	1296,18	1274,68

A Csurgói kistérség összes népessége körében a rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozások a 2. helyet foglalják el a halálteki (statisztikában) struktúrában. Az összes népességre számítottan a rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a 2001. évben a Somogy megyei átlaghoz közel, 2003-ban azt lényegesen meghaladóan alakultak, a 2002. és a 2004. években a Somogy megyei átlagoknál kedvezőbbek voltak. A 2001 és 2003. években a kistérségi standardizált halálozási adatok az országos átlagot jelentősen meghaladóak voltak, a 2002. évi és a 2004. évi kistérségi standardizált halálozási adatok, pedig az országos átlagok alatt teljesültek.

Rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben az összes férfinépesség körében I./10.

2001-2004. között (BNO 10: C00 - D48)

30. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	299,68	454,51	465,14	450,18
Barcsi	417,37	431,65	562,41	391,51
Csurgói	446,43	357,27	567,09	371,64
Fonyódi	418,21	426,24	359,30	269,03
Kaposvári	432,60	404,47	369,06	435,03
Lengyeltóti	438,31	362,72	510,05	515,74
Marcali	422,39	429,07	498,38	428,74
Nagyatádi	477,31	348,84	440,91	462,66
Siófoki	316,66	409,08	395,48	389,60
Tabi	309,55	342,39	346,05	446,64
Somogy	408,57	403,00	423,78	413,52
Országos	378,47	375,54	375,41	372,05



Rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben a férfinépesség körében 0-64 éves korban I./11.

2001-2004. között (BNO 10: C00 - D48)

31. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	106,47	237,49	179,92	190,1
Barcsi	247,01	240,32	297,74	234,48
Csurgói	179,03	239,58	272,75	203,66
Fonyódi	148,12	180,06	159,42	116,13
Kaposvári	208,39	194,16	171,94	237,03
Lengyeltóti	257,83	199,36	374,97	233,81
Marcali	191,72	226,7	213	226,35
Nagyatádi	319,8	152,09	207,13	179,75
Siófoki	131,88	210,9	154,92	174,67
Tabi	103,81	195,37	226,76	276,15
Somogy	195,86	202,13	201,14	211,26
Országos	187,84	190,73	186,76	188,41

Rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben a férfinépesség körében 65-X éves korban I./12.

2001-2004. között (BNO 10: C00 - D48)

32. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	1862,97	2210,45	2772,87	2555,19
Barcsi	1795,78	1979,69	2703,86	1662,02
Csurgói	2609,94	1309,47	2948,63	1730,73
Fonyódi	2603,49	2418,04	1976,49	1506,11
Kaposvári	2246,66	2106,08	1963,98	2037,03
Lengyeltóti	1898,58	1684,43	1602,96	2796,86
Marcali	2288,66	2066,37	2807,38	2066,27
Nagyatádi	1751,76	1940,76	2332,37	2751,69
Siófoki	1811,66	2012,51	2341,87	2128,57
Tabi	1974,15	1531,99	1311,26	1826,06
Somogy	2129,60	2028,26	2225,11	2049,98
Országos	1920,86	1870,82	1901,72	1857,88

A 2001. és a 2003. években a Csurgói kistérség összes férfinépessége körében a rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai igen jelentősen meghaladták a Somogy megyei és az országos halálozási adatokat, a másik két évben, pedig a megyei és az országos adatok alatt alakultak. A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozások elsősorban a 65 éves és az ennél idősebb korú kistérségi férfinépességet érintették, a 0-64 éves korú férfinépesség halálozási adatai 2002-2004 között az országos átlagot meghaladóan, a 65-X korú férfinépesség halálozási adatai - ingadozóan, de - szintén az országos halálozási adatokat meghaladóak voltak.



Rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben az összes nőnépesség körében I./13.
2001-2004. között (BNO 10: C00 - D48)

33. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	161,88	160,30	148,00	190,62
Barcsi	215,01	183,51	209,54	204,60
Csurgói	190,95	100,93	158,06	127,51
Fonyódi	159,34	222,39	199,78	212,89
Kaposvári	235,52	189,25	204,53	192,32
Lengyeltóti	233,29	247,41	158,64	271,97
Marcali	162,01	122,01	222,05	172,38
Nagyatádi	167,24	168,33	202,59	171,53
Siófoki	193,30	170,79	145,77	165,30
Tabi	182,05	206,60	153,79	230,33
Somogy	200,53	177,46	190,06	188,63
Országos	194,51	191,85	194,89	191,24

Rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben a nőnépesség körében 0-64 éves korban I./14.
2001-2004. között (BNO 10: C00 - D48)

34. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	56,28	97,51	61,30	134,26
Barcsi	127,01	117,75	146,09	105,78
Csurgói	98,56	47,25	54,98	47,84
Fonyódi	90,03	140,98	74,54	116,70
Kaposvári	125,09	108,19	107,28	95,27
Lengyeltóti	66,90	150,82	41,18	169,82
Marcali	108,76	44,92	159,24	65,28
Nagyatádi	95,94	66,49	108,53	85,96
Siófoki	65,58	104,68	51,76	79,17
Tabi	94,48	108,36	50,79	154,86
Somogy	103,92	99,49	96,62	96,93
Országos	99,95	99,63	101,49	98,53

A Csurgói kistérség összes nőnépessége körében a 2001-2004 közötti időszakban a rosszindulatú daganatos betegségek standard halálozási adatai folyamatosan és jelentősen kedvezőbbek voltak, mint a Somogy megyei és az országos halálozási adatok. A 0-64 éves korosztályos kistérségi nőnépességi halálozási adatok - leszámítva a 2001. év halálozási adatait - folyamatosan és jelentősen alatta maradtak a Somogy megyei és az országos korosztályos halálozási adatoknak. Látható, hogy Somogy megyében a Barcsi, a Marcali, a Nagyatádi, valamint a Lengyeltóti kistérségek összes nőnépessége körében okoznak elsősorban magas halálozást a rosszindulatú daganatos betegségek.



**Rosszindulatú daganatos betegségek standardizált halálozási adatai a Csurgói kistérségben a népesség körében 65-X éves korban I./15.
2001-2004. között (BNO 10: C00 - D48)**

35. sz. táblázat

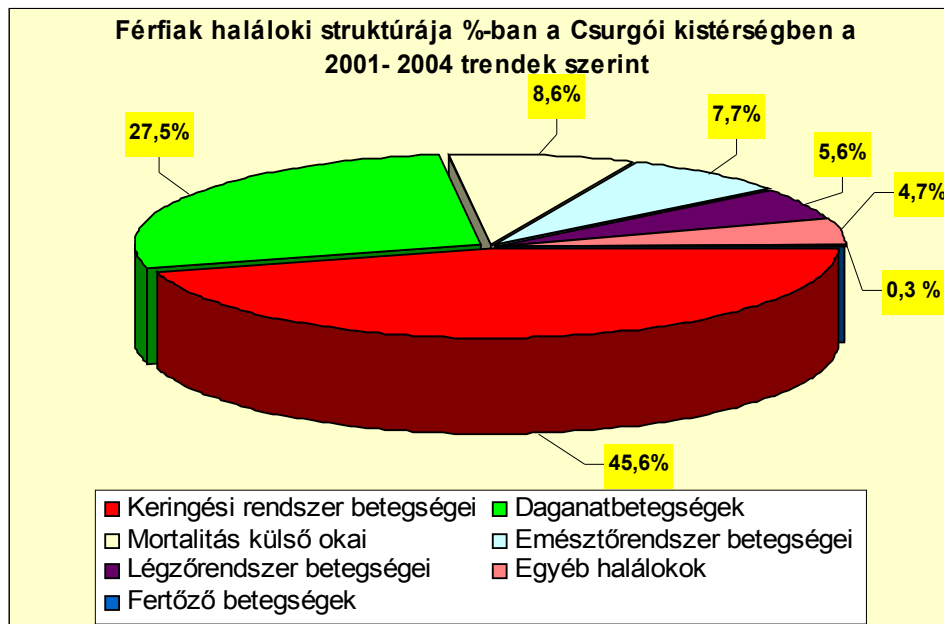
Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	1016,31	668,40	849,49	646,69
Barcsi	927,01	715,59	722,87	1004,15
Csurgói	938,50	535,25	992,05	772,08
Fonyódi	720,18	881,08	1212,93	991,19
Kaposvári	1129,00	845,15	991,41	977,52
Lengyeltóti	1579,52	1028,9	1109,02	1098,42
Marcali	592,82	745,71	730,23	1038,95
Nagyatádi	744,07	992,30	963,61	863,85
Siófoki	1226,73	705,65	906,42	862,13
Tabi	890,57	1001,43	987,18	840,89
Somogy	982,16	808,28	946,07	930,56
Országos	959,65	937,97	950,56	941,36

A Csurgói kistérség népességének halálozási adataira is jellemző, hogy rosszindulatú daganatos betegségek elsősorban az idősebb korosztályokban okoznak magasabb arányú halálozást, ugyanakkor itt is látható, hogy a 65 éves és ennél idősebb korosztályos kistérségi népesség halálozási adatai is - 2001 - 2004 között időszakban - folyamatosan kedvezőbbek voltak, mint a Somogy megyei és az országos halálozási adatok. A Csurgói kistérség összes férfinépesége és összes népessége halálloki struktúrájában egyaránt vezető halálokok a szív-és keringési rendszeri megbetegedések (1. helyen) és a rosszindulatú daganatos betegségek (2. helyen). Ha 2001-2004 közötti időszak trendjeit követve a kistérségi férfiak és a nők körében a halálloki struktúra alakulását áttekintjük, akkor láthatóvá válik, hogy a férfiak körében a szív-és keringési rendszeri betegségek 45,6 %-ban, a nők körében 57,5 %-ban, míg a férfiak körében a rosszindulatú daganatos betegségek 27,5 %-ban, a nők körében 21,5 %-ban azonosíthatóak a halálloki struktúrában. A férfiaknál tehát az összes halálozás 73,2 %-a, a nőknél az összes halálozás 79,0 %-a vezethető vissza erre a két meghatározó jelentőségű megbetegedésre. A kistérségi összes népesség körében (mind a férfinépeség, mind a népesség vonatkozásában) a halálloki struktúra 3. helyén a külső okokra visszavezethető mortalitás (baleset, sérülés, mérgezés, erőszakos cselekmények, öngyilkosság stb.) szerepel, a férfiaknál 8-9 %-ban, a nőknél 5-6 %-ban. A halálloki struktúrában a 4. helyen a krónikus lefolyású emésztőszervi megbetegedések állnak, a férfiaknál ez a betegségcsoport az összes halálozás 7-8 %-ában, a nőknél az összes halálozás 5-6 %-ában felelős halálhoz vezető ok. Végül a kistérségi halálloki struktúra 5. helyén a krónikus légzőszervi betegségek állnak, a férfiaknál 5-6 %-ban, a nőknél 4-5 %-ban (de itt egyre növekvő mértékben.).



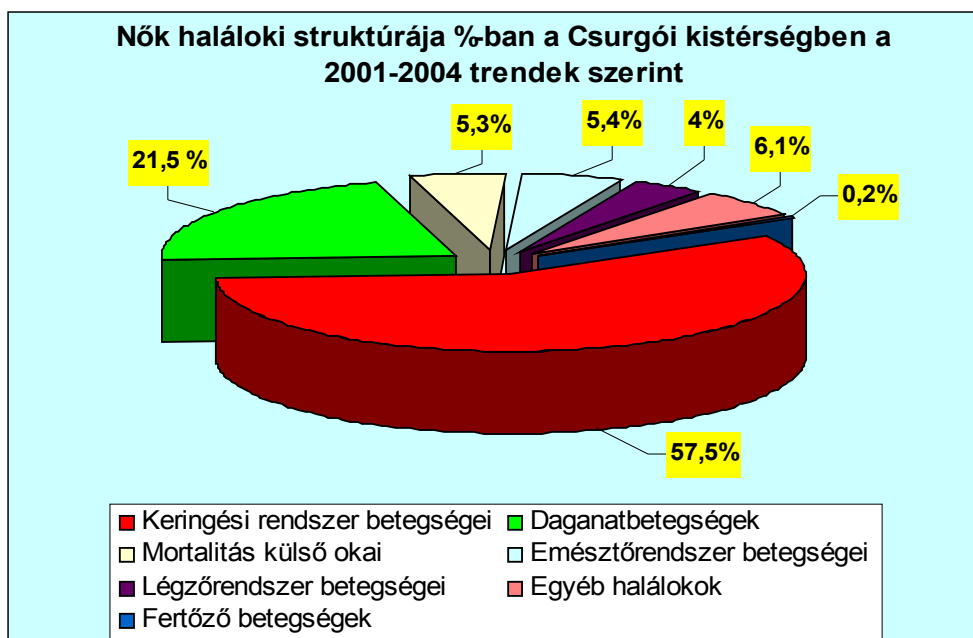
**Halálloki struktúra a Csurgói kistérségben a 2001-2004 közötti
halálozási trendeknek megfelelően a férfiak körében**

11. ábra



**Halálloki struktúra a Csurgói kistérségben a 2001-2004 közötti
halálozási trendeknek megfelelően a nők körében**

12. ábra



Az alábbiakban a mortalitás „külső” okai, az emésztőrendszeri és a légzőrendszeri betegségek okozta standardizált halálozási adatokat mutatjuk be (Somogy megyei és országos



összehasonlításban.) a Csurgói kistérségre vonatkozóan, a kistérségi összes népesség vonatkozásában és valamennyi korosztályra vonatkozóan összevontan.

**„Külső okra” visszavezethető standardizált halálozási adatok a Csurgói kistérségben az összes (férfi és nő) népesség körében I./16.
2001-2004. között (BNO 10: V01 -Y999)**

36. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	71,13	86,98	40,14	74,62
Barcsi	82,33	162,96	94,05	77,54
Csurgói	116,78	114,05	82,72	82,23
Fonyódi	99,49	96,63	97,6	106,24
Kaposvári	78,98	91,47	78,29	63,5
Lengyeltóti	127,11	103,87	58,05	126,11
Marcali	86,17	108,05	91,69	88,16
Nagyatádi	97,42	120,76	140,43	90,88
Siófoki	68,90	88,05	84,59	72,29
Tabi	79,76	94,62	83,02	118,3
Somogy	85,29	102,46	86,54	79,63
Országos	80,86	81,61	80,02	76,79

A Csurgói kistérség összes népessége körében a 2001-2004 közötti időszakban a „külső” okokra (baleset, sérülés, mérgezés, öngyilkosság, erőszakos cselekmények) visszavezethető standardizált halálozási adatok, - a 2003. év adatainak kivételével - folyamatosan és jelentősen meghaladták a Somogy megyei és az országos halálozási adatokat. Somogy megyében kimagaslónak tekinthető a kistérségi összes népesség körében a külső okokra visszavezethető mortalitás a Nagyatádi, a Lengyeltóti, valamint a Fonyódi kistérségekben.

**Emésztőrendszeri standardizált halálozási adatok a Csurgói kistérségben az összes (férfi és nő) népesség körében I./17.
2001-2004. között (BNO 10: K00 -K92)**

37. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	98,74	65,67	77,58	93,87
Barcsi	78,69	88,45	73,83	74,24
Csurgói	75,26	72,80	59,20	72,41
Fonyódi	112,08	96,75	91,41	47,55
Kaposvári	75,37	74,1	76,26	70,14
Lengyeltóti	46,21	87,09	38,09	88,43
Marcali	102,5	95,40	67,32	95,79
Nagyatádi	31,27	71,61	77,72	94,91
Siófoki	67,92	82,00	84,89	62,82
Tabi	69,14	99,11	105,4	70,25
Somogy	76,07	81,11	77,13	73,69
Országos	81,64	78,00	79,94	76,60



A krónikus emésztőszervi betegségek okozta standardizált halálozási adatok a Csurgói kistérség összes népessége körében folyamatosan kedvezőbbek voltak, mint a Somogy megyei és az országos halálozási adatok a 2001-2004 közötti időszakban.

**Légzőrendszeri standardizált halálozási adatok a Csurgói kistérségben az összes (férfi és nő) népesség körében I./18.
2001-2004. között (BNO 10: J00-J999)**

38. sz. táblázat

Kistérségek	2001	2002	2003	2004
Balatonföldvári	19,56	11,82	33,78	39,84
Barcsi	53,51	72,91	63,49	61,57
Csurgói	50,08	55,60	74,74	76,99
Fonyódi	30,59	27,04	26,02	38,07
Kaposvári	45,27	39,94	52,95	53,26
Lengyeltóti	44,45	57,58	29,08	21,55
Marcali	47,47	67,07	57,11	55,22
Nagyatádi	67,12	47,65	80,16	79,79
Siófoki	28,48	27,78	21,39	39,49
Tabi	46,35	55,67	53,27	50,92
Somogy	44,01	44,85	49,80	53,07
Országos	33,57	36,03	41,42	39,15

A Csurgói kistérség összes népessége (a férfiak és a nők között igen jelentős mértékű, a nőknél is dinamikusan növekvő.) körében az igen elterjedt (magas az „erősen dohányzók” aránya) dohányzási szokásokkal szorosan összefüggően a kistérségi krónikus légzőrendszeri betegségek standardizált halálozási adatai 2001-2004 között folyamatosan és igen jelentősen meghaladták a Somogy megyei és az országos halálozási adatokat. Különösen jellemző a kistérség férfi és nőnépessége körében a fiatalabb korosztályokban is a dohányzás egyre nagyobb arányú és mértékű megjelenése, amelynek egyik következményeként elsősorban a középkorú és az idősebb korú férfiak körében láthatóak igen jelentős, a megyei és az országos átlagot is meghaladó halálozási adatok. A krónikus légzőszervi betegségek okozta magas kistérségi halálozást vizsgálva megállapítható, hogy nemcsak az a probléma, hogy a népesség igen széles körét érinti a dohányzás és a dohányzás mértéke, valamint az erős dohányosok száma is magas, hanem probléma az is, hogy a dohányzás egyre fiatalabb korosztályokban (már nemektől is függetlenül) és egyre nagyobb arányban jelenik meg és fixálódik, mint káros, magas egészségkockázatot okozó és egészségkárosodáshoz vezető szenvedély. A Csurgói kistérség népességének (nemek szerinti és korosztályos megoszlásban, összevetve a Somogy megyei kistérségek adataival, valamint a Somogy megyei és országos átlagokkal) standardizált halálozási adatait, valamint a kistérségre jellemző halálloki struktúrát a 2001-2004 közötti időszak dinamikus mutatósora mellett (trendmegállapítás) vizsgáltuk a 2005.

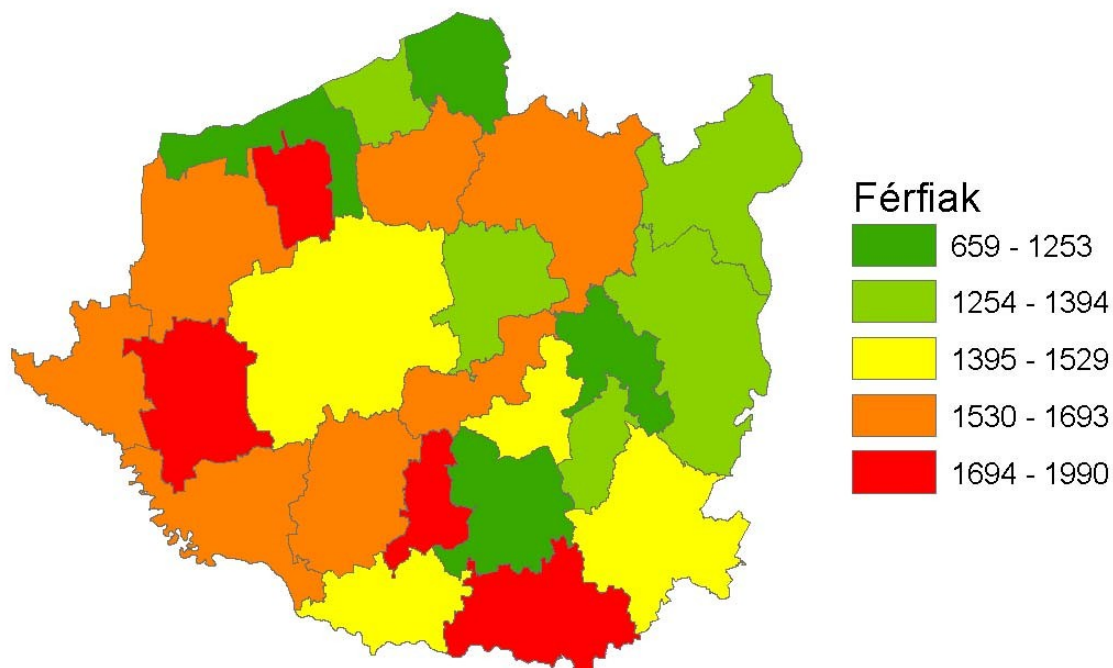


évre vonatkozó statikus mutatószámokkal is. Előjáróban azt is meg kell állapítanunk, hogy Magyarországon a 2004. évi aránylag kedvező és országosan csökkenő halálozási számot követően 2005-ben a halálozás országosan hirtelen és igen jelentősen megemelkedett.

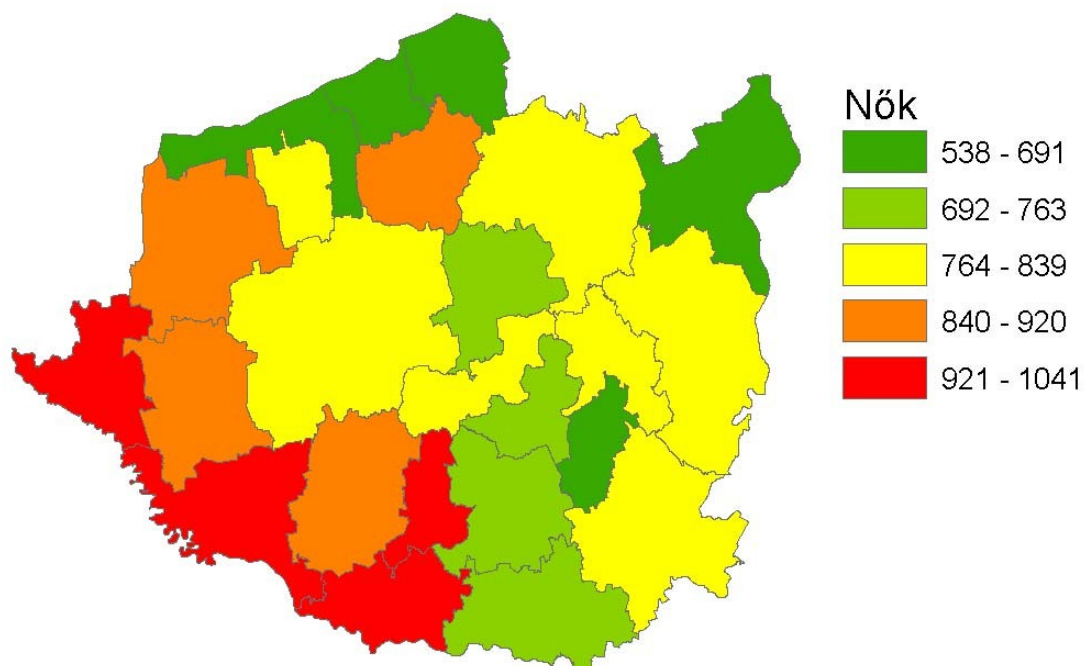
13-28 sz. ábrák következnek:



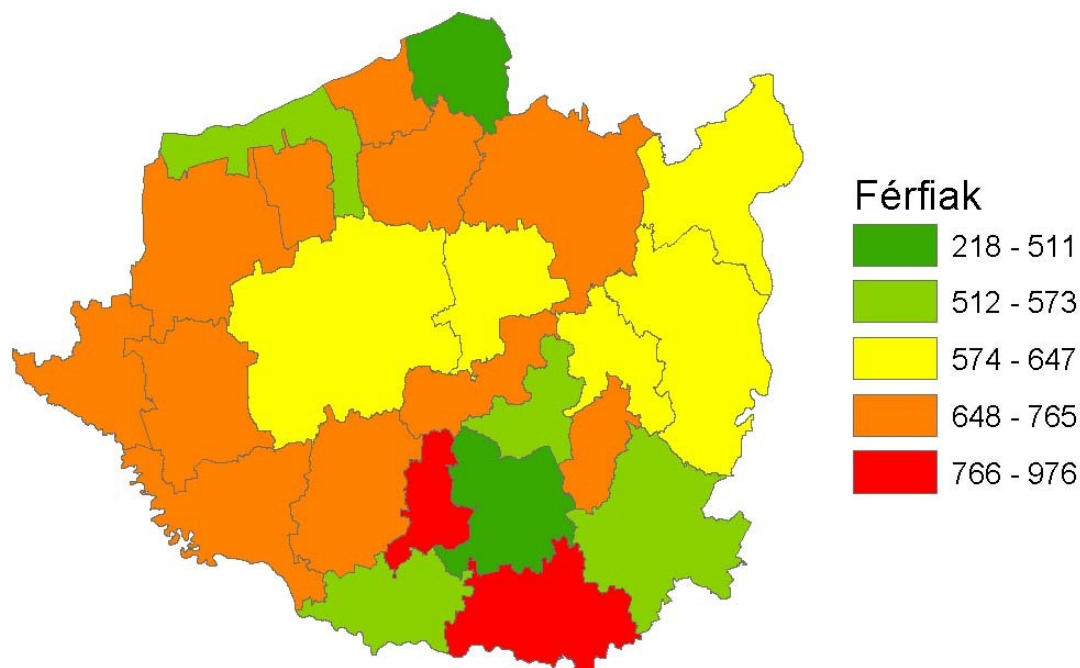
A 0-X éves korú férfiak és nők összhalálózása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 000 főre a 2005. évben



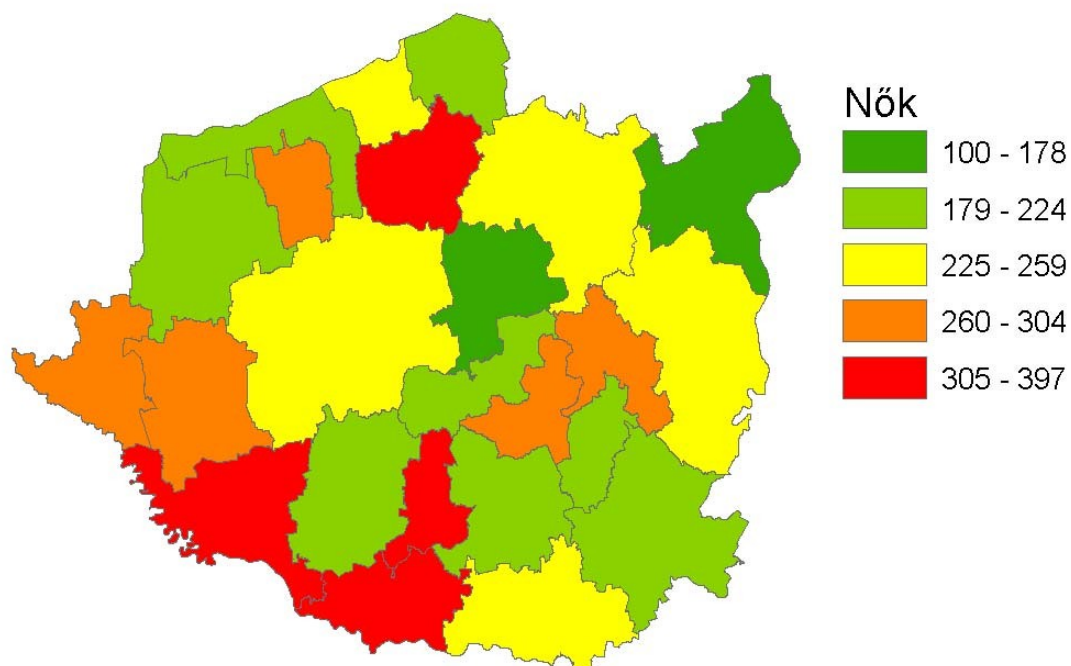
2005-ben, a Csurgói kistérség a férfinépesség összhalálózási adatait illetően a magas, a nőnépesség összhalálózási adatait illetően a kismelkedően magas halálózású kistérségek közé tartozott a Dél-Dunántúli régióban! A diagrammokon a kritikus halálózási adatokkal rendelkező kistérségek jól azonosíthatóak, összhangban követve a 2001-2004 közötti időszak kistérségi halálózási trendjeit!



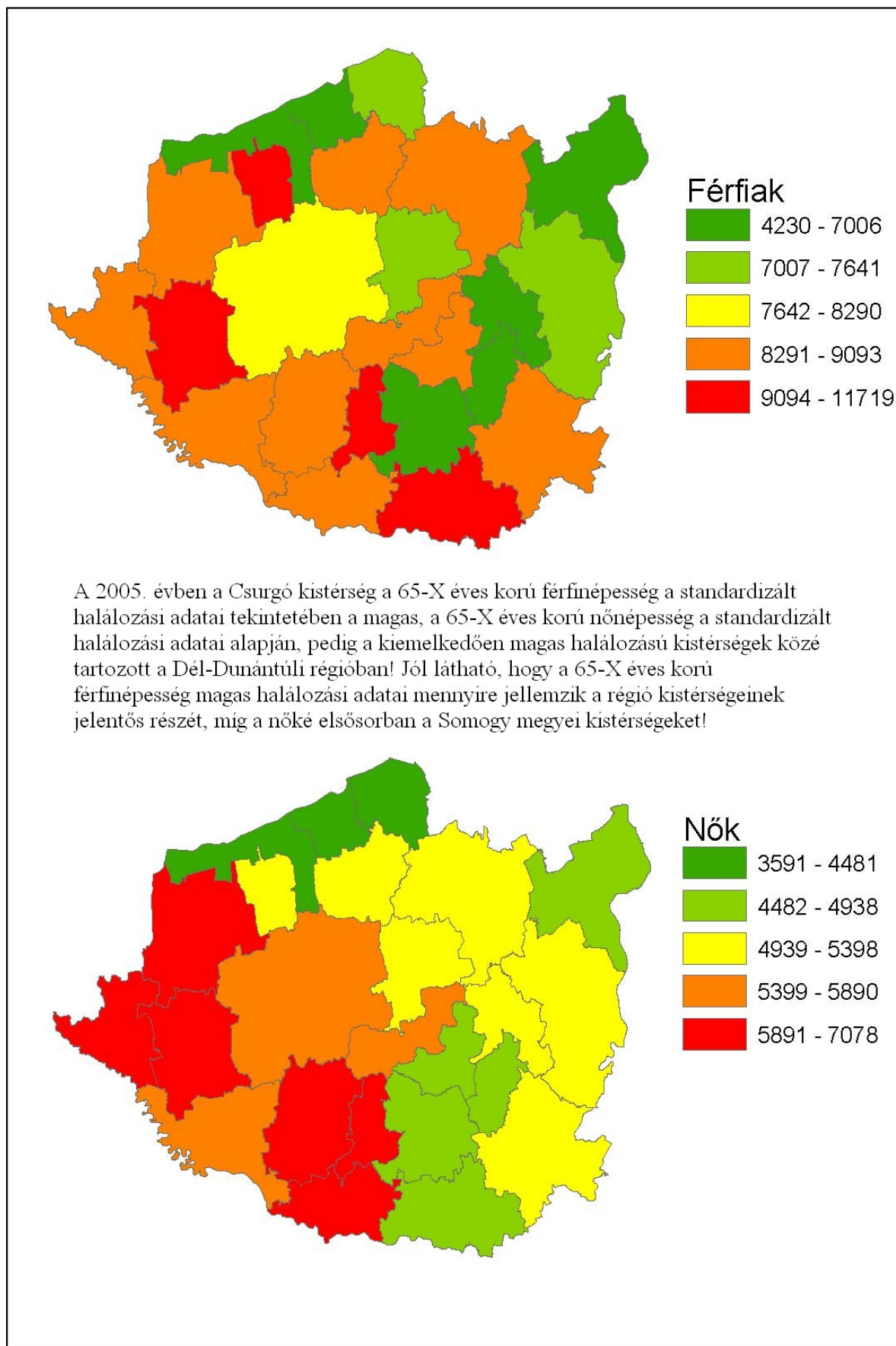
A 0-64 éves korú férfiak és nők összhalálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 000 főre a 2005. évben



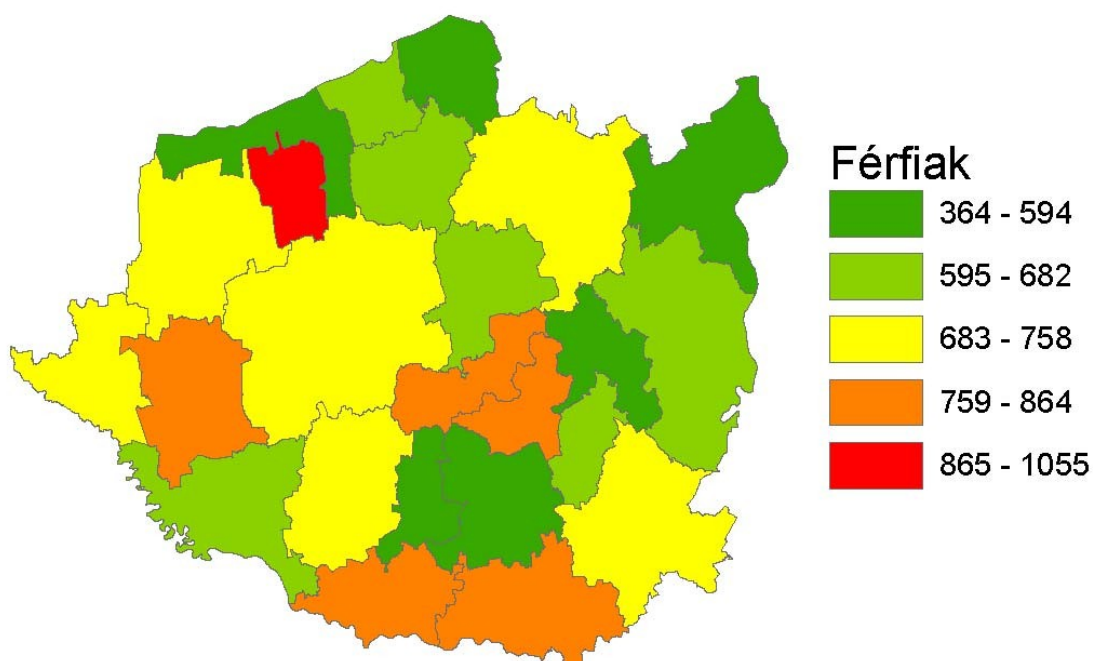
A 0-64 éves korú férfinepesség és nőnépesség halálozási adatai alapján a Csurgói kistérség a Dél-Dunántúli régió magas halálozású kistérségei közé tartozott a 2005. évben! A diagrammokon jól láthatóak, hogy ebben a korosztályban különösen a férfiaknál, de a nőknél is milyen magas halálozási adatokkal rendelkeznek a Somogy megyei határmenti kistérségek!



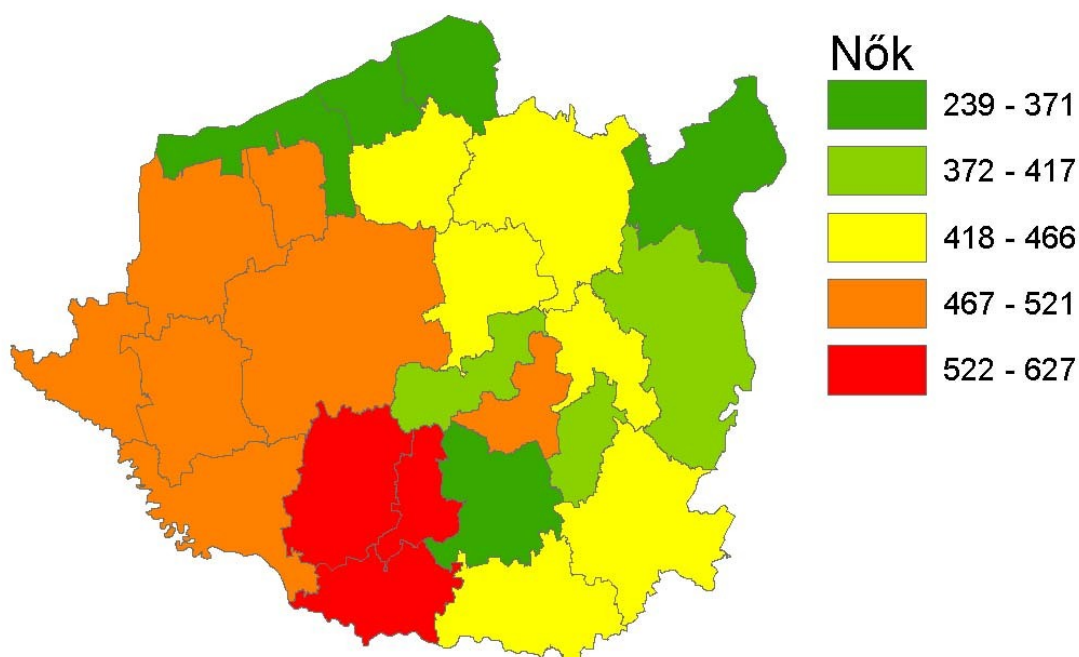
A 65-X éves korú férfiak és nők összhalálózása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 000 főre a 2005. évben



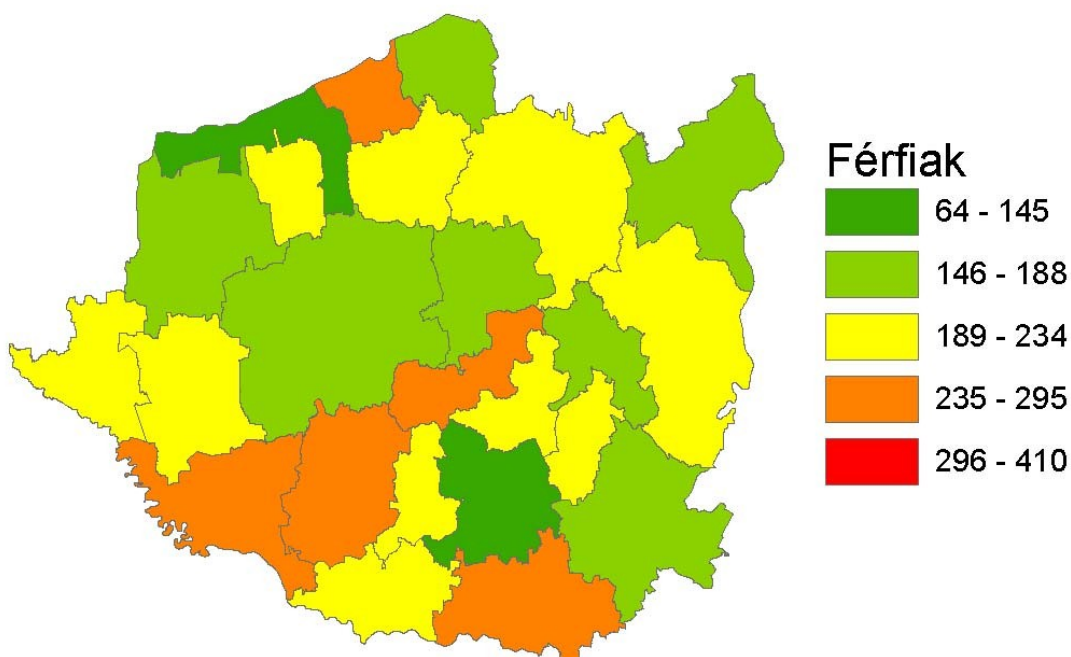
**A 0-X éves korú férfiak és nők keringési rendszeri betegségek miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 000 főre 2005.-ben
BNO 10: I00 - I99A**



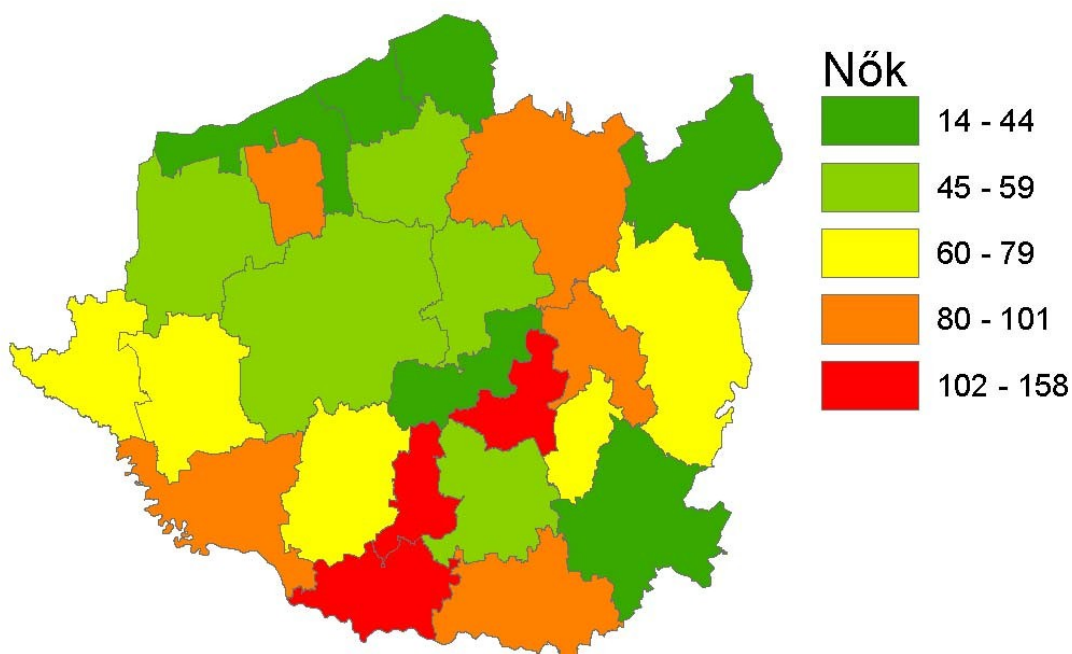
A 2005- évben a Csurgoi kistérség a férfinépeség keringési rendszeri halálozás tekintetében a közepes halálozású, a nők keringési rendszeri halálozása tekintetében a magas halálozású kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régió! A nők igen kedvezőtlen keringési rendszeri halálozási adatai tekintetében jól látható a Somogy megyei kistérségek, valamint a határmenti Baranya megyei kistérségek dominanciája!



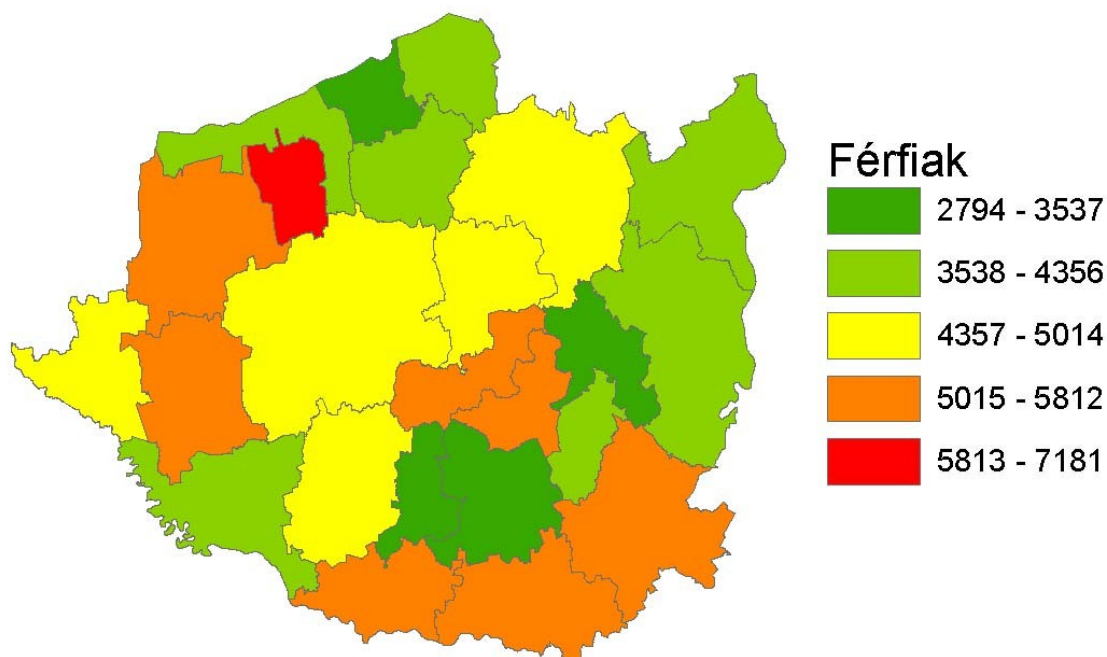
**A 0-64 éves korú férfiak és nők keringési rendszeri betegségei miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 000 főre 2005-ben
BNO 10: I00 - I99B**



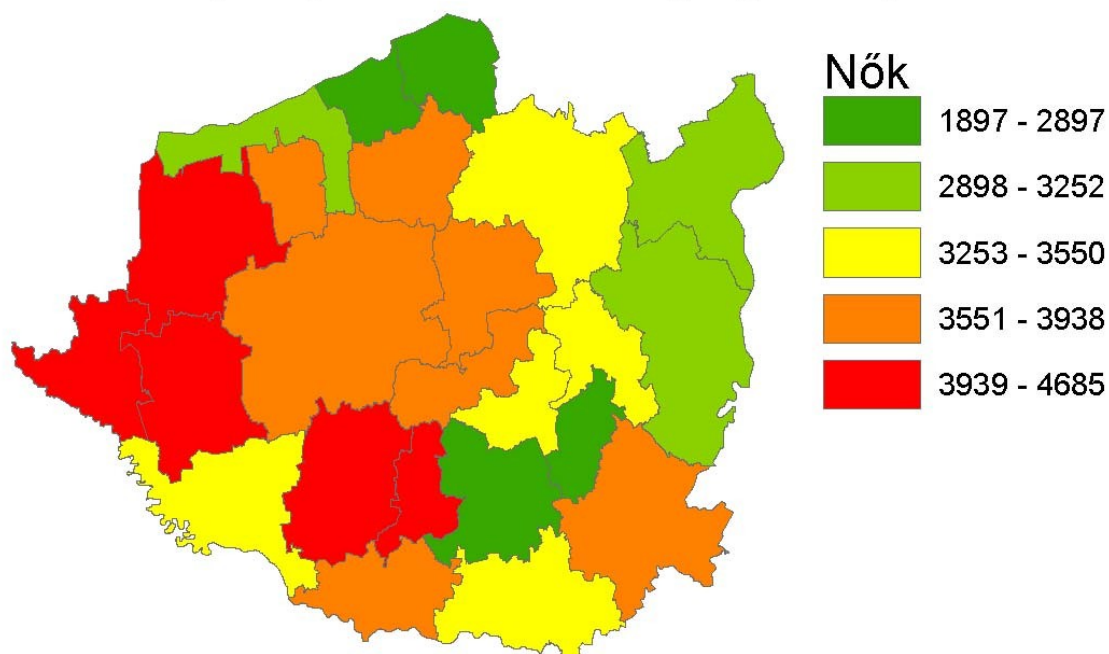
A 2005. évben a Csurgói kistérség a 0-64 éves korú férfinépesség és a nőnépesség keringési rendszeri betegségei miatt halálozási adatait tekintve a Dél-Dunántúli régió közepes (átlagos) halálozású kistérségei közé tartozott! Igen figyelemre méltó a Somogy megyei Barcsi kistérség korosztályos férfi és nőnépességének magas keringési rendszeri okú halálozása!



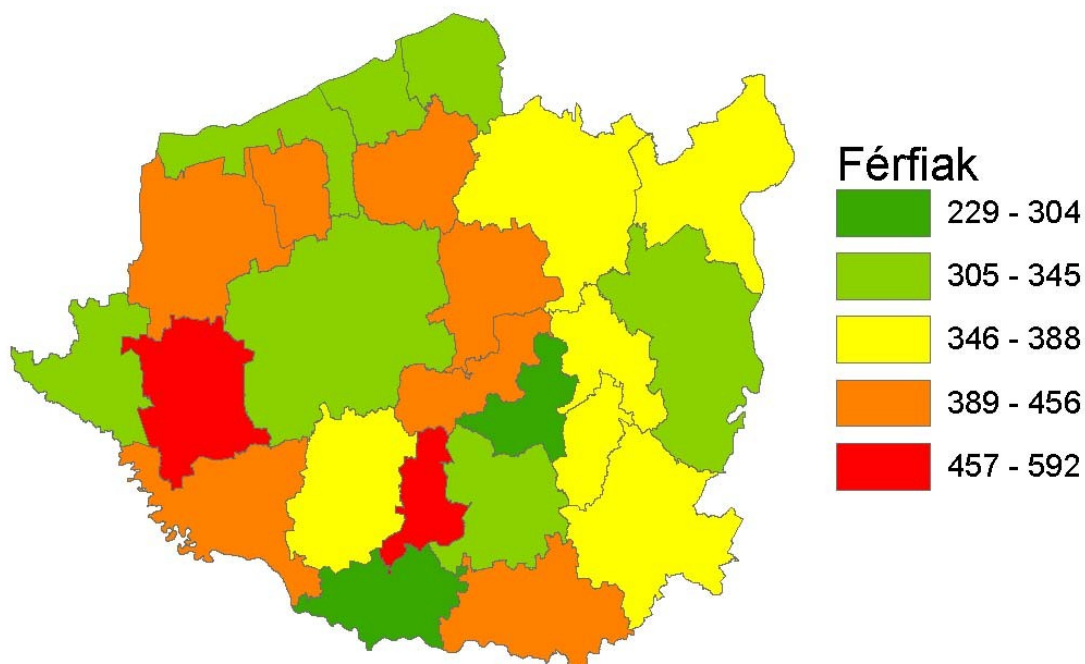
**A 65-X korú férfiak és nők keringési rendszeri betegségei miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 000 főre 2005-ben
BNO 10: I00 - I99C**



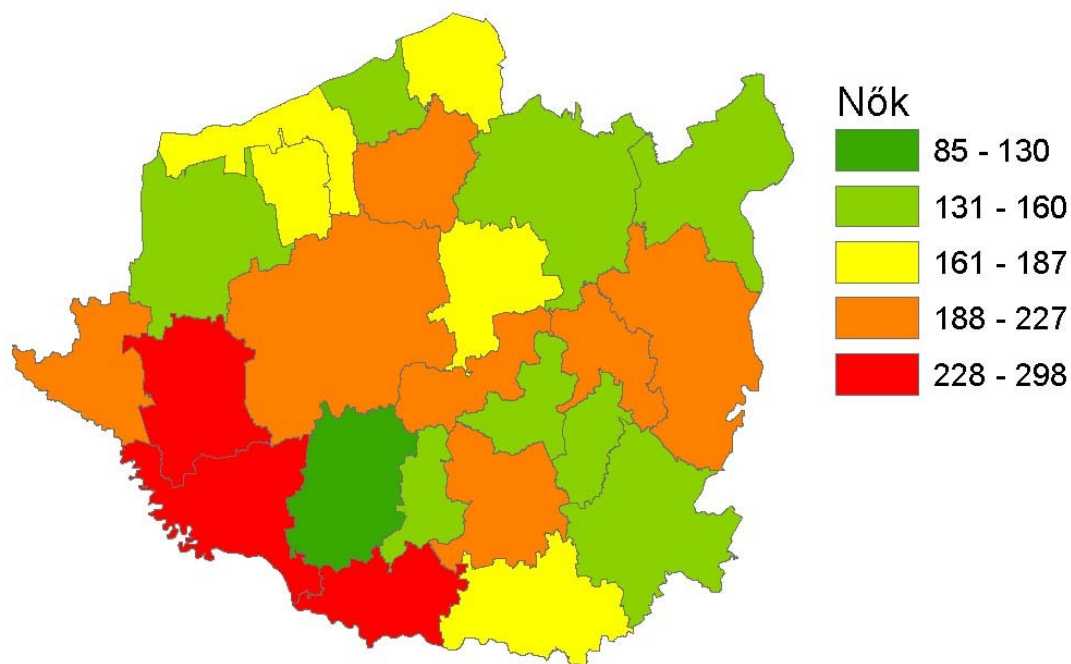
A 2005. évben a Csongrádi kistérség a 65-X éves korú férfiak keringési rendszeri okú halálozása tekintetében a közepes (átlagos), a 65-X éves korú nők keringési rendszeri halálozása tekintetében a kiemelkedően magas halálozású kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régió. A diagrammon feltűnő, hogy ebben az évben a keringési okú korosztályos népességi halandósági mutatók milyen meghatározóan érintették Somogy megye kistérségeit!



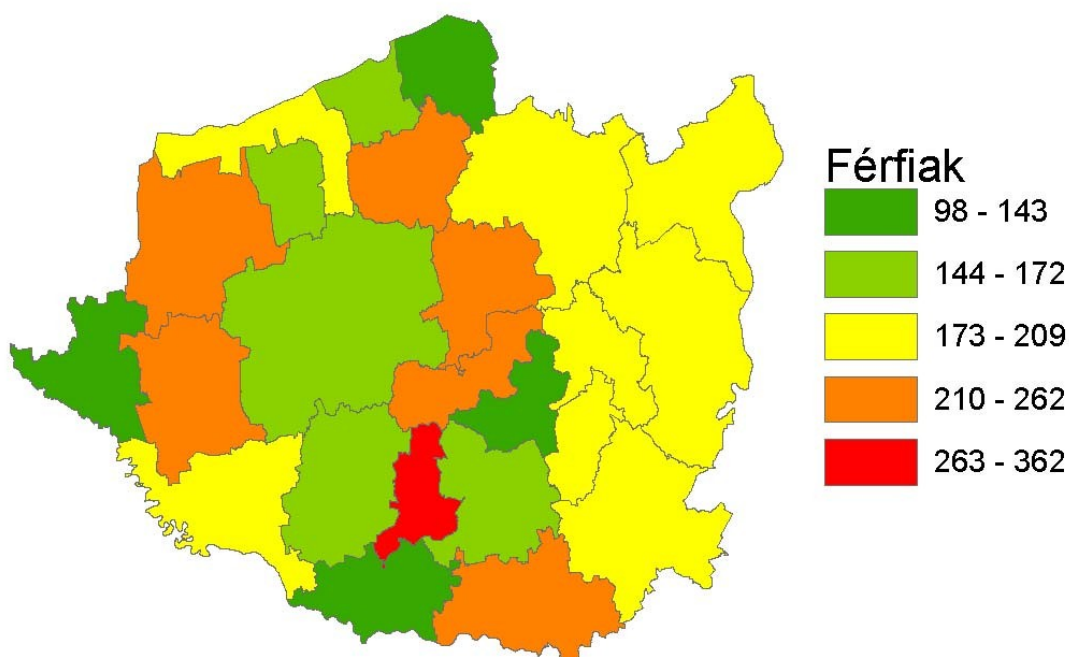
A 0-X éves korú férfiak és nők daganatos betegségek miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 2005-ben BNO 10: C00 - D48A



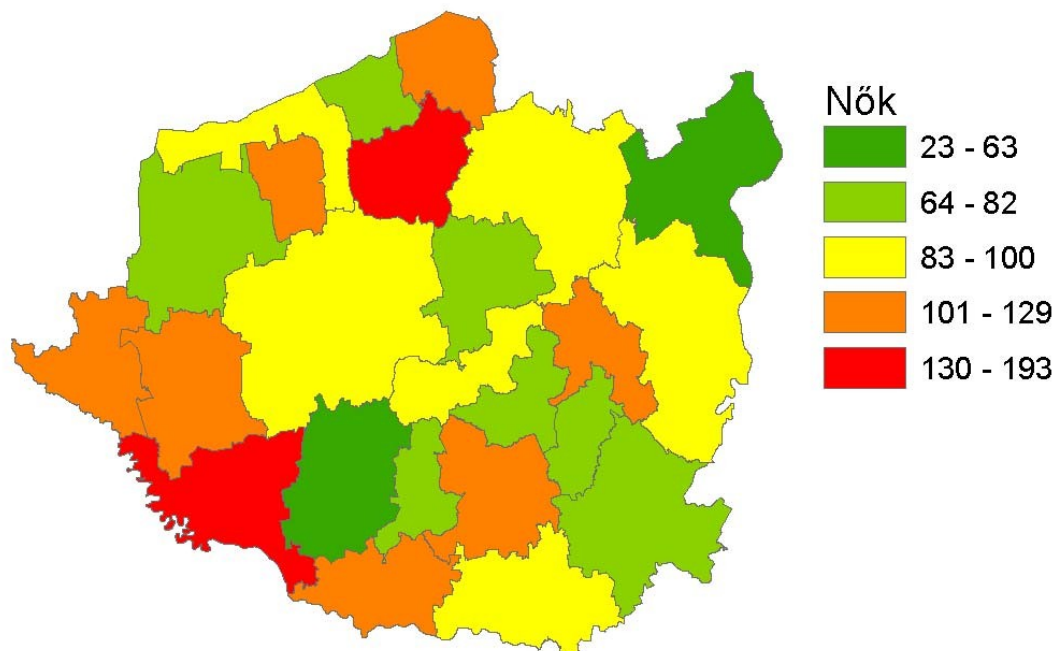
A 2005. évben a Csurgói kistérség a férfinépesség daganatos betegségek okozta halálozása tekintetében a közepesnél (átlagosnál) kedvezőbb, a nőnépesség daganatos betegségek okozta halálozása tekintetében a magas halálozású kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régió! Ebben az évben a nőnépesség tumoros betegségek okozta halálozásában meghatározó szerepet a Somogy megyei és a Baranya megyei határmenti kistérségek játszották!



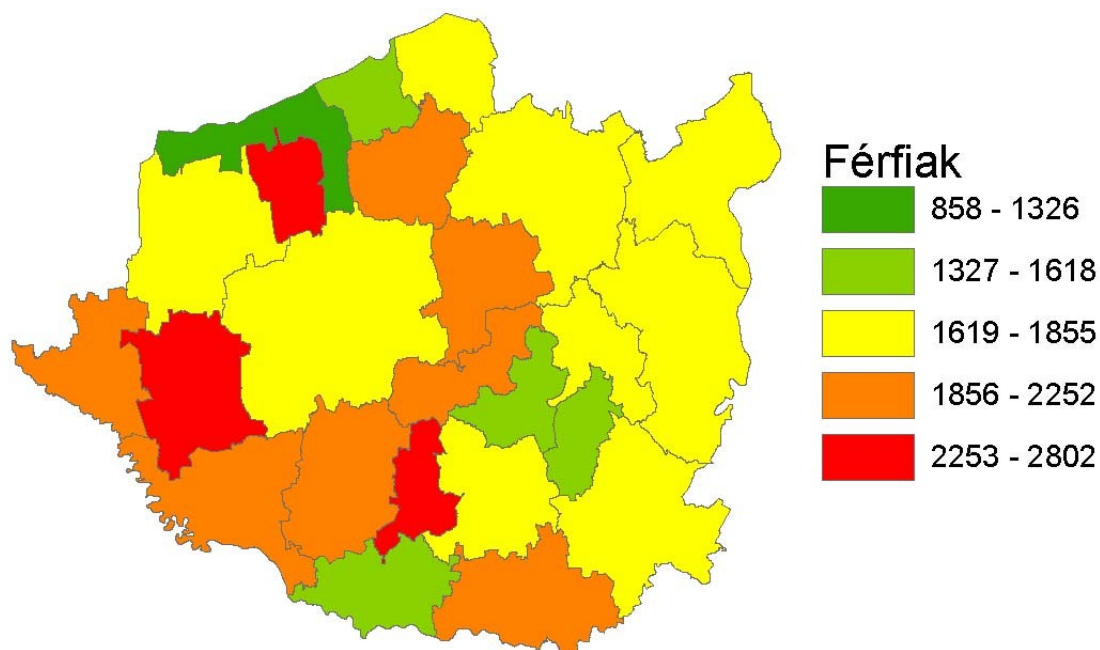
A 0-64 éves korú férfiak és nők daganatos betegségek miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 efő 2005-ben BNO C00 - D48B



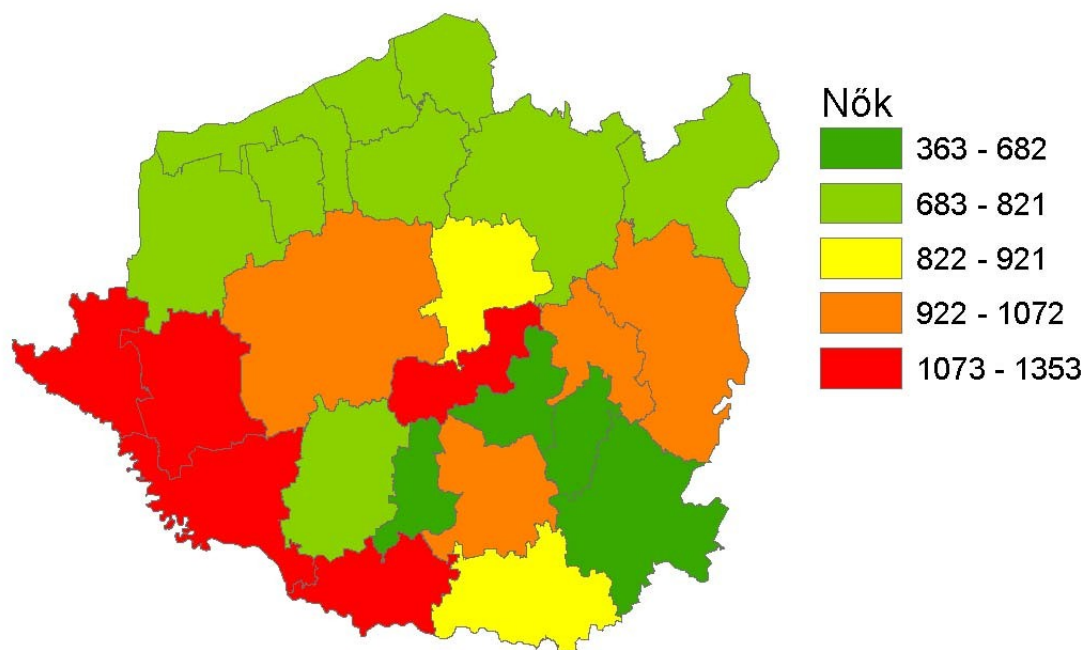
2005-ben a Csurgói kistérség a 0-64 éves korú férfiak daganatos betegségek okozta halálozása tekintetében a kisebb mértékben érintett, a 0-64 éves korú nők daganatos betegségek okozta halálozása tekintetében a magas halálozású kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régiónak. Feltűnő, hogy ebben az évben a korosztályos nőnépesség magas daganatos halálozása elsősorban a Somogy megyei, főleg határmenti kistérségekre volt jellemző!



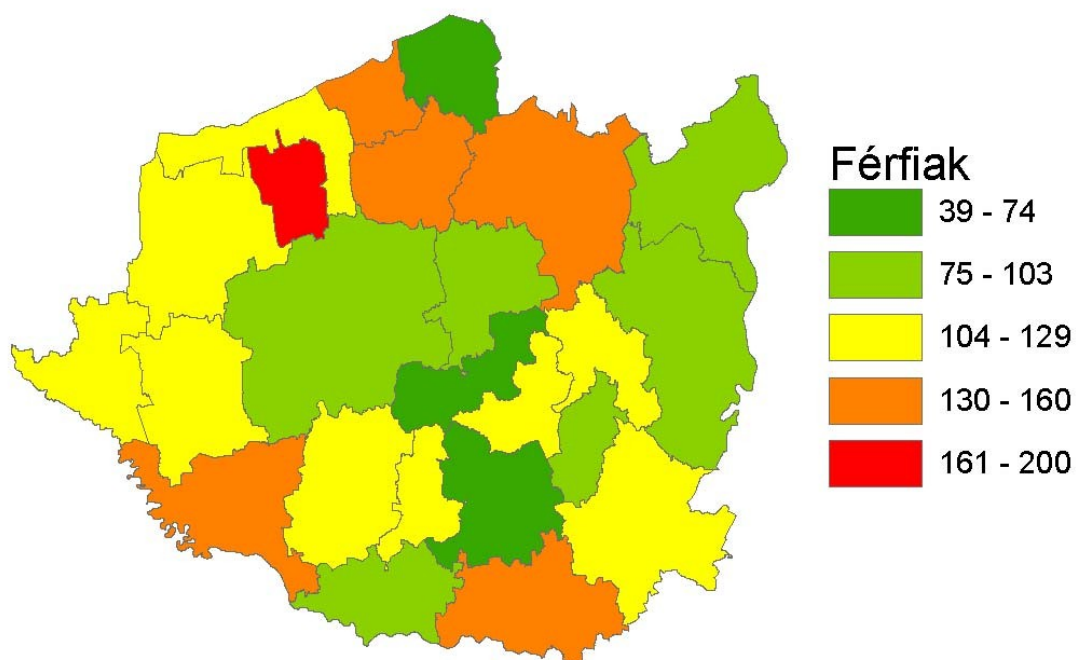
A 65-X éves korú férfiak és nők daganatos betegségek miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 főre 2005-ben BNO C00-D48C



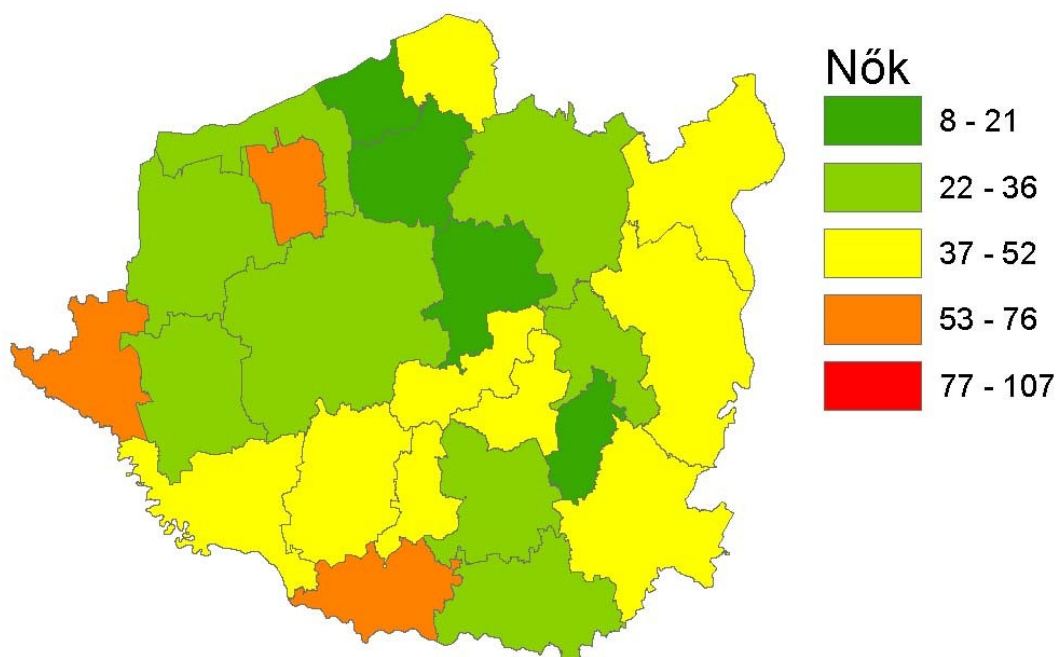
A 2005. évben a Csurgói kistérség a 65-X éves korú férfiak daganatos betegségek okozta halálozását illetően magas halálozása, a 65-X éves korú nők daganatos betegségek okozta halálozását illetően a kiemelkedően magas halálozása kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régiónak! Feltűnő, hogy mind a férfiak, de különösen a nők vonatkozásában milyen magas a daganatos eredetű halálozás a Somogy megyei határmenti kistérségekben!



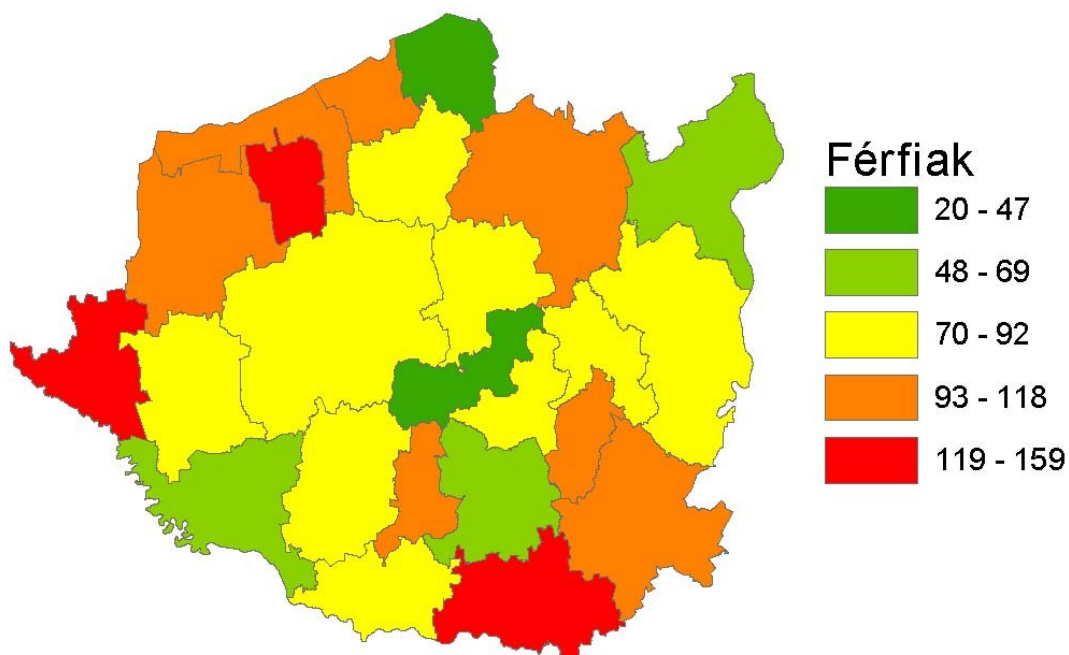
A 0-X éves korú férfiak és nők emésztőrendszeri betegségei miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 efőre 2005-ben
BNO 10: K00 - K92A



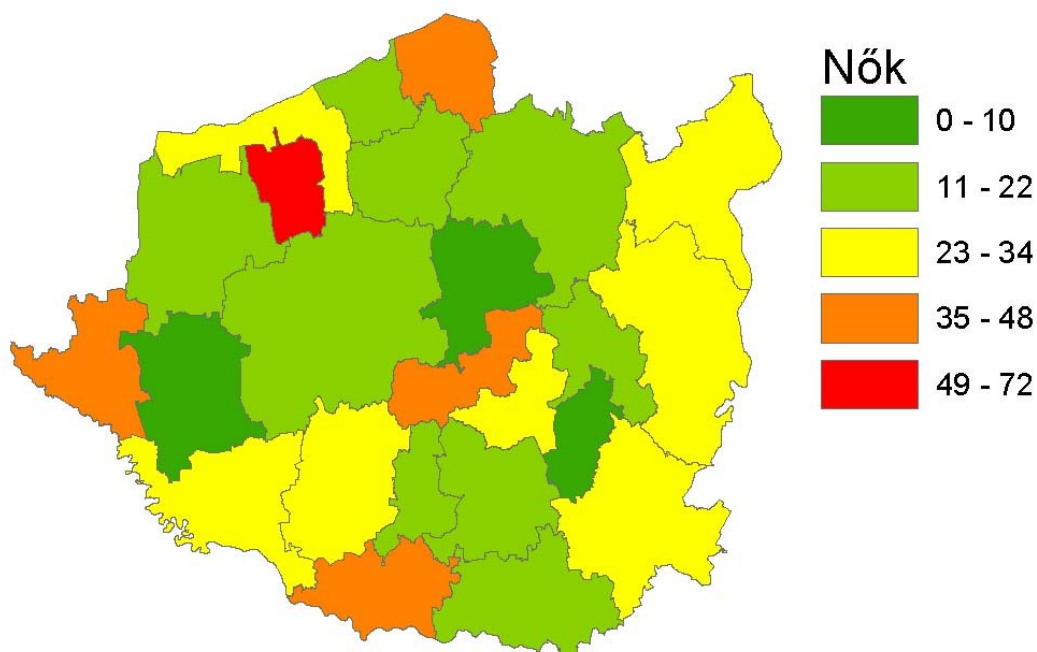
2005-ben a Csurgoi kistérség a férfiak emésztőrendszeri betegségei okozta halálozása tekintetében a közepes (átlagos), a nők emésztőrendszeri betegségei okozta halálozása tekintetében a magas halálozású kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régiónak! Somogy megye kistérségei közül a férfiaknál a Barcsi kistérség, a nőknél a Csurgoi kistérség magas halálozású a határmenti kistérségek közül!



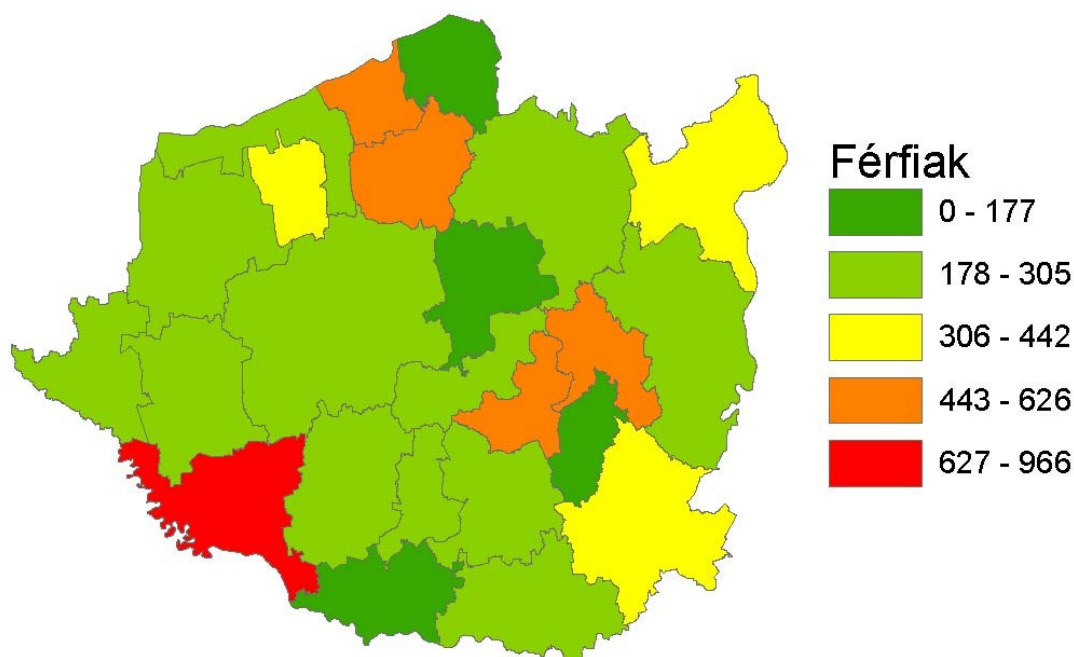
**A 0-64 éves korú férfiak és nők emésztőrendszeri betegségek miatti halálózása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 efőre 2005-ben
BNO 10: K00 - K92B**



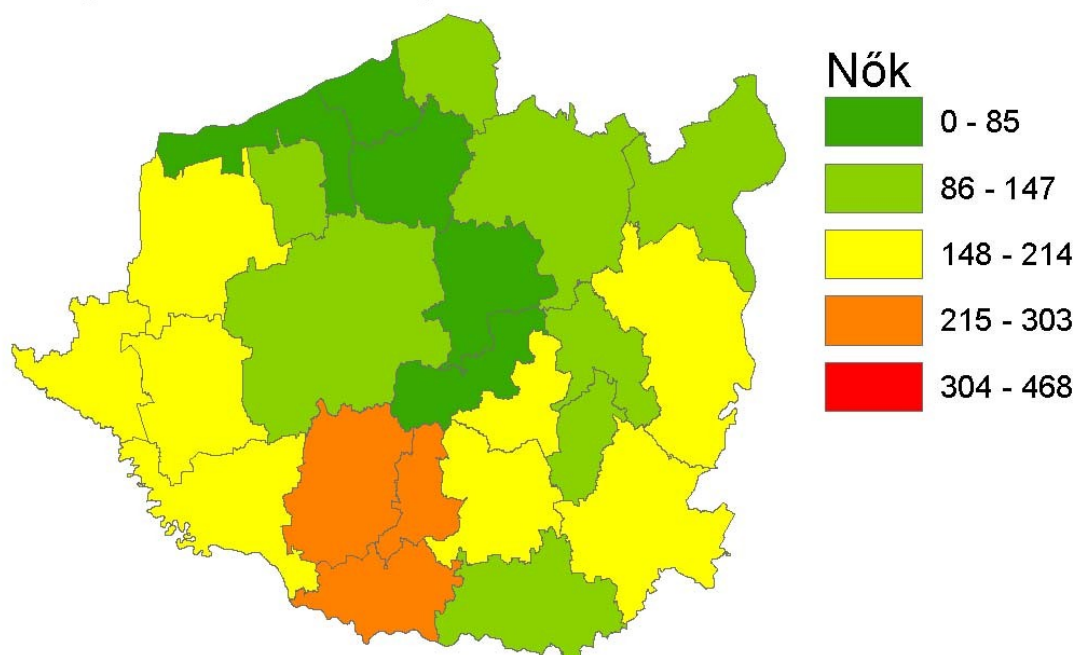
2005-ben a Csurgói kistérség a 0-64 éves korú férfinépesség emésztőrendszeri betegségek okozta halálózását illetően a kiemelkedő halálózású, a 0-64 éves korú nőnépesség emésztőrendszeri betegségek okozta halálózását illetően, pedig a magas halálózású kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régiónak! A jellemzően magas és a kiemelkedően magas emésztőrendszeri eredetű halálózás elsősorban a Somogy és a Baranya megyei kistérségeket érinti!



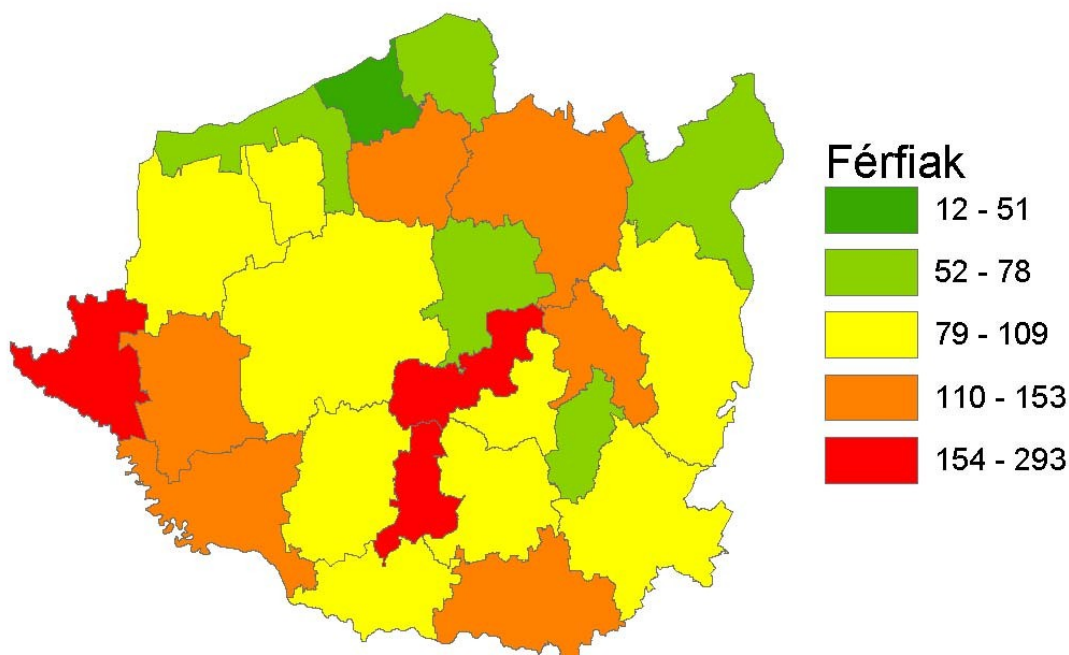
A 65-X éves korú férfiak és nők emésztőrendszeri betegségek miatti halálózása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 efőre 2005-ben
BNO 10: K00 - K92C



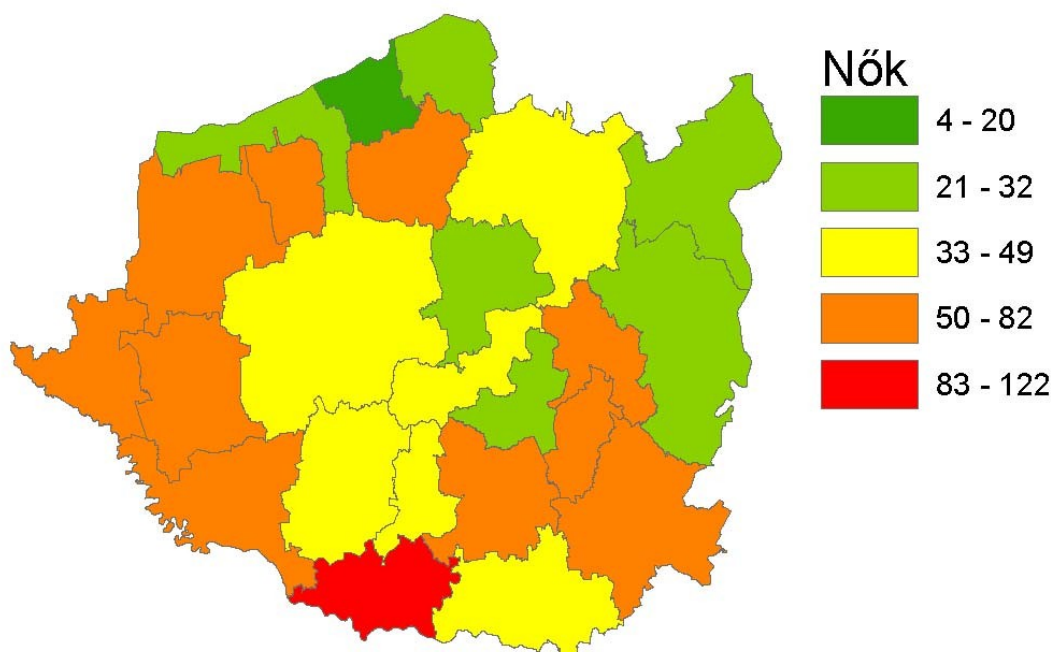
A 2005. évben a Csurgói kistérség a 65 éves és ennél idősebb férfiak emésztőrendszeri betegségei okozta halálózása tekintetében a közepes (átlagos) alatti szintű, a 65 éves és ennél idősebb népesség emésztőrendszeri halálózása tekintetében a közepes (átlagos) halálózási szintű kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régiónak! A diagrammon feltűnő, hogy 2005-ben a Somogy megyei Barcsi kistérségben a Dél-Dunántúli régió egészében is kiemelkedően magas volt a férfiak korosztályos emésztőrendszeri eredetű halálózása!



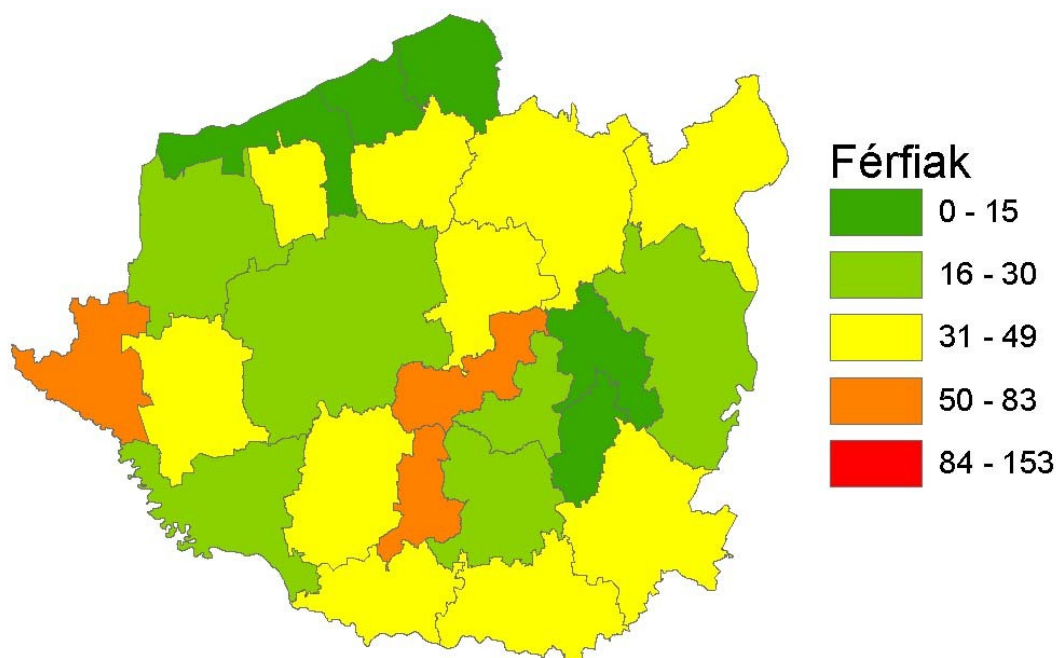
A 0-X éves korú férfiak és nők légzőrendszeri betegségek miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 főre 2005-ben
BNO 10: J00 - J98A



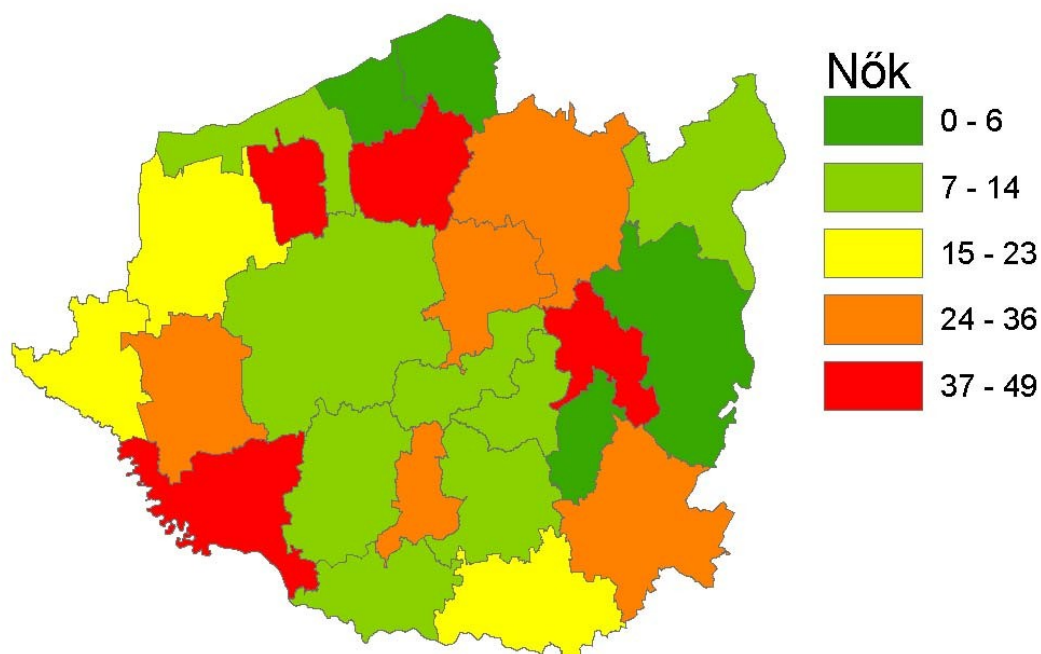
A 2005. évben a Csurgói kistérség a férfinépesség légzőszervi megbetegedései okozta halálozása tekintetében a kiemelkedő halálozású, a nőnépesség légzőszervi megbetegedései okozta halálozása tekintetében a magas halálozású kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régiónak! A diagrammokon láthatóan, mind a férfiak, mind a nők légzőszervi betegségekkel összefüggő halálozására jellemző, hogy ezek elsősorban a Somogy megyei határmenti kistérségeket érintik meghatározóan!



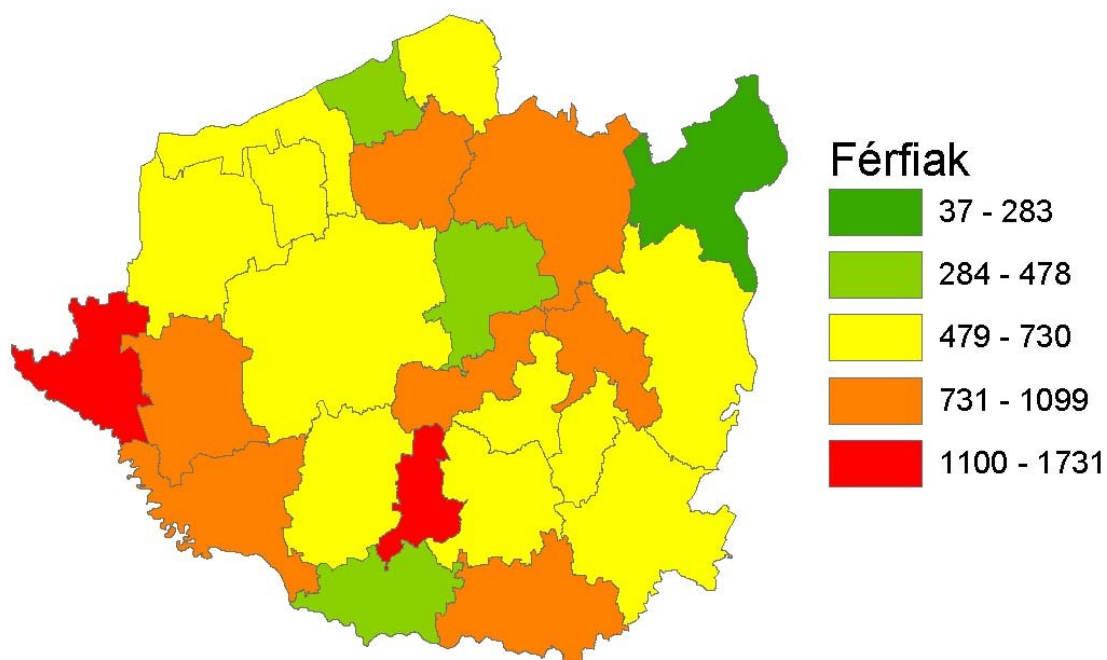
A 0-64 éves korú férfiak és nők légrendszeri betegségek miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 efőre 2005-ben
BNO 10: J00 - J98B



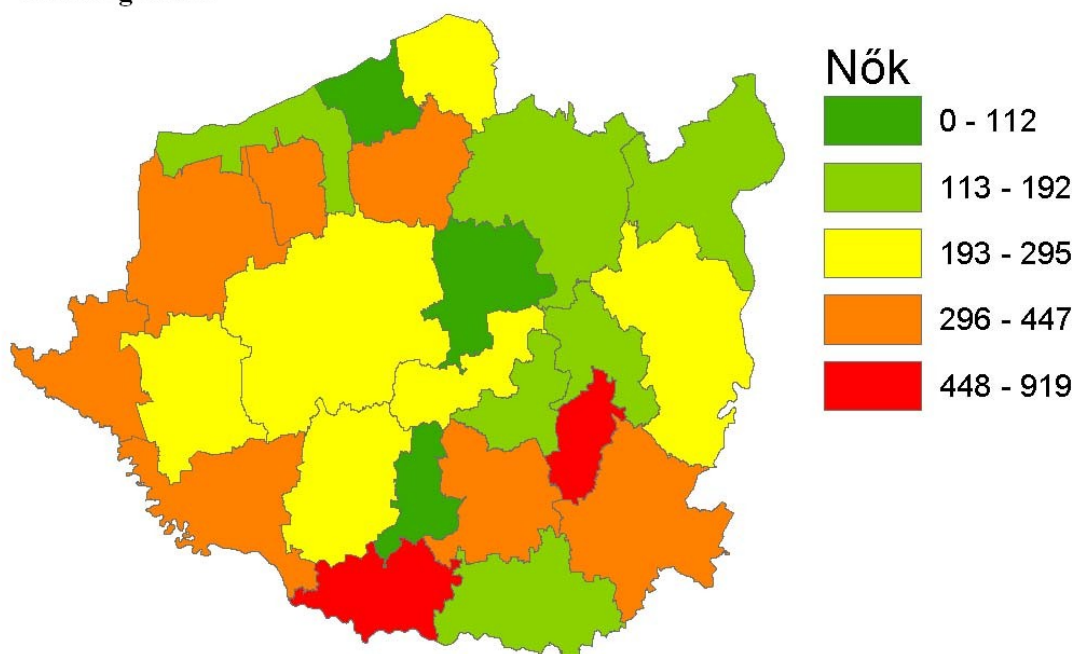
A 2005. évben a Csurgói kistérség a 0-64 éves korú férfiak légzőszervi betegségei okozta halálozása tekintetében a magas halálozású, a korosztályos népesség légzőszervi betegségei okozta halálozása tekintetében a közepes (átlagos) halálozású kistérségei közé tartozott a Dél-Dunántúli régiónak! A korosztályos féfinépesség halálozása tekintetében a Csurgói kistérség, a korosztályos népesség halálozása tekintetében a Barcsi kistérség kiemelkedően magas halálozása igen figyelemre méltó!



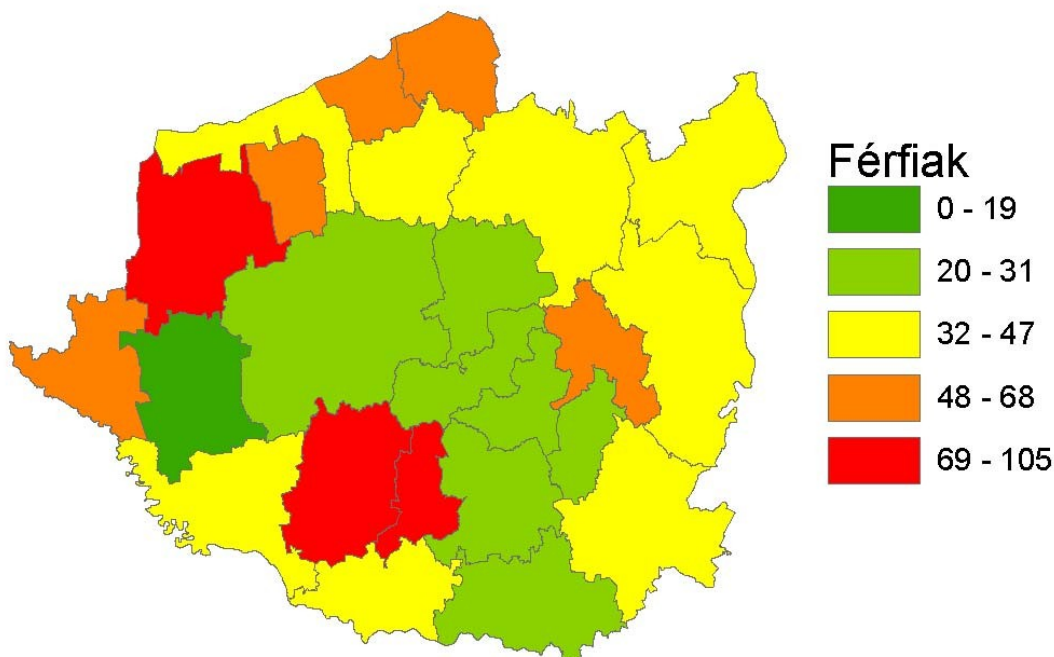
**A 65-X éves korú férfiak és nők légzőszervi betegségek miatt
halálózása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben 100 efőre 2005-ben
BNO 10 K00 - K98C**



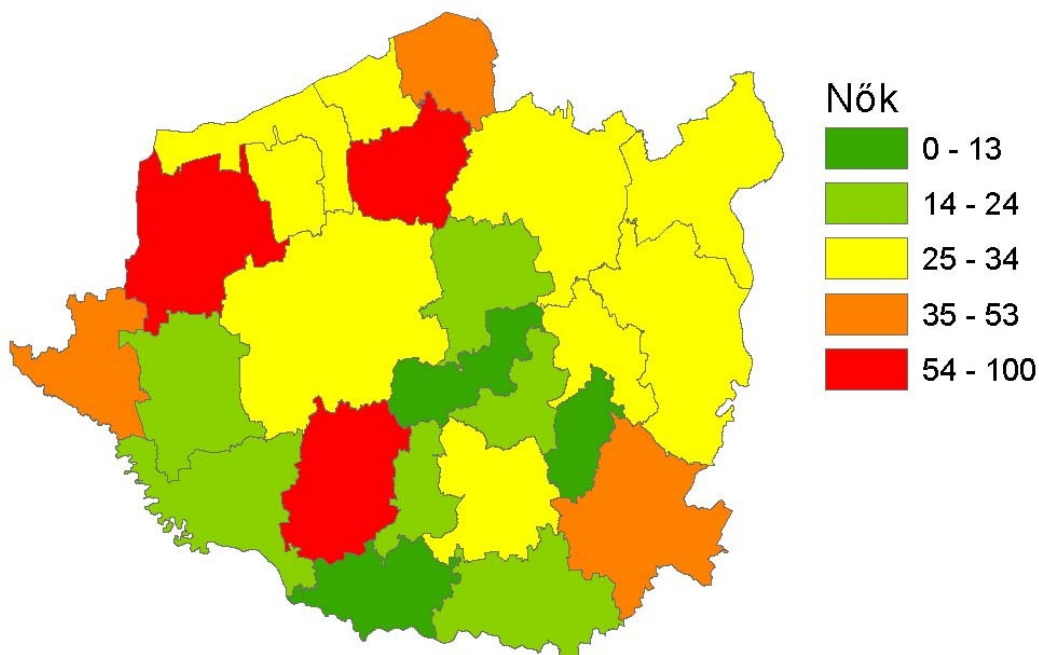
A Csurgó kistérség 2005-ben a 65 éves és ennél idősebb férfinépesség légzőszervi betegségek okozta halálózása tekintetében a kiemelkedően magas, a korosztályos nőnépesség légzőszervi betegségei okozta halálózása tekintetében, pedig a magas halálózású kistérségek közé tartozott a Dél-Dunántúli régióban! Feltűnő, hogy a korosztályos férfi és női légzőszervi betegségek okozta halálózások milyen magas értékeket mutatnak a Somogy megyei határmenti kistérségekben!



**A 0-X éves korú férfiak és nők endokrin, táplálkozás, anyagcsere betegségei miatti halálozása a Dél-Dunántúli régió kistérségeiben
100 efőre 2005-ben BNO 10: E00 - E99C**



A 2005. évben a Csongrádi kistérség a férfinépesség és a nőnépesség endokrin betegségek, táplálkozási és anyagcsere betegségei okozta halálozása alapján a Dél-Dunántúli régió magas halálozású kistérségei közé tartozott! Jellemző, hogy ezen halálokokkal összefüggő halandóság csak kismértékben (a nők esetében), vagy csak közepes (átlagos) mértékben érintette a Somogy megyei határvidéken fekvő társadalmi-gazdasági szempontból leghátrányosabb kistérségeket!



Somogy megyei kistérségek mutatói - gazdasági besorolás, öregedési index és standard halálozási hányados (SHH)

Kistérségi halálozási egyenlőtlenségek táblázata Somogy megyében, 2005 évben (KSH)

39. sz. táblázat

Kistérség neve	Gazdasági besorolása	Öregedési index (BM 2006. jan. 1-i népességszámából)	SHH C00-D48 Daganatok okozta halálozás 2005		SHH I00-I99 Keringési betegségek okozta halálozás 2005		SHH J00-J98 Légzőrendszeri betegségek okozta halálozás 2005		SHH K00-K92 Emésztő- rendszeri betegségek okozta halálozás 2005		SHH V01-Y98 Külső okra visszavezethető halálozások 2005		SHH A00-Z99 Összes halálozások 2005	
			ffi	nő	ffi	nő	ffi	nő	ffi	nő	ffi	nő	ffi	nő
Marcali	4	1,04	1,23	0,80	1,15	* 1,19	1,27	1,57	1,04	0,98	1,44	0,87	*** 1,22	* 1,14
Csurgói	4	0,93	0,96	1,24	1,13	* 1,26	*** 2,51	1,92	1,25	1,37	1,23	* 2,13	1,18	*** 1,31
Fonyódi	2	1,41	0,91	0,92	0,82	0,91	0,74	0,83	1,18	0,62	0,97	0,80	0,88	0,88
Lengyeltóti	5	0,86	1,22	0,99	1,60	1,19	1,00	2,09	1,70	1,19	1,00	0,38	*** 1,42	1,11
Nagyatádi	5	0,89	* 1,38	1,26	** 1,30	* 1,25	** 1,97	1,64	1,02	0,71	1,14	0,74	*** 1,28	* 1,19
Barcsi	4	0,87	1,13	* 1,43	1,03	1,11	1,59	2,06	1,34	0,90	1,02	1,28	1,14	* 1,18
Kaposvári	3	0,97	0,98	1,05	* 1,10	*** 1,20	* 1,39	1,28	0,91	0,71	1,11	0,86	1,05	** 1,11
Siófoki	2	1,10	0,92	0,92	0,90	** 0,75	0,97	0,92	* 0,53	0,97	1,15	0,80	0,90	* 0,84
Balatonföldvári	2	1,53	0,91	0,70	0,90	0,82	0,53	0,24	1,33	0,45	0,68	0,28	0,92	* 0,75
Tabi	3	1,15	1,22	1,17	1,01	1,13	1,55	* 2,58	1,42	0,38	0,99	0,48	1,16	1,13

Gazdasági besorolás: 1 Dinamikusan fejlődő - 2 Fejlődő - 3 Felzárkózó - 4 Stagnáló - 5 Lemaradó

Standardizált halálozási hányados (SHH): * Z>1,96 - ** Z>1,576 - *** Z>3,291



3. 8. A Csurgói kistérség megbetegedési (morbidity) viszonyai...

A kistérségi népesség egészségi állapotának három legfontosabb mutatója: a születéskor várható átlagos élettartam, a mortalitási (halálozási) viszonyok és a morbiditási viszonyok. A lakosság egészségi állapotának megítélésében mind a mai napig az egyik legmegbízhatóbb paraméter a halandóság. A téranalitikai és a statisztikai módszerek fejlődése révén lehetővé vált a kis területekre vonatkozó morbiditási és mortalitási adatok értékelése, térképi ábrázolása, ami megkönnyíti egy terület egészségi állapotának felmérését, az okok vizsgálatát az intervenciós programok tervezését. A kistérségben a fő egészségügyi problémák elsődleges meghatározói egyrészt a magatartásbeli tényezők (dohányzás, alkoholfogyasztás, nem megfelelő étrend, mozgásszegény életmód, stb.), a környezeti problémák, a szociális-gazdasági helyzet, másrészt az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés és a gyógyítás terén tett intézkedések. Ezek a faktorok egymással kölcsönhatásban alakítják az egészségi állapotot. Nemcsak az egészségi állapot fontos tényező a szociális-gazdasági fejlődésben, hanem fordítva is igaz ez a megállapítás. Magyarország népességének téranalitikai egészségtérképét nézve világosan meghatározható, hogy az ország azon régióiban és kistérségeiben a legmagasabb a lakossági morbiditás, a mortalitás és a rokkantság (a betegség miatt idő előtt megváltozott munkavégző képesség), ott a legalacsonyabb a férfinépesség és a nőnépesség körében a születéskor várható élettartama (HALE-index), ott a megélt élettartam legnagyobb terheltsége a betegséggel eltöltött évek számával, ahol a legalacsonyabb a szociális-gazdasági ellátottság mérete és szintje. Ugyanez a megállapítás igaz a morbiditás, a mortalitás okozó és fokozó egészségkockázatokra (rizikófaktorokra) is. A Csurgói kistérség jelenlegi társadalmi - gazdasági - szociális és infrastruktúrális helyzete és az ezzel összefüggő - a jogszabályokban is definiált. - leghátrányosabb helyzetű kistérségi besorolása, a kistérségben élő népesség egészségére, életkilátásaira és egészségesélyeire, valamint életminőségére nézve igen komoly teherterelt jelentenek. A kistérségi gazdasági mutatók, a lakosság általános iskolázottsága, képzettségének mértéke és annak színvonala, a családi és szociális kapcsolatrendszerek, a foglalkoztatási és a jövedelmi viszonyok, a foglalkoztatottság mértékét kifejező mutatók jól jellemzik ezt a kistérségi leghátrányosabbnak minősített helyzetet. A születéskor várható élettartam kedvezőtlen alakulását (férfiaknál és nőknél egyaránt) jelentősen befolyásoló korai, illetve idő előtti halálozás esélye közismerten a legmagasabb az alacsony GDP-részaránnyal bíró hazai régiók és kistérségek között és ez a térségi megbetegedési viszonyokra is igaz. A szegénység kistérségi jelenléte, annak mértéke és népességi súlya, az egyes társadalmi csoportokba való beágyazódása, valamint a generációs öröklődésének jellege igen komoly,



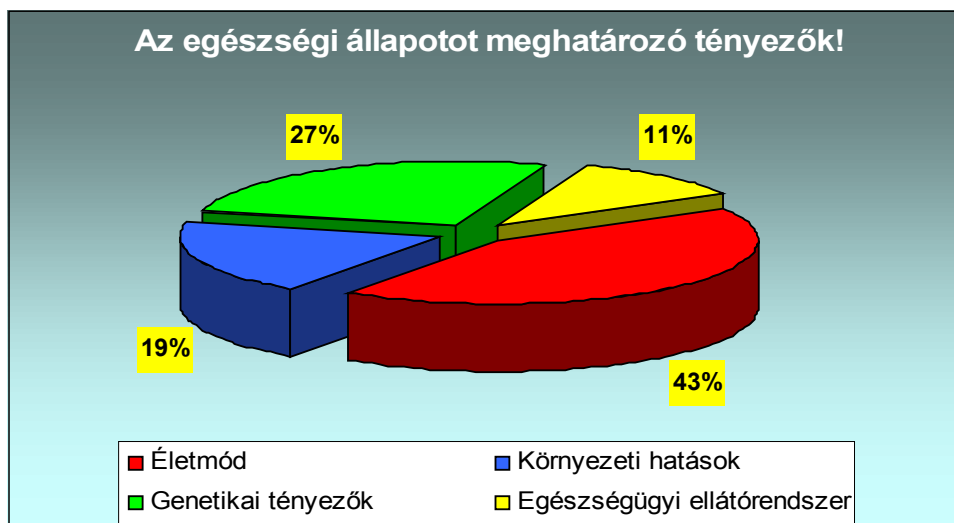
komplex és összegző jellegű egészségkockázati tényezőt jelentenek. Közismert az is, hogy az alacsonyabb képzettség magasabb morbiditással és mortalitással is jár, az országos egészségfelmérések tapasztalatai szerint a különbség már gyermekkorban is kimutatható, azon gyerekeknek ugyanis, akinek az édesanyja csak általános iskolai végzettséggel rendelkezik magasabb a rizikójuk bizonyos betegségekre nézve. Ezért is nagyon fontos már gyermekkorban küzdeni az ilyen típusú egyenlőtlenségek ellen. A dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, az elhízás szintén szorosan összefüggnek az alacsony szintű képzettséggel. A családi és egyéb szociális kapcsolatok szintén befolyásolják, elsősorban a mentális egészséget, a morbiditást és a mortalitást. Ezért is lényeges a házasságok és a válások kistérségi alakulásának vizsgálata, az özvegység, az egyedülállóság, az elnőiesedés problémájának értékelése a kistérségben, hiszen a férfinépesség és a nőnépesség születéskor várható élettartama között különbségekből világosan adódik az, hogy a kistérségben a férfiak általában a házasságból, a nők, pedig az özvegységből hallnak meg. A foglalkoztatási viszonyokat illetően direkt összefüggés van az egészségi állapot és a ledolgozott munkaórák száma között. A foglalkoztatási túlterheltségből adódó munkavégzések a morbiditást igen jelentősen megemelik (mind a fizikai, mind a szellemi munkavégzés vonatkozásában), itt a legnagyobb egészségügyi problémák kb. 30 %-ban a háti fájdalom, 28 %-ban stressz, 17 %-ban az izomfájdalmak a karokban és a lábakban. Az országos egészségfelmérés adatai szerint a férfiak tízszer nagyobb eséllyel szenvednek fatális és háromszor nagyobb eséllyel nem fatális munkahelyi baleseteket, mint a nők. Az idejénymunkások helyzete e tekintetben rosszabb, mint az állandóan foglalkoztatottaké. Az egészség és a munkanélküliség viszonya rendkívül komplex. A munkanélküliek elvesztik a jövedelmüket, ezáltal a szegénységbe süllyednek, elvesztik szociális státuszukat és kapcsolataikat, a reménytelenség stresszhez, pszichológiai problémákhoz vezethet. A foglalkozás-egészségügyi ellátás és egyéb egészségügyi ellátás igénybevételének lehetősége is csökkenhet, elveszhet. Ugyanakkor a fiatal munkanélküliek helyzete nem sokban különbözik a dolgozó kortársaikétól: bár idegrendszeri, depressziós tünetek gyakrabban jelentkezhetnek, ezek jelentősége az idősök problémáihoz képest csekélynek tekinthetőek. Különösen jelentős probléma a kétszámjegyű munkanélküliség jelentős időtartamú (tartós) fennállása a kistérségben, a nyilvántartott és közel már 1 éve sikertelenül és reménytelenül állást keresők igen magas számaránya (a tartós munkanélküliség). A Csurgói kistérség népességét érintő egészségkockázatok között kiemelkedő jelentőséggel bír a dohányzás, az alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás (az is ezzel is összefüggő elhízás.), a mozgásszegény életmód, részben a drogfogyasztás amelyek megelőzése különösen a gyermek és fiatalkorban bír meghatározó jelentőséggel. A dohányzás rendkívül sok betegséget okoz, a legnagyobb



hányadát teszi ki az elkerülhető halálokoknak. A dohányzók száma a kistérségben - az országos egészségfelmérésben meghatározott trendeknek megfelelően - a férfiak és a nők körében tovább növekszik, különösen komoly problémát jelent a nők dohányzási szokásainak elterjedése és kiterjedése, valamint a dohányzás kezdetének az egyre fiatalabb korosztályok felé történő eltolódása. Ahol nagy a fiatal dohányos nők száma, ott növekszik a terhesen dohányzó nők száma is. A dohányzás mellett (és gyakran ahhoz szorosan, majdnem attól elválaszthatatlanul kapcsolódva) ige komoly kistérségi egészségkockázatot jelent az alkohol folyamatos és mértéktelen fogyasztása, a mértéktelen alkoholfogyasztásnak az egyre fiatalabb férfi és női korosztályokat is érintő megjelenése és az egyes - főleg a periférizálódó, „leszakadó” jellegű - társadalmi csoportokba történő beágyazódása. Ma sincs minden tekintetben megfelelő indikátor, amely az alkoholfogyasztással kapcsolatos halálesetek számát minden kétséget kizáróan pontosan jelezné, de pl.: az alkohol és a halálos közúti balesetek, az öngyilkosságok és az erőszakos cselekményekkel összefüggő halálesetek száma között mindenképpen szoros összefüggés állapítható meg. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás meghatározó a májzsugor okozta halálozásban, az alkoholnak nagy szerepe van a szájüregi és a nyelőcső rákokban is. A súlyos alkoholisták körében a magas vérnyomás, a stroke, az ischémias szívbetegség gyakoribb, a terhesség alatti alkoholfogyasztás magzati károsodást okoz (magzati alkoholos tünet-együttes). A drogfogyasztás súlyos károkat okoz a fizikális és a mentális egészségben, de szocializációs zavarokat is okoz. A helytelen táplálkozás sok egészségügyi problémát okoz, a táplálkozási szokások ugyanakkor igen szoros összefüggésben vannak a kistérség szociális-gazdasági státuszával. A gabonafélék fogyasztása csökkenőben, míg a zsír és a húsfélék fogyasztása növekvőben van. Az egészségtelen magas szénhidrát és zsírfogyasztásra épülő és a mozgásszegény életmóddal párosuló táplálkozás (gyermekkori eredettel, de főleg a középkorú kistérségi népesség körében.) szorosan összekapcsolódik az elhízással, a kövérség, mint önálló - a WHO által is definiált - betegség létrejöttével. A mozgásszegény életmód, a rendszeres fizikai aktivitás hiánya számos megbetegedés alapját és forrását képezi. Különösen jelentős probléma a fokozott testsúly, az elhízottság, a kövérség, valamint a mozgásszegény életmód korai és gyakori összekapcsolódása, amely számos megbetegedés létrejöttét eredményezi, illetve a már meglévő betegségek társult betegségeit kialakítja, szövődményeit súlyosbítja, a meglévő betegségek progresszióját elősegíti. A mozgásszervi betegségek (csont-izom és ízületi mozgatórendszer) mellett, a mozgásszegény életmódnak meghatározó és magas egészségkockázati szerepe van a magasvérnyomás-betegség, a cukorbetegség, az érbetegségek, de a mentális betegségek (depresszió, szorongás) korai létrejöttében is.



29. ábra



30. ábra



Forrás: DAHLGREN, G. AND WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute of Futures Studies, 1991.

A Csurgói kistérség népességét érintő egészségkockázatok széleskörű számításba vétele, valamint ezzel összefüggően a kistérségi prevenció feladatok tervezési kijelölése számára történő feltérképezése, szorosan összefügg azzal a ma már széles körben (nem vitatott és a szakmai tudományos közéletben is elfogadott.) ténnyel, hogy a kistérség népességének egészsége nem, illetve nem csak kizárólag az egészségügyi betegellátó infrastruktúrában képződik. Az életmód és az életviszonyok, a természeti és az épített környezet tényleges hatásai, valamint a szülőtől öröklött kedvező, illetve kedvezőtlen genetikai sajátosságok külön-külön és különösen együttesen lényegesen fontosabb arányt képviselnek az egészséget



ténylegesen befolyásoló tényezők sorában, mint az egészségügyi infrastruktúra jelenlegi állapota, illetve a fejlesztési szintje. Ez a megállapítás döntéshozói orientáló jellegű abban az értelemben is, hogy a kistérségi népesség egészségi állapotára gyakorolt tényleges hatásaiban mennyire alapvetően fontos a primer és a szekunder betegségmegelőzés (egészségügyi prevenció) prioritásainak biztosítása, a kistérségi prevenció és a beteggyógyítás szoros és elválaszthatatlan kapcsolatrendszerének kialakítása és rendszerszemléletű működtetése, a kistérségi népegészségi és népegészségügyi folyamatok alapvetően kedvező javítása érdekében:

31. ábra





32. ábra

Világosan látható, hogy a kistérségi népesség körében folyamatosan jelenlévő, a népesség életmódjába, életvitelébe, valamint a környezeti hatásokba „menetrendszerűen” beépülő, a társadalmi-gazdasági szempontból leszakadó, periférizálódó csoportokba „generációsan is beágyazódó” egészségkockázatok lényegében külön-külön is, de különösen együttesen és összekapcsolódóan is igen kedvezőtlenül tudják befolyásolni a népesség születéskor várható életkorának alakulását, az egészséges életvitelben megélhető egészséges jó életminőségű életévek számát, a megbetegedések számát és a korai, úgynevezett idő előtti halálozással kialakuló kistérségi természetes népességfogyást. A több kistérségi egészségkockázat, több és súlyosabb betegséget, valamint rokkantságot és nagyobb mértékű halandóságot eredményez, annak összes lakossági és közellátási, gazdálkodási vonatkozású terhével együtt. A KSH adatai, a Dél-Dunántúli Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. és OLEF 2003 Jelentés, valamint a Dél-Dunántúli régió térségi humán közszolgáltatások stratégiai fejlesztési programja megállapításainak megfelelően a kistérségi morbiditási viszonyokat a következő sajátosságokkal jellemezhetjük. Tekintettel arra, hogy a Csurgoi kistérség közvetlen saját kórházi ellátással nem rendelkezik, illetve a járóbeteg szakellátás is csak igen kis kapacitású „szórvány” szakrendelésekkel biztosított, a kistérségi morbiditás értékelésénél a háziiorvosi szolgálatokhoz bejelentkezett gyermek és felnőtt korú lakosság megbetegedési jellemzőiből - háziiorvosi morbiditás alapú megítélés - indultunk ki. A háziorvosok nyilvántartásai szerint a magasvérnyomás-betegség gyakorisága kiemelkedően magas, a kistérségi lakosság igen



jelentős része szenved ebben a gyakran igen komoly szövődményekkel járó betegségben, nők közel 25 %-ának van magas vérnyomása, a férfiak esetében ez az arány 22,8 %. Bár a szívkoszorúér-betegségek gyakorisága magasabb a nőknél (7,4 %), mint a férfiaknál (5,9 %), a szívizominfarktus a férfiaknál gyakoribb (2,9 %), mint a nőknél (1,9 %). Az agyérbetegségek, amelyek főleg az időskor betegségei a nőknél valamelyest gyakrabban jelentkeznek, ugyanakkor az is megjegyzendő, hogy az érbetegségek sohasem csak egy meghatározott érbetegség formájában jelentkeznek, hanem az érbetegségben szenvedők, mindig „több érbetegnek” tekinthetők, akinél egy meghatározott célszervi funkcionális fogyatkozással összefüggő keringési elégtelenség áll jellemzően a klinikai kép előterében. Megjegyzendő az, hogy a kistérség férfi és nőnépessége körében a szív-és keringési rendszeri panaszokkal és a különböző méretű és mértékű funkcionális keringési fogyatkozásokkal rendelkező betegek vonatkozásában nagy gyakorisággal fordulnak elő az úgynevezett (több betegséggel is rendelkező.) polimorbid betegek. (magasvérnyomás-betegség, súlyos elhízás, cukorbetegség, magas zsírsavszint előfordulás stb.) Ezek az úgynevezett polimorbid betegek meghatározóan a középkorú és főleg az idősebb korú lakosság köréből kerülnek ki, halandósági vonatkozásokban magas kockázatú, orvosszakmai és egészségügyi kiadási értelemben nagy ráfordításigénnyel rendelkező betegek. A magasvérnyomás-betegség, valamint a ischémias szívbetegségek után a felnőtt lakosság körében legjelentősebbek a mozgásszervi megbetegedések (krónikus degeneratív gerincbetegségek, a felső és alsóvégtagok valamint a vállöv és a medenceöv nagy ízületeinek krónikus degeneratív megbetegedései - hátfájással, nyakfájással, valamint derékfájdalommal és végtagi fájdalommal). Kiemelkedően magas és növekvő a kistérségben a felfedezett cukorbetegségek száma, de ezeknél is fontosabb és lényegesebb a jelenleg még felderítetlen (nem ismert, ezért nem kezelt és nem is gondozott.), s emiatt még kezeletlen magasvérnyomás-betegségek, valamint cukorbetegségek (latens betegségek) vélelmezhetően magas előfordulási száma. Igen jelentős a krónikus emésztőszervi és légzőszervi megbetegedések szenvedők, valamint a daganatos betegek előfordulási gyakorisága is. A gyermek, valamint a vegyes betegellátású háziorvosokhoz bejelentkezett - 0-18 éves korúak - körében meghatározóak a vér és a vérképzőrendszeri betegségek (ezen belül jelentős súllyal a vashiányos anémiák), a látási fogyatkozásokkal járó szemizom, valamint a fénytörési betegségek, asthma betegségek és igen komoly egészségügyi problémát jelentenek a súlyos gerinctartási rendellenességekkel járó deformáló jellegű gerincelváltozások.



33. ábra



A mortalitási (halandósági), valamint a morbiditási viszonyok tekintetében is igaz, hogy Somogy megye határ-menti kistérségeiben - a Csurgói és a Barcsi kistérségben - közelítően azonosak az egészségkockázatok és az egészségproblémák (kedvezőtlen morbiditási övezet).



4. A Csurgói kistérség egészségügyi infrastruktúrája...

4.1. A Csurgó Kistérségi Többcélú Társulás

A Csurgó kistérség önkormányzatai - az Alkotmány 44/A § (1) bekezdés h.) pontjában, a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 41. § (1) bekezdésében foglalt felhatalmazás, valamint a helyi önkormányzatok társulásáról és együttműködéséről szóló 1997. évi CXXXV. törvény és a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról szóló 2004. évi CVII. törvény 1. § (1) bekezdése, valamint a Területfejlesztésről és területrendezésről szóló 1996. évi XXI. törvény 10/A. § (1) bekezdése alapján - abból a célból, hogy a kistérség lakói az önkormányzati közszolgáltatásokhoz minél szélesebb körben jussanak hozzá és az önkormányzatok e megállapodás keretében történő együttműködéssel, minél teljesebben, forrásaik célszerű és optimális felhasználásával biztosítsák a mind magasabb szintű ellátást és szolgáltatást, testületeik döntése alapján társulási megállapodást (Csurgói Kistérségi Többcélú Társulási Megállapodást) kötöttek.

Csurgói Kistérségi többcélú Társulás tagjai és székhelyük

2004. január 1.-én



Berzence Nagyközség Önkormányzata

Székhelye: 7516 Berzence Szabadság tér 19.

Lakosságszáma: 2678 fő



Csurgó Város Önkormányzata

Székhelye: 8840 Csurgó Széchenyi tér 2. sz.

Lakosságszáma: 5694 fő



Csurgónagymarton Község Önkormányzata

Székhelye: 8840 Csurgónagymarton Petőfi u. 47. sz.

Lakossága: 205 fő





Gyékényes Község Önkormányzata

Székhelye: 8851 Gyékényes Szabadság tér 7. sz.

Lakossága: 1081 fő



Iharos Község Önkormányzata

Székhelye: 8726 Iharos Kis u. 68 sz.

Lakossága: 540 fő



Iharosberény Község Önkormányzata

Székhelye: 8725 Iharosberény Rákóczi F. u. 6 sz.

Lakossága: 1377 fő



Inke Község Önkormányzata

Székhelye: 8724 Inke Kanizsai u 6 sz.

Lakosságszáma: 1298 fő



Őrtilos Község Önkormányzata

Székhelye: 8854 Őrtilos Rákóczi u. 29 sz.

Lakosságszáma: 631 fő



Pogányszentpéter Község Önkormányzata

Székhelye: 8728 Pogányszentpéter Bajcsy-Zsilinszki u 84 sz.

Lakosságszáma: 512 fő



Porrogszentkirály Község Önkormányzata

Székhelye: 8858 Porrogszentkirály Fő u.

Lakosságszáma: 320 fő



Porrogszentpál Község Önkormányzata



Székhelye: 8858 Porrogszentpál

Lakossága: 95 fő



Somogybükkösd Község Önkormányzata

Székhelye: 8858 Somogybükkösd

Lakossága: 113 fő



Somogyecsicsó Község Önkormányzata

Székhelye: 8726 Somogyecsicsó Kossuth u 1 sz.

Lakosságszáma: 215 fő



Somogyudvarhely Község Önkormányzata

Székhelye: 7515 Somogyudvarhely Jókai u 2 sz.

Lakosságszáma: 1218



Szenta Község Önkormányzata

Székhelye: 8849 Szenta Herman O. u 11 sz.

Lakosságszáma: 472 fő



Zákány Község Önkormányzata

Székhelye: 8853 Zákány Május 1 u 6 sz.

Lakosságszáma: 1297 fő



Zákányfal Község Önkormányzata

Székhelye: 88 Zákányfal Szabadság u 89 sz.

Lakosságszáma: 613 fő



A „Csurgó Kistérségi Többcélú Társulási Megállapodás” - ban foglaltak értelmében, a fenti települési önkormányzatok képviselőtestületei önálló jogi személyiséggel rendelkező önkormányzati többcélú kistérségi társulást hoznak létre a kistérség területének összehangolt fejlesztésére (különösen a fejlesztési tervek, programok, pályázatok készítésére, megvalósítására), a térségi közszolgáltatások biztosítására, fejlesztésére, szervezésére, az intézmények fenntartására, valamint a településfejlesztés összehangolására, a kistérségi többcélú társulás határozatlan időre jön létre. A Többcélú Kistérségi Társulásban résztvevő települési önkormányzatok együttműködést vállalnak a Többcélú Kistérségi Társulások 2004. évi ösztönző támogatásáról - szóló pályázat benyújtásától számított legalább 3 évig.

Csurgó Kistérségi Többcélú Társulás legfontosabb adatai és működési jellemzői

40. sz. táblázat

Megnevezés	Működési jellemzők
Társulás neve:	Csurgó Kistérségi Többcélú Társulás
Társulás elnöke:	Szászvári László polgármester
Társulás alelnöke:	Kovács Zoltán polgármester
Társulási Tanács szervezete:	CSKTT 57/2006. (X. 27.), a 60/2006. (XII. 7.), a 61/2006. (XII. 7.), a 62/2006. (XII. 7.), a 63/2006. (XII. 7.)
Társulás Ágazati Bizottságai:	Oktatási Bizottság, Egészségügyi és Szociális Bizottság, Területfejlesztési Bizottság, Pénzügyi Bizottság
Társulás székhelye:	8840 Csurgó Széchenyi tér 2.
Társuláshoz tartozó önkormányzatok száma:	18 önkormányzat
Társuláshoz tartozó önkormányzatok:	Berzence, Csurgó, Csurgónagymarton, Gyékényes, Iharos, Iharosberény, Inke, Órtilos, Pogányszentpéter, Porrog, Porrogszentkirály, Porrogszentpál, Somogybükkösd, Somogycsicsó, Somogyudvarhely, Senta, Zákány, Zákányfalu.
Lakosságszáma:	18 615 fő
Társulás lakosságszáma a továbbiakban:	A Költségvetési Törvényben meghatározott normatív támogatásoknál figyelembe vett lakosságszám.
Társulás működési területe:	A Társulásban részt vevő települési önkormányzatok közigazgatási területe, amely lefedi a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásairól szóló 2004. évi CVII. törvény mellékletében meghatározott (lehatárolt) Csurgói kistérséget.
A Társulás döntéshozó szerve:	A Társulás Tanácsa, a Társulási Tanácsot a társulás tagjainak polgármesterei alkotják.
Társulás bélyegzője:	CSURGÓ Kistérségi Többcélú Társulás felirattal ellátott körbélyegző, közepén a Magyar Köztársaság címerével.
Társulás jogállása:	Jogi személy, amelynek gazdálkodására a költségvetési szervek gazdálkodására vonatkozó szabályokat kell alkalmazni. Pénzügyi-gazdasági feladatait a CSURGÓ Városi Polgármesteri Hivatal látja el.



A Társulási Tanács tagjainak szavazati joga:	A Társulás Tanácsa döntéseit határozattal hozza meg, a Társulási Tanács minden tagja egy szavazattal rendelkezik.
Társulás képviselője:	A Társulás elnöke, akadályoztatása esetén az elnökhelyettese látja el.
Társulás alapfeladata:	A „Csurgói Kistérségi Többcélú Társulási Megállapodás”-ban meghatározott önkormányzati feladatok ellátásáról a Társulás gondoskodik.
Mikro-körszeti társulások:	A Társulás tagjai összehangolt feladatellátásuk, társadalmi és gazdasági érdekeik érvényesítése és településeik fejlesztése céljából a Társuláson belül a Társulás feladatai megvalósítása céljából mikro-körszeti társulást hozhatnak létre. A Társulás tervezett célját és feladatát azonban véleményezés céljából előzetesen a Társulási Tanács elé kell terjeszteni. A mikro-körszeti társulás elsősorban az egymással szomszédos települések lakosságának alapszolgáltatásait biztosítja. A mikro-körszeti társulás előkészítését a Kistérségi Többcélú Társulás munkaszervezete végzi
Mikro-körszeti társulások működési szabályai:	A mikro-körszeti társulás működésének szabályait, s az általa ellátott feladatokat a résztvevők külön megállapodásban szabályozzák. A mikro-körszeti feladatellátó társulás a többcélú társulás része.
A Társulás célja:	A Társulásban résztvevő önkormányzatok képviselőtestületei a közös céloknak megfelelő hatékony és eredményes tevékenység érdekében a „Megállapodás”-ban rögzített eljárásban és módon szervezik és oldják meg, hangolják össze a települési önkormányzatok feladatait.
A Társulás feladatai:	Közsoktatás (alapfokú nevelés-oktatás) Szociális és gyermekjóléti alapellátás Egészségügyi alapellátás Települési szilárd és folyékony hulladékgyűjtés-és kezelés közös szervezése Állati hulladékok gyűjtésének és ártalmatlanításának közös szervezése Belső ellenőrzés Kistérségi területfejlesztési projektek, koncepció és program készítése, megvalósítása Közművelődési, közgyűjteményi tevékenység
A Társulás feladatellátásának formái:	A Társulás a feladatai ellátása során szakmai és komplex jellegű programkészítő, javaslattevő, programmenedzselő, koordináló, döntéshozó, a döntések végrehajtását figyelemmel kíséző és végrehajtó tevékenységet folytat.
Adatbázis működtetése:	A Társulás, a Csurgói kistérségre vonatkozóan, az összehangolt és szervezett feladatellátás érdekében a „Megállapodás”-ban rögzített szolgáltatásokra vonatkozó egybevonat adatbázist működtet. Az adatbázissal szemben támasztott követelmény, hogy alkalmas legyen a térségi, ágazati tervek, projektek elkészítésére és biztosítsa a megalapozott elemzés feltételeit
Egészségügyi feladatok:	A Társulás gondoskodik az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 93. § (1) bekezdésében meghatározott ügyeleti ellátás hétfői és hétközi ügyeleti formában történő ellátásáról és működtetéséről az egész kistérség területére kiterjedően.



Csurgó Kistérségi Többcélú Társulás egészségügyi feladatai

41. sz. táblázat

Egészségügyi monitoring - primer kistérségi prevenció	
1.	A Társulás megfigyelő rendszert tart fenn, illetve működtet, amelynek célja a kistérség egészségügyi helyzetének a figyelemmel kísérése, a lakosság egészségügyi helyzetének romlása esetén a felvilágosítás szervezése, tanácsadó rendszer működtetése az egészségre ártalmas rizikófaktorok csökkentése érdekében.
Kistérségi központi háziorvosi ügyelet fenntartása	
2.	A térségben összehangolt hétközi, illetve hétvégi orvosi ügyelet létrehozása és működtetése.
Fogászati szakellátási tájékoztató rendszer	
3.	A gyermek, ifjúsági, iskolai és felnőtt fogászati szakellátásról tájékoztatási rendszer kialakítása
Kistérségi rehabilitációs bizottság működtetése	
4.	Térségre kiterjedő illetékességgel rendelkező rehabilitációs bizottság működtetése.
Kistérségi prevenció - szűrővizsgálatok szervezése	
5.	A kistérségben az egészségügyi szűrővizsgálatok szervezése (szekunder prevenciók feladatai).
Foglalkozás-egészségügyi adatbázis létrehozása	
6.	A Társulás figyelemmel kíséri a térségi vállalkozások foglalkozás-egészségügyi helyzetét, és adatbázist hoz létre.
Információs hálózat működtetése	
7.	Információs hálózatot működtet, mellyel a helyben szokásos módon információt nyújt a társult önkormányzatoknak, az azok által fenntartott intézményeknek, illetve a kistérség területén működő intézményeknek (fenntartótól függetlenül) a feladatellátás folyamatáról és eredményéről.
Egészségügyi pályázatok benyújtása, segítése és támogatása	
8.	Pályázatot nyújthat be és figyeli az esetleges pályázati lehetőségeket, valamint segíti a társulásban résztvevő önkormányzatokat a pályázat elkészítésében.
Egészségügyi konferenciák rendezése, közös intézményfenntartás és működtetés biztosítása	
9.	Kihelyezett szakmai konferenciákat szervez az egészségügyi ellátásban részt vevő dolgozók számára, vizsgálja a közös intézménylétrehozás és működtetés lehetőségeit.
Egyeztető fórum szerepköre	
10.	A Társulás Tanácsa az egyeztető fórum szerepét tölti be az egészségügyi alapellátás biztosítására kötött megállapodások során, a kistérség önkormányzatai között esetlegesen felmerülő viták elintézésében.
Kistérségi egészségügyi adatbázis kialakítása	
11.	Kistérségi egészségügyi adatbázist hoz létre, amelyben gondoskodik az ellátottak személyiségi adatainak védelméről.

A „Megállapodás”-ban foglaltak értelmében a közösen fenntartott intézmények finanszírozása, forrásai a vonatkozó állami költségvetési normatívákból történik. A normatívák tervezése, leigénylése és felhasználása a vonatkozó előírásoknak megfelelően valósul meg. A normatívák által nem fedezett fenntartási költségeket a Társulásban résztvevők a Társulás éves költségvetésének összeállítása során határozzák meg, a közös fenntartású intézmények normatívák által nem fedezett kiadásai forrásául a Társulás saját pénzügyi alapja vehető



igénybe. Dönthet a Tanács a pótbefizetésről is. A közösen fenntartott intézmények fejlesztési, felújítási szükségletét a Társulás költségvetésében kell megtervezni. A fejlesztés és felújítás kérdésében a Társulási Tanács dönt.

4. 2. Kistérségi Központi Háziiorvosi Ügyelet...

Az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet 15. § - 16. § határozza meg a háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátás folyamatos működésére vonatkozó szabályozásokat. A Rendelet 15. § (1) bekezdésének szabályozásai értelmében a háziiorvosi, a házi gyermekorvosi feladatok rendelési időn túli ellátására ügyeleti szolgálatot kell szervezni, illetve azt központi ügyelet útján kell ellátni. A Rendelet 15. § (2) bekezdésének szabályozásai egyértelműen rögzítik, hogy az ügyeleti szolgálat a háziorvosoknak a sürgős - a következő rendelési időig nem halasztható - orvosi tevékenység céljából szervezett szolgálata. A központi háziiorvosi ügyelet (a Rendelet 15. § (5) bekezdésének szabályozásai szerint): az érintett háziiorvosi körzetek lakosságának folyamatos, vagy meghatározott időben történő alapellátási szintű sürgősségi ellátása az adott területet ellátó mentőszolgálattal együttműködve. Az ügyeleti szolgálatot, valamint a központi ügyeletet a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvos az önkormányzattal, illetve intézményével kötött szerződésének megfelelően látja el, az önkormányzat, vagy több társult önkormányzat (kistérségi többcélú társulás) a háziiorvosi ügyelet, illetve a központi ügyelet ellátására - feladatellátási szerződéssel - közreműködőt vehet igénybe. Az ügyelet rendjére, az ügyeletes orvos és ápoló feladataira, hatáskörére és felelősségére vonatkozó szabályozások a 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet 15. § (7) - (10) bekezdései és a Rendelet 16. § (1) - (2) bekezdései vonatkoznak. 2006. december 31.-ig az önkormányzatok a háziiorvosi sürgősségi ellátás formájában - a rendelési időn kívüli ellátások vonatkozásában - a 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet 15. § (1) és (3) bekezdése értelmében háziiorvosi készenlétet működtethettek. Ez az ellátási lehetőség a 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet 23. § (4) bekezdésében megjelölt szabályozások 2007. január 1.-ei hatálybalépése után megszűnt, azaz a háziiorvosi folyamatos ellátás keretében a rendelési időn túli ellátások biztosítása csak összevont háziiorvosi ügyelet (azonos, vagy változó telephelyű) és központi háziiorvosi ügyelet útján vált megoldhatóvá. Csurgó Kistérség Többcélú Társulása, a 2005. évben sikeres pályázatot nyújtott be a kistérségi központi háziiorvosi ügyelet infrastruktúrájának kialakítására, amelynek keretében 30 millió Ft-os pályázati támogatás igénybevétele mellett megtörtént a Csurgó Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézetek (8840 Csurgó Baksay u 9 sz.) épületének földszinti jobb oldali szárnyában a Kistérségi Központi Háziiorvosi Ügyelet épített



infrastruktúrájának modern és színvonalas, a szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet szabályozásainak minden tekintetben megfelelő kialakítása. Sor került egy db. az ügyeleti kijáráshoz használandó korszerű terepjáró ügyeleti gépkocsi megvásárlására és a gépkocsi garázshelyiségének kivitelezésére is. A 2005. év második felében a Csurgó Kistérség Többcélú Társulása közbeszerzési pályázatot írt ki a Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelet közreműködő igénybevételével - feladatátadási szerződéssel - történő ellátására, amelyet az Emergency Service Kft. (1138 Budapest Árva u 22 sz. Pf: 1555 Budapest Pf. 16. Bánházy András üzletvezető) nyert el. 2006. január 1.-től - az érvényes és hatályos „Feladatellátási Szerződés”-ben meghatározott módon, feltételekkel és eljárási rendben - a Csurgói kistérség mind a 18 települése számára a Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyeleti ellátás keretében az Emergency Service Kft. nyújtja közreműködőként az egészségügyi szolgáltatásokat.

Csurgó Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelet ellátásának legfontosabb szerződéses jellemzői és feltételei

**2005. december 20.-án keltezett Feladatellátási Szerződés, valamint a Központi Ügyeleti ellátás
beszámolója alapján.**

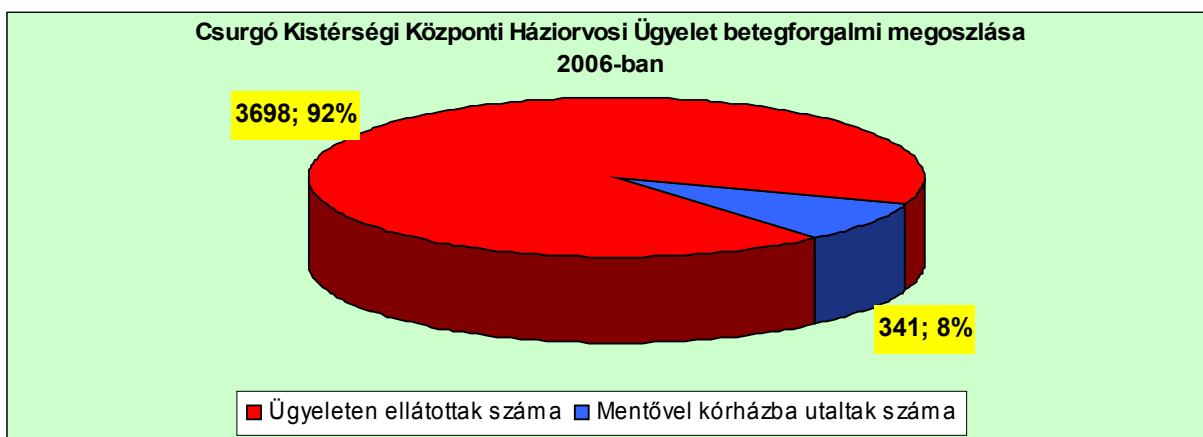
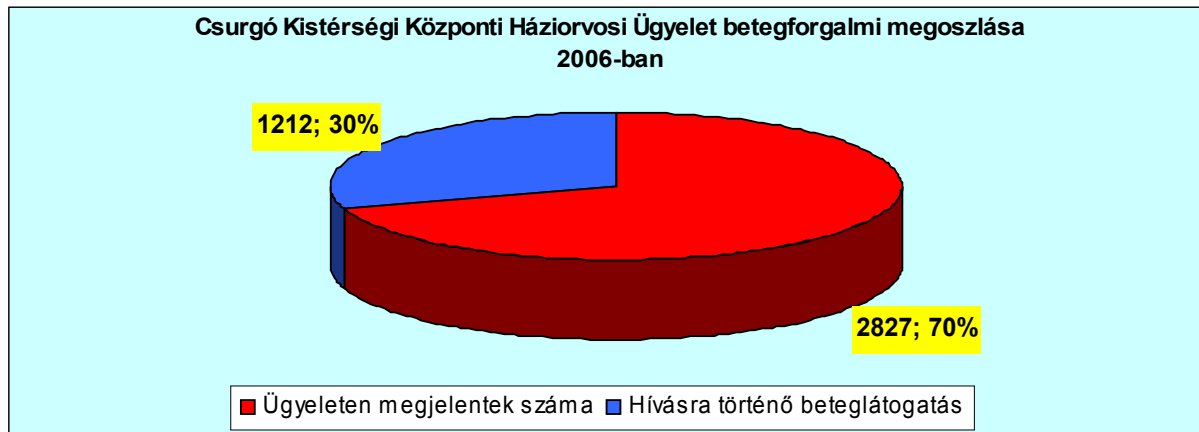
42. sz. táblázat

Megnevezés	Adatok és jellemzők
Ügyeleti szolgálat megnevezése:	Csurgó Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelet
Ügyelet jogszabályi minősítése:	Az egészségügyi ellátás folyamatos működésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet 15. § (5) bekezdése szerinti központi ügyelet.
Ügyelet létrehozásának határozati szabályozása:	A Csurgó Kistérségi Többcélú Társulási Megállapodás III/B. Ágazati feladatok - Egészségügyi feladatok 2. pontja szerint.
Ügyelet jogszabályi megfelelősége:	A Csurgó Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelet megfelel a „szakmai minimumfeltételekről” szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet érvényes és hatályos szabályozásainak.
Ügyeleti tevékenység engedélyezése:	A közreműködő a központi ügyeleti ellátásra vonatkozóan érvényes és hatályos, határozatlan időtartamra kiadott ÁNTSZ Működési Engedéllyel rendelkezik.
Ügyeletet ellátó egészségügyi ágazati azonosítója:	001181956
Ügyeletet ellátó megnevezése és címe:	Emergency Service Kft, 1138 Budapest Árva u 22.
Ügyelet ellátás formája:	Közreműködőként történő ellátás.
Ügyelet ellátási szerződés formája és kelte:	Feladatellátási Szerződés, 2005. december 20.
Szerződés időtartama:	Határozott, 5 éves időtartamra megkötött.
OEP finanszírozási szerződés jogosultsága:	Emergency Service Kft. közvetlen OEP szerződés.
Ügyeletvezető főorvos:	Dr. Varga István
Ügyelet telephelye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Ügyelettel ellátott települések száma:	Csurgói kistérség 18 települése



Megnevezés	Adatok és jellemzők
Ügylettel ellátott települések felsorolása:	Berzence, Csurgó, Csurgónagymarton, Gyékényes, Iharos, Iharosberény, Inke, Órtilos, Pogányszentpéter, Porrog, Porrogszentkirály, Porrogszentpál, Somogybükkösd, Somogyicsó, Somogyudvarhely, Senta, Zákány, Zákányfalu.
Ügylettel ellátandó népességszám:	Társulási Megállapodás szerint rögzített: 18 615 fő
Ügyleti ellátás időtartama hétközben:	Napi 16 óra. Ügylet időszaka: 15.00 - 7.00-ig
Ügyleti ellátás időtartama hétvégén, ünnepeken:	Napi 24 óra Ügylet időszaka: 7.00 - 7.00-ig
Ügyleti szolgálat ellátási helyei:	A Csurgói telephelyen, illetve hívás esetén a településeken.
Ügylet ellátó orvosok száma:	1 fő ügyletes orvos
Ügyletes ápolók száma:	1 fő ápoló
Ügyletes gépkocsivezetők száma:	1 fő gépkocsivezető
Ügyletben részvevő orvosok illetékessége:	A Kistérségi Központi Háziiorvosi Ügyletben kizárólag a kistérségben dolgozó háziiorvosok vesznek részt.
Ügyletben közreműködő háziiorvosok száma:	9 fő háziiorvos
Folyamatosan és az ügyleti ellátásban ténylegesen közreműködő háziiorvosok száma:	7 fő háziiorvos
Ügylet ellátás feladati meghatározottsága:	A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló többször módosított 4/2000. (II. 25.) EÜM rendelet szabályozásai szerint.
Ügylet ellátás forgalmi jelentési kötelezettsége:	76/2004. (VII. 19.) ESZCSM rendelet szerint.
Ügyleten megjelent betegek száma 2006-ban:	2 827 fő beteg
Ügyleti hívásra történt beteglátogatás 2006-ban:	1 212 fő beteg
Mentőszállítási igénybevételek száma 2006-ban:	341 fő beteg

34-35. ábra



A 2007. év I.-III. hónapjában a vizitdíj bevezetése az ügyeleti betegforgalom kb. 30 %-os csökkenését jelentette. A vizitdíj bevezetésekor az ügyeleti ellátás igen nehezen tudta csak értelmezni a vizitdíj szedésének szabályait. Az ügyeleti betegforgalmi nyilvántartás értelmében a 2007. I.-III. hónap közötti időszakban a betegforgalom kb. 25 %-át tették ki a kihívások, amelyek ugyanakkor zömükben indokoltak, a betegek közel felét kellett végleges ellátásra kórházba utalni. A betegek kórházba történő beszállítása - a beteg állapotától függően - mentővel történik, vagy a család oldja meg a beszállítást. A Csurgó Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelet elhelyezésétől (telephelyétől) mindössze 100 méterre található az OMSZ kistérségi mentőállomása, amelyen jelenleg 3 db. kizárólag betegszállításra alkalmas mentőautó áll kivonuló mentőként rendelkezésre (a kapott információk szerint ebből 1 db. tartósan működésképtelen, 2 db. működőképes). Az OMSZ Csurgói Mentőállomás jelenlegi mentőgépkocsi parkjából hétközi napokon 16.00 után (az ügyelet időszakában) már csak 1 db. betegszállító gépkocsi áll rendelkezésre (még kivonuló „eset-kocsi” sem biztosított.). A mentőszállítás igénybevétele az ügyelet részéről a mentőállomás irányában közvetlenül nem biztosított, az ügyelet mentőgépkocsi igénye esetén az OMSZ Kaposvári Központi Diszpécserszolgálatán keresztül lehet csak mentőt biztosítani. A kistérségi sürgősségi ellátás terén a kistérség környéki kórházak (Nagyatádi és a Nagykanizsai kórházak) helyzetének normatív változásai érezhető javulást nem hoztak, ugyanakkor az ágyszámok csökkenése a beutalások vonatkozásában igen hátrányos helyzetbe hozta az úgynevezett „területen kívüli” betegeket. Ügyeletben már nem lehetséges előjegyzést kérni kórházi felvételre, a vizsgálatról és a felvételtől egyeztetni.

A Csurgó Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelet tevékenysége a dokumentumok áttekintése, a helyszíni bejárás és a vezetőkkel való személyes interjúk alapján szakmailag igen kedvezőnek, jól szervesnek, kellően irányítottak és jól működtetettnek tekinthető. Az ügyeleti ellátások sürgősségi szakmai szemlélete és gyakorlata korszerű, az ellátási feltételek jelenleg is kedvezőnek minősíthetők és kellő szakmai alapot biztosítanak a magasabb szintű kistérségi egészségügyi integráció megteremtése számára.

4. 3. A Csurgói kistérség járóbeteg szakellátása...

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet 5. § (1) bekezdése b.) pontja ba.) alpontjának szabályozása értelmében a rendelő: a járóbeteg szakellátás körében egy egészségügyi szakmához tartozó és a diagnosztikai háttérrel más egészségügyi szolgáltató közreműködésével biztosító egészségügyi



szolgáltatás nyújtása. A Rendelet 5. § (1) bekezdése b.) pontja bb.) alpontjának szabályozása értelmében a szakrendelő/szakrendelés: egy, vagy több szakterülethez tartozó és - a klinikai laboratóriumi háttér tekintetében legalább J0 szintnek megfelelő - diagnosztikai háttér helyszíni biztosításával működő, de a szakrendelő/rendelőintézet feltételeinek nem megfelelő egészségügyi szolgáltatás nyújtása. A Rendelet 5. § (1) bekezdése b.) pontja bc.) alpontjának szabályozása értelmében a rendelőintézeti szakrendelő/szakrendelés: legalább 4 szakterületen az adott területhez tartozó valamennyi egészségügyi szolgáltatást nyújtó és a helyszínen radiológiai és legalább a J0 szintnek megfelelő klinikai laboratóriumi diagnosztika, valamint a Rendelet 10. § (4) bekezdésére figyelemmel, a feladatok ellátásához indokolt magasabb szintű klinikai laboratóriumi diagnosztikai ellátás igénybevételével működő egészségügyi szolgáltatás. A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény a települési önkormányzatok kötelezően ellátandó feladatkörébe, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szabályozási keretében meghatározott egészségügyi alapellátási kötelezettségeket határozza meg, a szakellátás feladatát (járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás) és ellátási kötelezettségét, pedig a megyei (fővárosi) önkormányzatok kötelező feladatai körébe rendeli. A fenti szabályozásoknak megfelelően a Csurgói kistérség valamennyi települési önkormányzatának csak az egészségügyi alapellátás vonatkozásában van területi ellátási kötelezettséggel befogadott alapellátási kötelezettsége, a Csurgó Város Önkormányzata részéről a fenntartott és működtetett járóbeteg szakellátás (meghatározott szakrendelések a Csurgói kistérségre kiterjedő területi ellátási kötelezettséggel.) az önkormányzat önként vállalt feladatoként és kötelezettségeként jelenik meg a városi önkormányzati közellátási teendők között. A Csurgói kistérségben kizárólag Csurgó város területén működnek meghatározott szakmai körben (és igen mérsékelt kapacitásokkal) járóbeteg szakrendelések, amelyek telephelyük szerint a Csurgó Városi Önkormányzat Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézetek telephelyén (8840 Csurgó Baksay u 9 sz.) nyertek elhelyezést. Ezek a telephelyileg lényegében együttesen elhelyezett és meghatározóan közösen használt (kivéve a Nőgyógyászati szakrendelés) szakorvosi rendelőiben elhelyezett szakrendelések, részben a Csurgó Városi Önkormányzat fenntartásában (saját járóbeteg kapacitásaival) működő szakrendelések, részben a Nagyatádi Városi Önkormányzat Kórház - Rendelőintézete által (annak kapacitásaival) Csurgó városában működtetett kihelyezett szakrendelések. A csurgói városi járóbeteg szakellátásra a Csurgó Város Önkormányzata által fenntartott Városi Egészségügyi és Szociális Intézmények szakmai és gazdálkodási keretében tartozó szakrendelések (saját csurgói járóbeteg kapacitásokkal), valamint a Nagyatádi Városi Önkormányzat Kórház - Rendelőintézete által kihelyezett telephelyszerűen Csurgón



működtetett szakrendelések (nagyatádi járóbeteg kapacitásokkal) együttélése, szakmai egymás mellettsége a jellemző. Csurgó város és a Csurgói kistérség a „szakmai minimumfeltételekről” szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet szabályozásai szerinti definiált szakrendelővel, rendelőintézettel nem rendelkezik, csupán szórvány szakrendelésekkel látja el az adott szakmai-szervezeti egységek számára a Csurgói kistérségre vonatkozóan meghatározott területi ellátás kötelezettség szerinti népességszámot. A Csurgói kistérség járóbeteg szakellátására vonatkozó legfontosabb jellemzőket, adatokat és ismérveket, az alábbiak szerint foglalhatjuk össze:

Csurgói kistérség járóbeteg szakellátásának legfontosabb jellemzői

2007. június 1.-ei helyzet szerint.

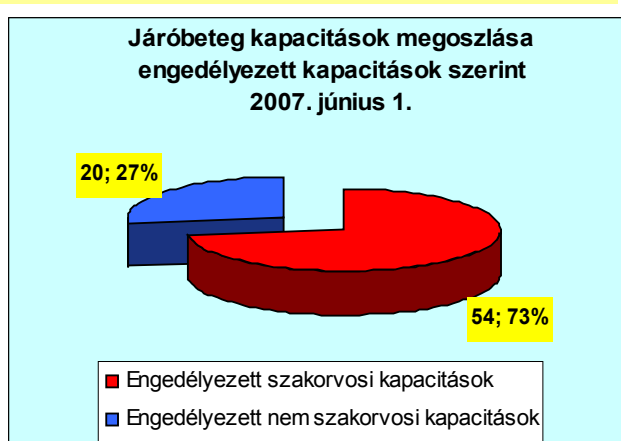
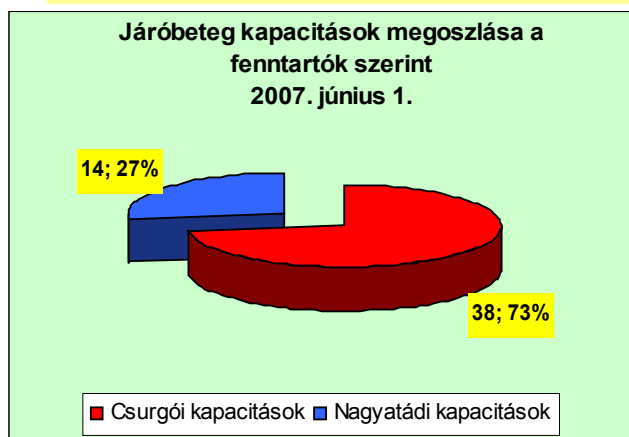
43. sz. táblázat

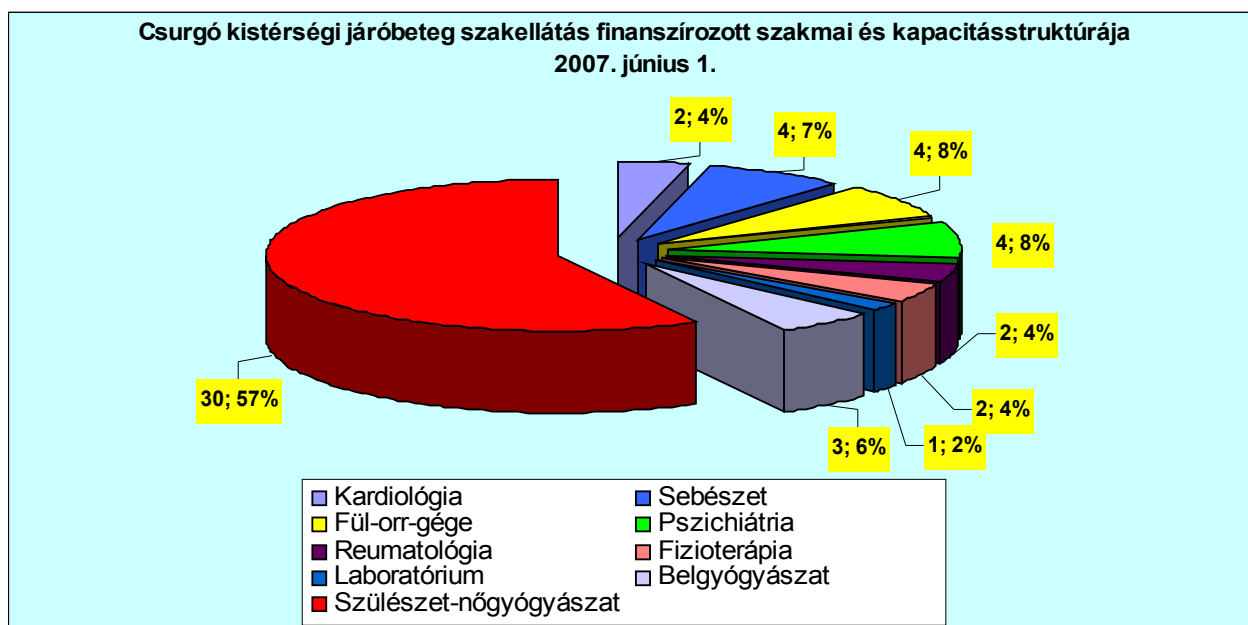
Megnevezés	Jellemzők
Járóbeteg szakellátás telephelyi elhelyezése:	Csurgó Város Önkormányzata Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézetek telephelye. 8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Járóbeteg szakellátás fenntartói:	Csurgó Városi Önkormányzat 8840 Csurgó Széchenyi tér 2 sz. Nagyatád Városi Önkormányzat 7500 Nagyatád Baross Gábor u 9 sz.
Járóbeteg szakellátás működtetői:	Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézetek Egészségügyi Szolgálat 8840 Csurgó Baksay u 9 sz. Nagyatád Városi Önkormányzat Kórház-Rend. int. 7500 Nagyatád Bajcsy-Zsilinszki u 1 sz.
Járóbeteg szakellátás vállalt kötelezettsége:	Csurgó Város Önkormányzata Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézmények 3615-3/2007 ügyiratszámú Alapító Okirata 2. pontjában a TEÁOR 85120 kódon nyilvántartott járóbeteg szakellátás.
Járóbeteg szakellátás SZMSZ szerinti jogállása a csurgói fenntartású szakrendelések esetében:	A csurgói fenntartású szakrendelések vonatkozásában a Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézmények Szervezeti és Működési Szabályzata VI/1. pontjában rögzített szabályozások szerint.
Járóbeteg szakellátás „Megállapodás” szerinti jogállása a nagyatádi kihelyezett szakrendelések esetében:	A Nagyatádi Városi Önkormányzat Kórház-Rend. int. kihelyezett szakrendeléseinek vonatkozásában a Csurgói Városi Önkormányzattal kötött „Megállapodás”-ban foglaltak szerint.
Nagyatádi kihelyezett szakrendelések működésének kezdő időpontja:	1998. szeptember 21.
Járóbeteg szakellátás összes engedélyezett szakorvosi rendelési óraszáma (óra/hét):	52 szakorvosi óra/hét
Nagyatádi kihelyezett összes járóbeteg kapacitás szakorvosi óra/hét:	14 szakorvosi óra/hét
Csurgói saját összes járóbeteg kapacitás szakorvosi óra/hét:	38 szakorvosi óra/hét



43.sz. táblázat folytatása	
Megnevezés	Jellemzők
Nagyatádi kihelyezett szakrendelések megnevezése, kihelyezett kapacitásai:	Kardiológiai szakrendelés: 2 szakorvosi óra/hét Ifj. Dr. Herr Gyula Sebészeti szakrendelés: 4 szakorvosi óra/hét Dr. Kovács Zoltán Fül-orr-gégészeti szakrendelés: 4 szakorvosi óra/hét Dr. Czurkó Géza Pszichiátriai szakrendelés: 4 szakorvosi óra/hét Dr. Veres Gyula
Szakrendelések száma: 4 Szakorvosok száma: 4 fő Szakorvosi kapacitás: 14 szakorvosi óra/hét	
Csurgói saját szakrendelések:	Reumatológiai szakrendelés: 2 szakorvosi óra/hét Dr. Novothny György Fizioterápiás szakrendelés: 2 szakorvosi óra/hét Dr. Novothny György Belgyógyászati szakrendelés: 3 szakorvosi óra/hét Ifj. Dr. Herr Gyula Szül-Nőgyógy. szakrendelés: 30 szakorvosi óra/hét Dr. Varga István Laboratóriumi szakrendelés: 1 szakorvosi óra/hét Dr. Lelkes Éva
Csurgói saját szakrendelések:	
Szakrendelések száma: 5 Szakorvosok száma: 5 Szakorvosi kapacitás: 38 szakorvosi óra/hét	
Engedélyezett, de nem finanszírozott nem szakorvosi óraszám kapacitás:	Fizioterápia (asszisztensi) rendelés: 20 nem szakorvosi óra/hét kapacitással.
Engedélyezett összes kapacitás:	52 szakorvosi óra/hét és 20 nem szakorvosi óra/hét
Finanszírozott összes kapacitás:	52 szakorvosi óra/hét
Szakrendelések progresszív ellátási szintje:	Valamennyi szakrendelés általános járóbeteg szakell.
Szakrendelések ellátás formája:	Járóbeteg ellátás keretében végezhető tevékenység
Teljesítmények elsárolása:	Nagyatádi kihelyezett szakrendelések esetén a Nagyatádi Városi Önkormányzat Kórház-Rend. int. finanszírozási kódjain a kórház számol el. Csurgó saját szakrendelések esetén a 1421520230/B szerződési számon nyilvántartott Finanszírozási Alapszerződés XIV. számú mellékszerződésében foglaltak szerinti kódokon a Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézmények Városi Egészségügyi Szolgálatá számol el.

36-37. ábra





A Csurgó Városi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat, valamint a Nagyatádi Városi Kórház-Rendelőintézet működtetésében lévő járóbeteg szakrendelések közös sajátossága, hogy valamennyi engedélyezett és finanszírozott szakrendelés kizárólag csak szakorvosi feladat ellátására (1-es kód) irányul. A Csurgó kistérségi járóbeteg szakellátás szakma - szervezeti - finanszírozási egységeit a fenntartó és működtető megjelölése mellett, a szakmakód jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet hatályos szabályozásai szerint az alábbiakban mutatjuk bel:

01 Belgyógyászat és társszakmái

44. sz. táblázat

Megnevezés	Szakrendelés jellemzői, azonosítói
Szakrendelés megnevezése:	Belgyógyászati szakrendelés
Szakma megnevezése:	Belgyógyászat és társszakmái
Szakmafőcsoport kódja:	01
Szakmaterülete:	Általános belgyógyászat
Szakmaterületi kódja:	0100
Engedélyezett kapacitás:	3 szakorvosi óra/hét
Finanszírozott kapacitás:	3 szakorvosi óra/hét
Engedélyezett, illetve finanszírozott nem szakorvosi kapacitás:	Nincs.
Rendelés helye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Rendelési idő:	Kedd: 14.00 - 17.00
Rendelés szakorvosi ellátása:	Közreműködővel.
Rendelő orvos:	Ifj. Dr. Herr Gyula SIRIUS 2001. Bt.
Egészségügyi ágazati azonosító kódja:	14220101
Finanszírozási kódja:	20101
Működési Engedély:	Működési Engedély
Finanszírozási szerződés:	1421520230/B szerződési számú Finanszírozási Alapszerződés XIV. számú mellékszerződése.
Fenntartó:	Csurgó Városi Önkormányzat
Működtető:	Városi Egészségügyi Szolgálat



02 Sebészet és társszakmái

45. sz. táblázat

Megnevezés	Szakrendelés jellemzői, azonosítói
Szakrendelés megnevezése:	Sebészeti szakrendelés
Szakma megnevezése:	Sebészet és társszakmái
Szakmafélcsoport kódja:	02
Szakmaterülete:	Általános sebészet
Szakmaterületi kódja:	0200
Engedélyezett kapacitás:	4 szakorvosi óra/hét
Finanszírozott kapacitás:	4 szakorvosi óra/hét
Engedélyezett, illetve finanszírozott nem szakorvosi kapacitás:	Nincs.
Rendelés helye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Rendelési idő:	Hétfő: 14.00 - 18.00
Rendelés szakorvosi ellátása:	Nagyatádi Kórházzal kötött megállapodás alapján, a kórházból történő kifizetéssel.
Rendelő orvos:	Dr. Kovács Zoltán
Egészségügyi ágazati azonosító kódja:	Nagyatádi kórház kódállománya szerint.
Finanszírozási kódja:	Nagyatádi kórház kódállománya szerint.
Működési Engedély:	Nagyatádi Kórház ÁNTSZ Műk. Eng.
Finanszírozási szerződés:	Nagyatádi Kórház OEP szerződése
Fenntartó:	Nagyatádi Városi Önkormányzat
Működtető:	Nagyatádi Városi Kórház - Rend. int.

04 Szülészeti - nőgyógyászati

46. sz. táblázat

Megnevezés	Szakrendelés jellemzői, azonosítói
Szakrendelés megnevezése:	Szülészeti - nőgyógyászati szakrendelés
Szakma megnevezése:	Szülészeti - nőgyógyászati
Szakmafélcsoport kódja:	04
Szakmaterülete:	Általános szülészeti - nőgyógyászati
Szakmaterületi kódja:	0400
Engedélyezett kapacitás:	30 szakorvosi óra/hét
Finanszírozott kapacitás:	30 szakorvosi óra/hét
Engedélyezett, illetve finanszírozott nem szakorvosi kapacitás:	Nincs.
Rendelés helye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Rendelési idő:	Hétfő: 7.30 - 15.30, Szerda: 7.30-14.30 Csütörtök: 7.30 - 13.00 és 13.30 -15.30 Péntek: 7.30 - 12.00 és 12.30 - 15.30
Rendelés szakorvosi ellátása:	Dr. Varga és Társa Bt. közreműködő.
Rendelő orvos:	Dr. Varga István
Egészségügyi ágazati azonosító kódja:	142220403
Finanszírozási kódja:	20403
Működési Engedély:	Működési Engedély
Finanszírozási szerződés:	1421520230/B szerződési számú Finanszírozási Alapszerződés XIV. számú mellékszerződése.
Fenntartó:	Csurgó Városi Önkormányzat
Működtető:	Városi Egészségügyi Szolgálat



07 Fül-orr-gégészet

47. sz. táblázat

Megnevezés	Szakrendelés jellemzői, azonosítói
Szakrendelés megnevezése:	Fül-orr-gégészeti szakrendelés
Szakma megnevezése:	Fül-orr-gégegyógyászat
Szakmafőcsoport kódja:	07
Szakmaterülete:	Általános fül-orr-gégészet
Szakmaterületi kódja:	0700
Engedélyezett kapacitás:	4 szakorvosi óra/hét
Finanszírozott kapacitás:	4 szakorvosi óra/hét
Engedélyezett, illetve finanszírozott nem szakorvosi kapacitás:	Nincs.
Rendelés helye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Rendelési idő:	Szerda: 14.00 - 18.00
Rendelés szakorvosi ellátása:	Nagyatádi Kórházzal kötött megállapodás alapján, a kórházból történő kijárással.
Rendelő orvos:	Dr. Czurkó Géza
Egészségügyi ágazati azonosító kódja:	Nagyatádi kórház kódállománya szerint.
Finanszírozási kódja:	Nagyatádi kórház kódállománya szerint.
Működési Engedély:	Nagyatádi Kórház ÁNTSZ Műk. Eng.
Finanszírozási szerződés:	Nagyatádi Kórház OEP szerződése
Fenntartó:	Nagyatádi Városi Önkormányzat
Működtető:	Nagyatádi Városi Kórház - Rend. int.



14 Reumatológia és Fizioterápia (szakorvosi) 57 Fizioterápia (asszisztensi)

48. sz. táblázat

Megnevezés	Szakrendelés jellemzői, azonosítói
Szakrendelés megnevezése:	Reumatológiai - fizioterápia szakrendelés Fizioterápiás (asszisztensi) rendelés
Szakma megnevezése:	Reumatológia és fizioterápia Fizioterápia (asszisztensi)
Szakmafőcsoport kódja:	14 és 57
Szakmaterülete:	Reumatológia és fizioterápia (szakorvosi) Fizioterápia (asszisztensi)
Szakmaterületi kódja:	1401 és 1402 5722
Engedélyezett kapacitás:	Reumatológia: 2 szakorvosi óra/hét Fizioterápia (szakorvosi): 2 szakorvosi óra/hét Fizioterápia (asszisztensi). 20 nem szakorvosi óra/hét
Finanszírozott kapacitás:	Reumatológia és fizioterápia 2-2 szakorvosi óra/hét Fizioterápia (asszisztensi) 20 nem szakorvosi óra/hét nem finanszírozott.
Engedélyezett, illetve finanszírozott nem szakorvosi kapacitás:	20 nem szakorvosi óra/hét a Fizioterápia (asszisztensi) rendelésre, de ez nem finanszírozott.
Rendelés helye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Rendelési idő:	Reumatológia és fizioterápia Szerda: 8.00 - 12.00 Fizioterápia (asszisztensi): Hétfő - Péntek: 8.00 - 12.00
Rendelések szakorvosi, illetve asszisztensi ellátása:	Nagyatádi Kórházzal kötött megállapodás alapján, a kórházból történő kijárással. Fizioterápia (asszisztensi): Egészségügyi Szolgálat közalkalmazottja.
Rendelő orvos:	Dr. Novothny György
Rendelő asszisztens:	Vollár Istvánné fizioterápiás asszisztens
Egészségügyi ágazati azonosító kódja:	14222104 Reumatológiai szakrendelés 142225720 Fizioterápiás szakrendelés 140075722 Fizioterápiás rendelés
Finanszírozási kódja:	22104 Reumatológia 25720 Fizioterápia (szakorvosi)
Működési Engedély:	Valamennyi rendelés Működési Eng.
Finanszírozási szerződés:	1421520230/B szerződési számú Finanszírozási Alapszerződés XIV. számú mellékszerződése. A Fizioterápiás (asszisztensi) rendelésnek finanszírozási szerződése nincs.
Fenntartó:	Csurgó Városi Önkormányzat
Működtető:	Városi Egészségügyi Szolgálat



18 Pszichiátria

49. sz. táblázat

Megnevezés	Szakrendelés jellemzői, azonosítói
Szakrendelés megnevezése:	Pszichiátriai szakrendelés
Szakma megnevezése:	Pszichiátria
Szakmafőcsoport kódja:	18
Szakmaterülete:	Pszichiátria
Szakmaterületi kódja:	1800
Engedélyezett kapacitás:	4 szakorvosi óra/hét
Finanszírozott kapacitás:	4 szakorvosi óra/hét
Engedélyezett, illetve finanszírozott nem szakorvosi kapacitás:	Nincs.
Rendelés helye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Rendelési idő:	Csütörtök: 12.00 - 16.00
Rendelés szakorvosi ellátása:	Nagyatádi Kórházzal kötött megállapodás alapján, a kórházból történő kijárással.
Rendelő orvos:	Dr. Vörös Gyula
Egészségügyi ágazati azonosító kódja:	Nagyatádi kórház kódállománya szerint.
Finanszírozási kódja:	Nagyatádi kórház kódállománya szerint.
Működési Engedély:	Nagyatádi Kórház ÁNTSZ Műk. Eng.
Finanszírozási szerződés:	Nagyatádi Kórház OEP szerződése
Fenntartó:	Nagyatádi Városi Önkormányzat
Működtető:	Nagyatádi Városi Kórház - Rend. int.

40 Kardiológia

50. sz. táblázat

Megnevezés	Szakrendelés jellemzői, azonosítói
Szakrendelés megnevezése:	Kardiológiai szakrendelés
Szakma megnevezése:	Kardiológia
Szakmafőcsoport kódja:	40
Szakmaterülete:	Általános kardiológia
Szakmaterületi kódja:	4000
Engedélyezett kapacitás:	2 szakorvosi óra/hét
Finanszírozott kapacitás:	2 szakorvosi óra/hét
Engedélyezett, illetve finanszírozott nem szakorvosi kapacitás:	Nincs.
Rendelés helye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Rendelési idő:	Kedd: 17.00 - 19.00
Rendelés szakorvosi ellátása:	Nagyatádi Kórházzal kötött megállapodás alapján, a kórházból történő kijárással.
Rendelő orvos:	Ifj. Dr. Herr Gyula
Egészségügyi ágazati azonosító kódja:	Nagyatádi kórház kódállománya szerint.
Finanszírozási kódja:	Nagyatádi kórház kódállománya szerint.
Működési Engedély:	Nagyatádi Kórház ÁNTSZ Műk. Eng.
Finanszírozási szerződés:	Nagyatádi Kórház OEP szerződése
Fenntartó:	Nagyatádi Városi Önkormányzat
Működtető:	Nagyatádi Városi Kórház - Rend. int.



50 Laboratórium

51. sz. táblázat

Megnevezés	Szakrendelés jellemzői, azonosítói
Szakrendelés megnevezése:	Laboratórium
Szakrendelés szakmai besorolása:	Mintavételi (vérvételi) laboratórium
Szakrendelés 60/2003. (X. 20.) ESZCSM besorolása:	Kizárólag J0 jogosultságú laboratórium.
Szakma megnevezése:	Laboratóriumi diagnosztika
Szakmafőcsoport kódja:	50
Szakmaterülete:	Általános laboratóriumi diagnosztika
Szakmaterületi kódja:	5000
Engedélyezett kapacitás:	1 szakorvosi óra/hét
Finanszírozott kapacitás:	1 szakorvosi óra/hét
Engedélyezett, illetve finanszírozott nem szakorvosi kapacitás:	Nincs.
Rendelés helye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Rendelési idő:	Szerda: 10.00 -11.00
Rendelés szakorvosi ellátása:	Dr. Nagy és Társa Orvosi Bt. közreműködő
Rendelő orvos:	Dr. Lelkes Éva
Egészségügyi ágazati azonosító kódja:	142225010
Finanszírozási kódja:	25010
Működési Engedély:	Működési Engedély
Finanszírozási szerződés:	1421520230/B szerződési számú Finanszírozási Alapszerződés XIV. számú mellékszerződése. A Fizioterápiás (asszisztensi) rendelésnek finanszírozási szerződése nincs.
Fenntartó:	Csurgó Városi Önkormányzat
Működtető:	Városi Egészségügyi Szolgálat



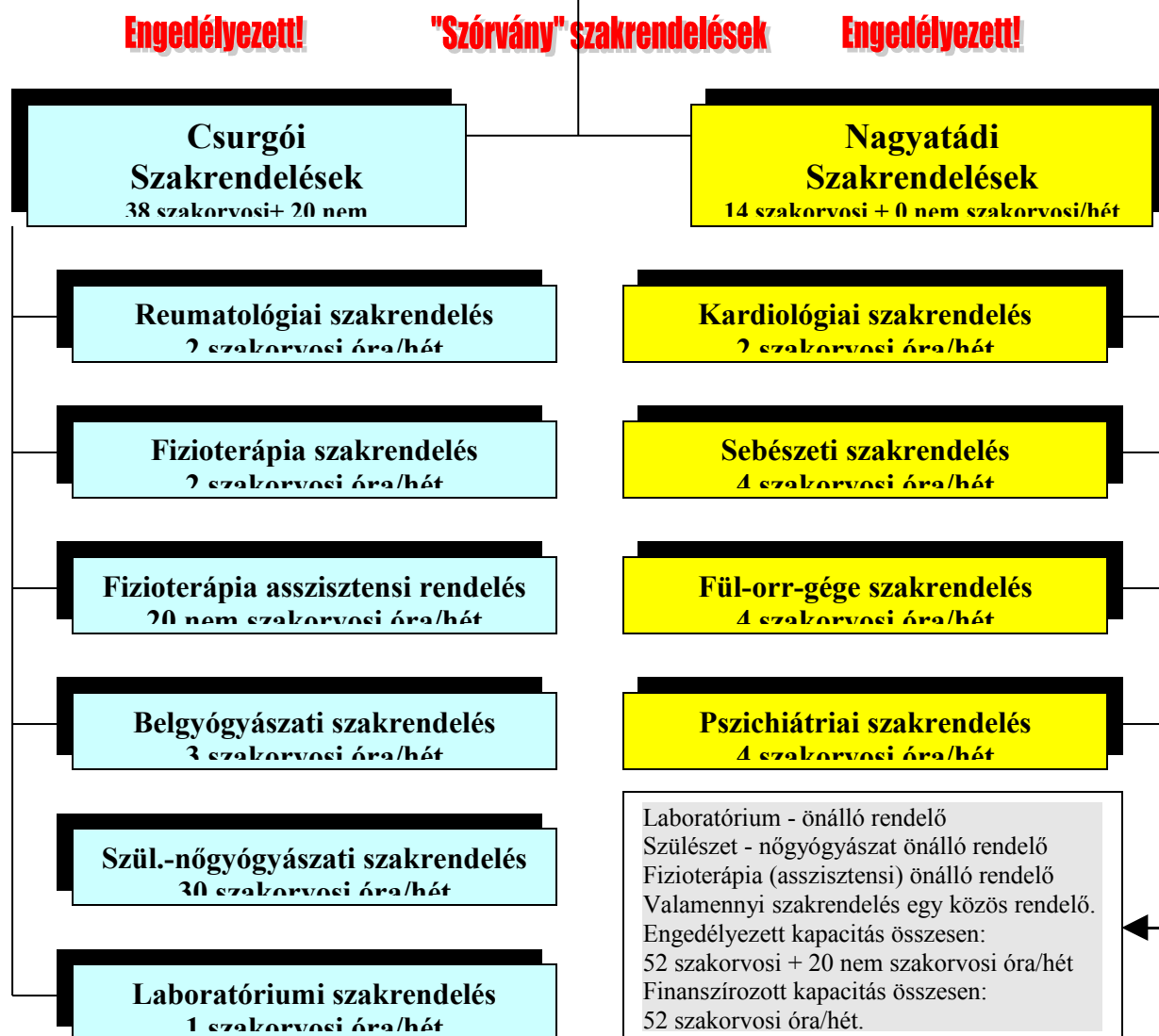
Csurgói kistérség járóbeteg szakellátásának szakmai és kapacitás térképe

2007. június 1.

Esetszám: évi 6240 eset!

Szakrendelések

Labor: évi 11520 eset!



A Csurgói kistérség járóbeteg szakellátásának szakrendelése 3 db. jogszabály szerint nevesített alapszakmában (belgyógyászat, sebészet és szülészet-nőgyógyászat), valamint további 5 db. orvosi szakmában (pszichiátria, kardiológia, fül-orr-gégészet, reumatológia és fizioterápia, valamint laboratóriumi diagnosztika), összesen 52 szakorvosi óra/hét + 20 nem szakorvosi óra/hét engedélyezett, valamint 52 szakorvosi óra/hét finanszírozott kapacitással (a Fizioterápia (asszisztensi) rendelés 20 nem szakorvosi óra/hét engedélyezett kapacitása nem finanszírozott.) rendelkezik. *A járóbeteg szakfeladatok szakrendelési óraszámai - a Szülészet - nőgyógyászati*



szakrendelés kivételével - lényegében igen alacsonyak, a heti rendelési elérhetőségek alacsony szintűek, a szakrendelések „szórvány” rendelési jellegűek.

4. 4. Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézmények...

A Csurgó Város Önkormányzati alapításával és fenntartásába működő integrált intézmény érvényes és hatályos Alapító Okirata a Csurgó Város Önkormányzata Képviselőtestületének 51/2007. (IV. 26.) KT határozatával jóváhagyott. (Szászvári László polgármester - Dr. Kovács Tamásné jegyző) Az intézmény, az egészségügyi és a szociális ágazat integrált lakossági közellátásait az Alapító Okiratban meghatározott feladatkörben, eljárási rendben, meghatározott szakmai és gazdálkodási, valamint működési feltételek, és körülmények között látja el. Az intézmény Alapító Okiratban, valamint a Szervezeti és Működési Szabályzatban meghatározott legfontosabb azonosítóit és jellemzőit az alábbiakban mutatjuk be, táblázatos formában:



Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézmények azonosítói és jellemzői

Alapító Okiratban és a Szervezeti és Működési Szabályzatban meghatározottak szerint.

52. sz. táblázat

Megnevezés	Azonosítók és jellemzők
Intézmény megnevezése:	Városi Egészségügyi és Szociális Intézmények
Intézmény alapítója:	Csurgó Városi Önkormányzat
Intézmény fenntartója:	Csurgó Városi Önkormányzat
Intézmény felügyeleti szervei:	Csurgó Város Önkormányzatának Képviselő testülete Somogy Megyei Egészségbiztosítási Pénztár ÁNTSZ Kistérségi Intézete Nagyatád Somogy Megyei Módszertani Bölcsőde
Alapító Okirat száma és kelte:	51/2007. (IV. 26.) számú KT határozat, 2007. április 26.
Intézmény székhelye:	Egészségügyi Szolgálat 8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
Intézmény telephelyei:	Egészségügyi Szolgálat: 8840 Csurgó Baksay u 9 sz. Városi Bölcsőde: 8840 Csurgó Baksay u 9 sz. Szociális Szolgáltató: 8840 Csurgó Basakuti u 3 sz. Idősek Klubja: 8840 Csurgó Arany János u 6 sz.
Ellátandó alaptevékenységek:	TEÁOR 85120 Járóbetegek orvosi ellátása TEÁOR 85320 Szociális és gyermekjóléti ellátás
Ellátandó szakfeladatok száma:	TEÁOR 851275 Járóbeteg szakorvosi ellátása TEÁOR 851297 Védőnői szolgálat TEÁOR 851912 Anya, gyermek és csecsemővédelem TEÁOR 851967 Egészségügyi ellátás egyéb feladatai TEÁOR 853211 Bölcsődei ellátás TEÁOR 853233 Házi segítségnyújtás TEÁOR 853255 Szociális étkeztetés TEÁOR 853266 Nappali szociális ellátás Szociális információs szolgáltatás
Intézmény típusa:	Egészségügyi és szociális ellátás, gyermekek napközbeni ellátása.
Az intézmény alapfeladatai:	Háziorvosi szolgálat: a lakosság egészségi állapotának felmérése, egészségük megőrzése, betegségek megelőzése és szükség szerinti gyógyítása. Védőnői szolgálat: anya-gyermek és csecsemővédelem, terhesgondozás. Bölcsődei szolgáltatás: 3 év alatti gyermekek egészségügyi gondozása, testi és mentális fejlődésének szervezése, segítése - gyermekek napközbeni ellátása. Szociális feladatok ellátása: önellátásra nem képes, valamint mobil idős emberek részére szociális étkeztetés, házi gondozás, napközi ellátás, szociális információs szolgáltatás.
Az intézmény kiegészítő feladatai:	Egészségügyi laboratóriumi ellátás, Reumatológiai és fizioterápiás szakrendelési ellátás, Belgyógyászati szakrendelési ellátás, Szülészeti-nőgyógyászati szakrendelési ellátás.
Az intézmény feladatmutatói:	Háziorvosi körzetek: felnőtt háziorvos: 3, gyermek háziorvos: 2, fogorvosi körzet: 1. Járóbeteg szakrendelések: Szülészeti-nőgyógyászat: 1 rendelés Reumatológia - fizioterápia: 1 rendelés Fizioterápia (asszisztensi): 1 rendelés Laboratóriumi diagnosztika: 1 rendelés Belgyógyászat: 1 rendelés Kardiológia: 1 rendelés Pszichiátria: 1 rendelés Sebészet: 1 rendelés Fül-orr-gégészet: 1 rendelés Bölcsődei férőhelyek száma: 15 fő (2 csoport) Szociális gondozás: Házi gondozás: 120 fő, szociális étkezők: maximálisan 100 fő



	Idősek napközije (klubja): 2x30 fő
Intézmény illetékessége, működési köre és feladatellátási kötelezettsége:	52. sz. táblázat folytatása Önkormányzati egészségügyi alapellátási, védőnői és bölcsődei ellátás tekintetében: Csurgó város, Csurgónagymarton, Somogyicsó és Senta községek. Járóbeteg szakellátás tekintetében: a Csurgói kistérség 18 települése. Szociális szolgáltatás (szociális étkeztetés): csak Csurgó város közigazgatási területén. Szociális szolgáltatás (házi segítségnyújtás): a mikrotérség társult településeinek - Csurgó, Csurgónagymarton, Somogyicsó, Senta, Somogyudvarhely, Berzence közigazgatási területén. Szociális szolgáltatás (nappali ellátáshoz való hozzájutás): az előbb felsorolt települések vonatkozásában 8840 Csurgó Basakuti u 3 sz. és Csurgó Arany János u 6 sz. alatti telephelyi ellátásokkal. Gyermekvédelmi és Szociális törvények által a helyi önkormányzatok számára előírt kötelező alapfeladatok ellátása.
Intézmény szakmai feladatainak ellátása:	Önálló jogi személyként látja el.
Az intézmény gazdálkodási jogköre:	A gazdálkodás megszervezésének módjára tekintettel részben önállóan gazdálkodó költségvetési szerv, az előirányzatok feletti rendelkezési jogosultsága szerint: teljes jogkörű. Az intézmény - külön megállapodásban rögzített - pénzügyi, gazdálkodási feladatainak ellátására köteles önállóan gazdálkodó szerv: Csurgó Városi Kincstár.
Vállalkozási tevékenység:	Vállalkozási tevékenységet nem lát el.
Intézményben működő Csurgó városi háziorvosi körzetek rendelői:	Csurgó I. sz. felnőtt háziorvosi körzet: Dr. Kovás Tamás Csurgó II. sz. felnőtt háziorvosi körzet: Dr. Porkoláb Lajos Csurgó III. sz. felnőtt háziorvosi körzet: Dr. Kremzler István Csurgó I. sz. házi gyermekorvosi körzet: Dr. Dergez Mária Csurgó II. sz. házi gyermekorvosi körzet: Dr. Bus Mária
Intézményben működő védőnői szolgálatok:	Védőnői I. körzet: Bakainé Haholka Krisztina Védőnői II. körzet: Fülöpné Tóth Zsuzsanna Védőnői III. körzet: Huszicsné Maronics Valéria Védőnői IV. körzet: Polaneczkiné Tavaszi Gyöngyi
Iskola-egészségügyi szolgálat:	A házi gyermekorvosi szolgálat végzi, szerződéssel.
Körzeti fogorvosi ellátás:	1 fogorvosi szakrendelés biztosítja.
Ügyeleti ellátás:	Háziorvosi és gyermek háziorvosi ügyeleti ellátás a Csurgó Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelete keretében biztosított.

A Csurgó Városi Önkormányzat fenntartásában működő Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézmények Szervezeti és Működési Szabályzata szerint meghatározott három tagintézménye: a Városi Egészségügyi Szolgálat (8840 Csurgó Baksay u 9 sz.), a Bölcsőde (8840 Csurgó Baksay u 9 sz.), valamint a Szociális Szolgáltató (8840 Csurgó Basakuti út. 3 sz.). A Városi Egészségügyi Szolgálat két fő tevékenységi területe: az egészségügyi alapellátás és az egészségügyi járóbeteg szakellátás. Az intézmény működési területén biztosítja a felnőtt és gyermek háziorvosi szolgálatok működését, a Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyeletben való részvételt, a védőnői szolgálatot, a fogorvosi szolgálatot, az iskola-egészségügyi ellátást, valamint a járóbeteg szakorvosi ellátást. A Városi Egészségügyi Szolgálat - SZMSZ-ben meghatározott - fő feladata: „a gyógyító-megelőző ellátás keretében az, hogy óvja a lakosság



egészségét, munkaképességét, megakadályozza a megbetegedést, az állapotromlást, megbetegedés esetében az egészséget és a munkaképességet mielőbb a lehetséges mértékig helyreállítsa, illetőleg a beteget más munkára alkalmassá tegye. Biztosítani kell, hogy a sürgős orvosi ellátásra szoruló állampolgár a nap minden szakában a lehető legrövidebb időn belül megfelelő orvosi ellátásban részesüljön”. A járóbeteg szakellátás általános és részletes rendje a Városi Egészségügyi Szolgálat feladatkörében az SZMSZ szerint, az alábbi fő ellátási szabályok mentén szabályozott:

- A szakrendelések működési rendjét az intézmény vezetője állapítja meg.
- A szakrendelések közös szervezeti rendszerben látják el a feladataikat, a betegfogadás ideje mindenkor naprakész állapotban a rendelő ajtaján van kifüggesztve, továbbá megküldve a területi ellátási kötelezettség szerinti háziorvosoknak, házi gyermekorvosoknak, valamint az iskola-egészségügyi szolgálatnak.
- A betegek az egyes szakrendeléseket orvosi beutalóval, vagy anélkül vehetik igénybe, az erre vonatkozó részletes szabályokat a Betegbeutalási Szabályzat tartalmazza, amely a Szervezeti és Működési Szabályzat mellékletét képezi.
- A betegről - a szakrendelések bármelyikén történő jelentkezésekor - kártya kell készíteni, vagy az ellátási eseményeket számítógépes nyilvántartásban kell rögzíteni.
- A betegek fogadás történhet a beteg állapotától és a berendelés, illetve visszarendelés jellegétől (formájától) függően, sürgős esetben soron kívüli ellátással, tervezhető esetekben, érkezési sorrendben, illetve az előjegyzési időpontnak megfelelően. Azokat a betegeket, akik a rendelési idő lejártá előtt jelentkeznek, azokat fogadni kell, minden esetben meg kell vizsgálni, ellátásáról gondoskodni kell.
- A szakorvosi vizsgálatok rendje, a szakrendelések együttműködése, a gyógykezelés rendje, valamint a gondozások rendje az SZMSZ-ben megfelelő és részletes.

4. 5. A háziorvosi alapellátás infrastruktúrája a Csurgói kistérségben...

A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 8. § (4) bekezdése szerinti szabályozása meghatározza azt a kötelezettséget, mely szerint a települési önkormányzat köteles gondoskodni a település lakóhely szerinti illetékességgel rendelkező lakosságának egészségügyi alapellátásáról. Az egészségügyi alapellátás fogalma és tartalma az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 88. § (1) - (2) bekezdésének rendelkezései szerint definiált. Az egészségügyi alapellátás a beteg lakóhelyén illetve annak közelében biztosított, választása alapján igénybevehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől független, folyamatos egészségügyi ellátás. Az egészségügyi



alapellátás az egészségügyi ellátórendszer törvényben meghatározott szerves alkotó része, az egészségügyi ellátórendszer - 2007. január 1.-től hatályos - törvényi szabályozása szerinti 4. ellátási szintje. Az alapellátás Eütv.-ben meghatározott céljait az alábbiakban foglalhatjuk össze:

- Az ellátott lakosság számára a betegségek megelőzését és korai felismerését (megelőző ellátások) biztosító ellátások nyújtása, különös tekintettel a lakosság fertőző betegségekkel szembeni ellenálló képességének fokozását (szükség esetén kialakítását), az egyes betegségek és kórmegelőző állapotok korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatok elvégzését. E gyógyító-megelőző ellátások kiterjednek a család-és nővédelmi gondozásra, a fogászati megelőző ellátásra, a mentálhigiénés megelőzésre és gondozásra, a gyermek-és ifjúság-egészségügyi gondozásra, a jelentősen veszélyeztető fertőző betegségek felkutatására, a népegészségügyi szempontból jelentős betegségek korai felismerésére, az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokra. Az egészségügyi alapellátás gyógyító-megelőző ellátási feladatai kiterjednek továbbá az egyén élet-és munkakörülményeiből adódó lehetséges egészségkárosodások korai felismerésére, az egyes - jogszabályokban meghatározott - tevékenységekre való egészségi alkalmasság megállapítására, a betegség várható következményeinek és szövődményeinek korai felismerésére és megszüntetésére.
- A települési lakosok (konkrét egyének) egészségi állapotának figyelemmel kísérése valamint egészségi felvilágosítása és egészségnevelése, külön jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett, szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából, gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a kezelőorvos által javasolt terápiás terv alapján.
- Szükség esetén a beteg otthonában történő egészségügyi ellátása illetve a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 152. § (1) bekezdésének szabályozásai határozzák meg az egészségügyi alapellátás ellátási szintjének szakmai területeit, mint a háziiorvosi ellátás és a házi gyermekorvosi ellátás, a fogorvosi alapellátás, az egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás, a védőnői ellátás valamint az iskola-egészségügyi ellátás. Az Eütv. 152. § (2) bekezdésének szabályozásai szerint a települési önkormányzat képviselőtestülete megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátás körzeteit, több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét. Az Ötv. és az Eütv.



szabályozásai a települési egészségügyi alapellátás vonatkozásában meghatározzák a települési önkormányzatok felelősségét és az ezzel összefüggő feladat-ellátási kötelezettségét, nem szabályozza ugyanakkor a jogszabály azt, hogy e törvényekben meghatározott kötelezettségüknek az önkormányzatok milyen formában tegyenek eleget. Ennek megfelelően az önkormányzatoknak lehetősége van arra, hogy ezeket a kötelező közellátási feladatokat saját közalkalmazotti jogállású dolgozóikkal, vagy saját intézményük által illetve feladat átadási szerződés útján megfelelő egészségügyi szolgáltatóval lássák el. Az egészségügyi alapellátásra vonatkozó - az Eütv. felhatalmazása alapján alkotott - végrehajtási jogszabályok személyi hatályai az alapellátás feladatellátói között határozzák meg az önkormányzattal közalkalmazotti jogviszonyban álló egészségügyi dolgozókat, valamint az önkormányzattal kötött szerződés értelmében a feladatokat gazdálkodó szervezeti formában, vagy egyéni vállalkozóként (magánorvosként) ellátó egészségügyi szolgáltatókat. Az Eütv. 3. § (f) pontja az egészségügyi szolgáltató fogalmát meghatározza, mely szerint az egészségügyi szolgáltató a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. Az egészségügyi alapellátás feladatellátói tevékenységüket az önkormányzati rendeletben és az ÁNTSZ Működési Engedélyükben meghatározott területi ellátási kötelezettség mellett végzik.

Az egészségügyi alapellátás feladatellátói tevékenységüket a jogi, a szakmai és az etikai szabályok szerint végzik. Az egészségügyi alapellátás orvos és ápolásszakmai valamint a szakmai minőségbiztosítási követelményrendszerét rögzítő szabályozások összeállítása, lényegében az egészségügyi alapellátásra vonatkozó szakmai szabályok megalkotása és kihirdetése a Szakmai Kollégiumok szakmai szabályalkotó tevékenységéhez kapcsolódnak. A Háziiorvostani Szakmai Kollégium és az Országos Alapellátási Intézet 2006. március 24.-én (Egészségügyi Közlöny 2006. évi 5. számában) hirdette ki az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokolljaként „A háziiorvosi praxis hatásköri listája” címmel a 2008. december 31.-ig hatályos szakmai szabályozását. A magyar háziiorvoslás ma is legelfogadottabb meghatározása szerint: „A háziiorvoslás az orvostudomány helyzetspecifikus, szituatív szakágazata, amely az egészségügyi szervezetrendszer munkamegosztásában az egyén, a család, egy lakosságcsoport elsődleges, személyes és folyamatos ellátásának, gondozásának kérdéseit foglalja magában tekintet nélkül az egyén nemére, fájára, vallási hovatartozására” (Andor Miklós). A háziiorvoslás feladatát a háziiorvosi praxis (egyéni vagy csoportos) keretében végzi, amely az alapellátó orvosi működés szükségletei szerinti egészségügyi szolgáltató. Kialakításának célja, hogy a benne dolgozó szakember (ek) megfelelő felkészültsége,



együttműködése és tevékenysége révén tőle szakmailag elvárható ellátást nyújtson. A szakmai szabályozásban megjelölt teljes körű hatáskörű lista a háziorvosok számára határozza meg azt az ismeretanyagot, szakmai tevékenységi kört, amelynek birtokában feladataikat a legmagasabb szinten tudják ellátni, ez egyúttal a háziorvosi szakképzés tananyaga is.

A háziorvosi kompetencia lista alapvetően két tevékenységi kört jelöl meg:

- A háziorvosi alaptevékenység szakmai követelményrendszere: - melyet valamennyi háziorvos az alapműszerezettség és szakképzettsége alapján a jogszabályoknak megfelelően végez, ez képezi jelenleg a minimumfeltételek alapját. A jövőben ezekre épülhetnek egy későbbiekben kidolgozásra kerülő külső minőségértékelési rendszer minimálisan elvárható standardjai.
- Az alaptevékenységi körön felül a háziorvos által „elvégezhető” feladatok köre azon tevékenységi kört tartalmazza, amely meghatározott személyi, tárgyi és ellátás környezeti, esetenként igazolt szakmai jártassági feltételek teljesítése esetén vállalható. Ezekkel együtt nyújthat az alapellátás optimális egészségügyi szolgáltatást, így a finanszírozásban történő fokozatos felvételük a jövőben elengedhetetlen.

A háziorvos tevékenységének céljait, lehetőségeit és eszközrendszerét a jelenleg hatályos szakmai szabályozások alapján, az alábbiak szerint foglalhatjuk össze:

- A háziorvos törekszik arra, hogy a települési körülmények között a személye és a praxisa a betegek egészségügyi szolgáltatással kapcsolatba való lépésének alanya, illetve helye legyen. Ennek érdekében kollégáival együttműködve biztosítja a praxis elérhetőségét, a betegekkel történő szakmailag indokolt találkozás és ellátás lehetőségét, munkaidőben és a háziorvosi ügyeleti szolgálat révén a folyamatos ellátást. Betegei számára bármely egészségügyi problémájában, azok életkorától, nemétől és bármely más egyéni adottságától függetlenül, de azokhoz alkalmazkodva, a tőle elvárható - háziorvosi hatásköri lista szerinti - ellátást nyújtja.
- A háziorvos vállalja annak a szakmájára jellemző speciális döntési mechanizmusnak az alkalmazását, mely saját naprakész ismeretein kívül figyelembe veszi az ellátott közösségre jellemző megbetegedési és betegségi (incidencia és prevalencia) adatokat is. A háziorvosnak ismernie kell az epidemiológiai alapfogalmakat és azok alkalmazásának, felhasználásának lehetőségeit a saját munkájában, a megbetegedési és halálozási viszonyokat döntően befolyásoló életmódi, környezeti rizikófaktorokat, a betegségek vagy rizikótényezők korai felderítésére alkalmas szűrővizsgálati módszereket. Ismernie és alkalmaznia kell a hatásos és hatékony egészségnevelési módszereket, törekednie kell a rokkantsági, valamint a halálozási viszonyokat döntően



befolyásoló életmód és életvezetés optimalizálására, az ezzel kapcsolatos tanácsadásra.

A születésszabályozás vonatkozásában ismernie kell a legmodernebb eszközöket és azoknak az egyénre, illetve a családra vonatkozó adaptálását és használatát, a preconcepcionális és perinatalis elvek figyelembe vételével. A háziorvosnak munkája során ismernie kell azokat a diagnosztikus és gyógyító eljárásokat, amelyek a hatáskörének megfelelően a betegségek kórisme-megállapításához és ellátásához szükségesek.

- Feladatkörének, ellátói tevékenységének az etikai kódex értelmében megfelelő és ahhoz méltó hozzáállásával (attitűd) megfelelő értékrendet követ és a megfelelő etikai normák betartását vállalja. A rendelkezésre álló forrásokkal hatékonyan gazdálkodik, befejezett (definitív) ellátásra törekszik illetve megkeresi az eredményes és költséghatékony ellátás optimális lehetőségét.
- Folyamatos feladata a betegségek, a megelőzést igénylő megbetegedések, veszélyeztető állapotok felismerése, az egészségi állapot dinamikus követése és lehetőség szerinti kedvező befolyásolása. Fontos, hogy ismerje a rábízott emberek munkakörét, olyan betegségek esetén, amelyek kialakulásáért a munkahely, a munkahelyi környezet kóroki tényezőként felmerülhet, konzultáljon a beteg foglalkozás egészségügyi orvosával, vagy jelentse az illetékes ÁNTSZ-nek a foglalkozással összefüggő betegség lehetőségét a kóroki tényező tisztázása érdekében.
- A háziorvos az ellátott lakosság egyéni és közösségi szintű egészségi állapotának javítására törekszik, az egészségi problémákat azok genetikai, fizikai, pszichés, kulturális és egzisztenciális összefüggéseiben szemléli és keresi megoldásukat. A háziorvos felelősséget vállal a krónikus és a visszaeső betegségben szenvedő betegeknek folyamatos és hosszú távú ellátásáért, vállalja, hogy amennyiben a beteg állapota igényli, egyéb szakorvossal (okkal) együttműködve törekszik egészségének megőrzésére és/vagy rehabilitációjára, feladatkörének megfelelően vállalja és végzi az ellátott közösségen belüli rehabilitációt.

A háziorvosi szakma protokolláris szabályai szerint, a háziorvos ellátási tevékenysége a következő főbb területeken határozható meg:

- Egyénre, családra és közösségre adaptált egészségnevelés, egészségmegőrzés-fejlesztés, a prevenciós tevékenység ellátása, annak teljes szakmai vertikumában.
- Közegészségügyi, járványügyi feladatok ellátása a jogszabályban meghatározottak szerint. Problémaorientált dokumentáció, statisztikák, jelentések elkészítése és kezelése a vonatkozó rendeleteknek megfelelően.



- A hatáskörébe tartozó betegségek, problémák érvényben lévő szakmai ajánlásoknak, ezek hiányában a szakma szabályainak megfelelő ellátása illetve az ellátási folyamat irányítása, a család és a környezet bevonása a gyógyító folyamatba, részvétel és segítségnyújtás a testi-lelki krízis-szituációk megoldásában. Súlyos, gyógyíthatatlan és haldokló beteg és családjának gondozása, a gyászreakció kezelése.
- Terhesgondozás más szakorvosokkal és védőnővel együttműködve. Gondozás, rehabilitáció a család/környezet, a szakellátás aktív közreműködésével, szükség szerinti otthoni (szak) ápolás kezdeményezésével.
- Szervezetten működő házi gyermekorvosi ellátás hiányában az ellátást segítő gyermekgyógyász szakorvossal és védőnővel való együttműködés az anya-és a csecsemő- valamint a gyermekvédelmi programban és a betegellátásban, együttműködés a szociális és egyéb gondozó hálózatokkal.
- Orvosszakértői feladatok ellátása a jogszabályban meghatározottak szerint.
- A háziiorvosi szolgálat a keretében a háziorvos tevékenységét a rendelőben végzi, szakmailag indokolt esetben az ellátás a beteg otthonában, illetve tartózkodási helyén történhet.

A Családorvosok Világszervezete Európa Régió (WONCA), az Európai Általános Orvosok Uniója (UEMO), az Európai Orvosok Állandó Bizottsága (CPME) az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) jóváhagyásával született ajánlások alapján a háziorvos törzskompetenciáját, alapvető feladatköreit az alábbiakban határozhatjuk meg:

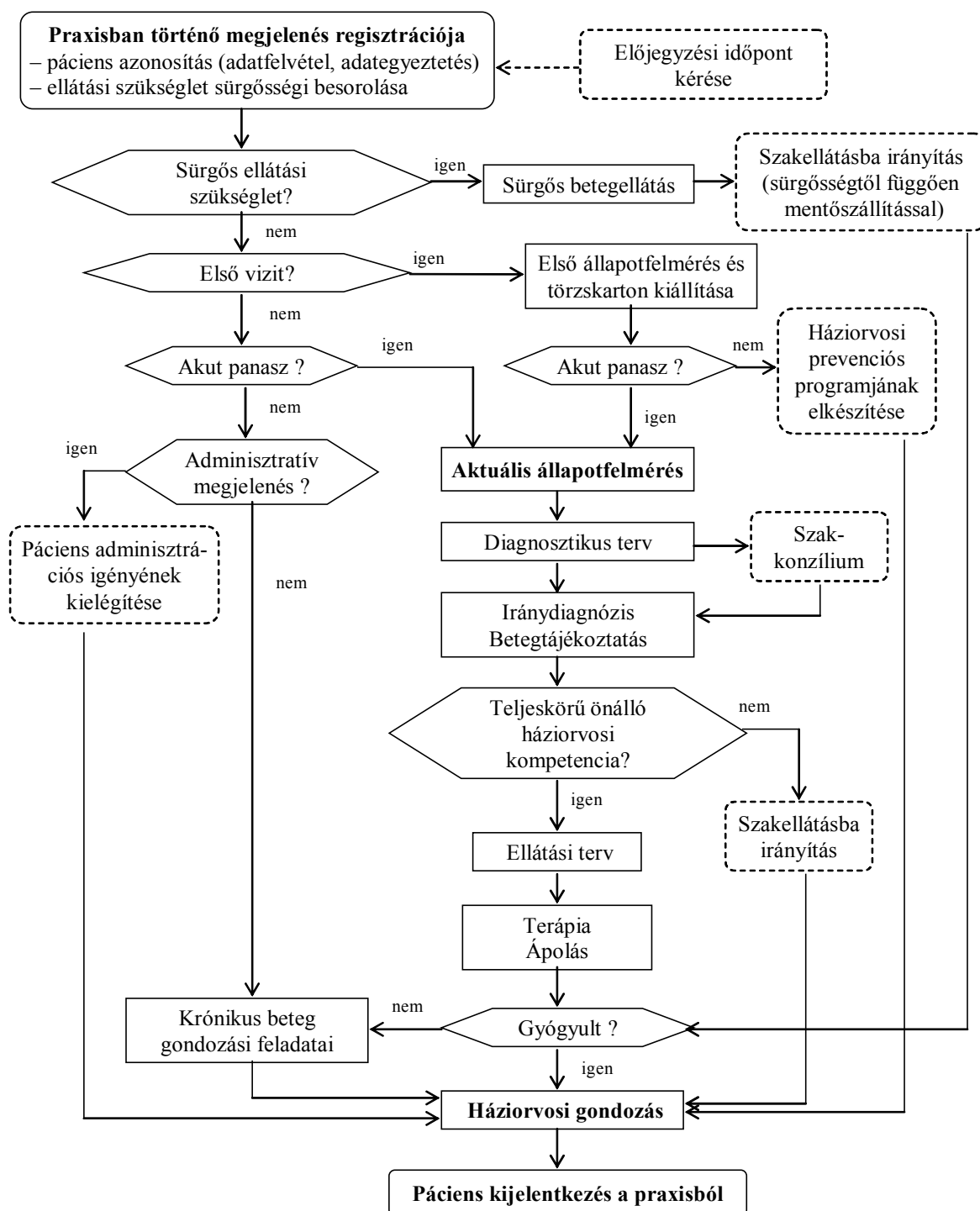
- Az alapellátói munkakör teljes szakmai értékű betöltése.
- Az ellátott egyének személyközpontú megközelítése és holisztikus ellátása.
- Szakma-specifikus problémamegoldó képesség.
- Törekvés a teljes körű (definitív) ellátásra és az ennek megfelelő gyakorlatra.
- Közösségi ellátói szemlélet: a betegek a közösség tagjai, ellátásuk ennek megfelelő.

A Kórházi Ellátási Standardok (KES) és a Járóbeteg Ellátási Standardok (JES) mellett szükséges, hogy a háziiorvosi ellátás minőségi értékeléséhez is rendelkezésre álljanak ellátás specifikus standardok. A háziiorvosi praxisok szakmai tevékenységét, annak minőségét objektíven megítélni, a praxisokat minősíteni csak mérhető és egymással összehasonlítható paraméterek alapján lehet. A háziiorvosi praxis struktúra, folyamat és eredmény standardjai biztosítják az azonos szakmai tevékenységek összemérhetőségét. A háziiorvosi praxis külső minőségértékelésének formája a tanúsítás, amelynek alapja lehet az ISO 9001: 2000 szabvány, illetve a „Háziiorvosi Ellátási Standardok” (HES). A standardok alkalmasak a háziiorvosi



praxison belüli szakmai és szervezeti tevékenység ellenőrzésére és követésére, értékelésére, azaz a „külső” audit mellett a „belső” auditra is. A Háziorvostani Szakmai Kollégium és az Országos Alapellátási Intézet, valamint az Egészségügyi Minisztérium minőségügyi szakértői készítették el a „A Háziorvosi Ellátási Standardok” (HES) című - 3 évre szóló - kézikönyvet. A „Háziorvosi Ellátási Standardok” összeállításakor a protokollok készítői a hazai háziorvosi ellátás tapasztalatain nyugvó, folyamatszempléletű követelményrendszer kidolgozását tűzték ki célul, mellyel a jelenlegi feltételrendszer mellett optimálisan működő háziorvosi praxis standard gyűjteményét hozták létre. A HES szakmai összefüggéseiben láthatóan rendszerszemléletű összekapcsolásra kerül a háziorvosi prevenció, a beteg aktuális állapotfelmérésén és protokollári diagnosztikai, valamint kezelési (terápiás) tervén alapuló folyamatszempléletű és holosztikus gyakorlatú egészségügyi alapellátása (ennek pontos, világosan követhető és protokolláris jellegű adminisztrálása és dokumentálása), valamint a beteg komplex háziorvosi gondozása. A prevenció, a szakmai hatékonyságot tükröző tervezett és a sürgősségi betegellátás, a kezelési tervezésre épülő kompetens ellátás, valamint a krónikus (főleg a népegészségügyi szempontból meghatározó) betegségek háziorvosi gondozása komplex formában jelenik meg a modern háziorvoslás gyakorlatában. A HES egyik központi eleme a háziorvosi sürgősségi ellátás szervezése, részben a főmunkaidős alapellátás időszakában, részben a háziorvosi ügyeleti ellátórendszer működéséhez kapcsolódóan. A kidolgozott standardok elsősorban az ellátó praxis-teamnak szólnak, de a készítők a standardokat a betegek számára is érhető formában fogalmazták meg. A HES-ben a jelenleg érvényben lévő hatályos jogszabályok és a Háziorvosi Hatásköri Lista előírásai érvényesülnek, az adatkezelés és adatvédelmi területen prioritása van a strukturált és védhető adatkezelés és tárolás módszereinek. A „Háziorvosi Ellátási Standardok” (HES) szektorsemleges, azaz érvényes mind a vállalkozói, mind az önkormányzati működtetésű praxisokra, függetlenül a praxis területi ellátási kötelezettségi státuszától. A háziorvosi praxisban történő ellátás általános folyamatát, az alábbiakban mutatjuk be:





A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet szabályozásai - személyi hatályuknak megfelelően - határozzák meg az egészségügyi alapellátás területén dolgozó háziorvosok feladatát, hatáskörét, valamint a felelősségi viszonyait. A Csurgói kistérség 18 településén élő, közelítően 18,5 ezer fős 0-X korú összes



népességének szervezett háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátása 14 kialakított háziiorvosi körzetben biztosított, ebből Csurgó város területén 3 felnőtt és 2 házi gyermekorvosi körzet, a kistérség többi 17 községi rangú településen, pedig további 7 vegyes ellátású és 1 felnőtt ellátású, valamint 1 házi gyermekorvosi ellátású körzet működik. A 14 háziiorvosi körzet körzethatárai a jogszabályban meghatározott módon és annak megfelelő eljárási rendben az önkormányzatok rendeleti szabályozásai szerint kialakítottak, valamennyi háziiorvosi körzet területi ellátási kötelezettség szerint végzi gyógyító-megelőző egészségügyi alapellátási tevékenységét. A Csurgói kistérség 18 településén működő háziiorvosi (felnőtt, vegyes és gyermek) körzeteket, az alábbiak szerint mutatjuk be:



Csurgó kistérségi háziiorvosi ellátások

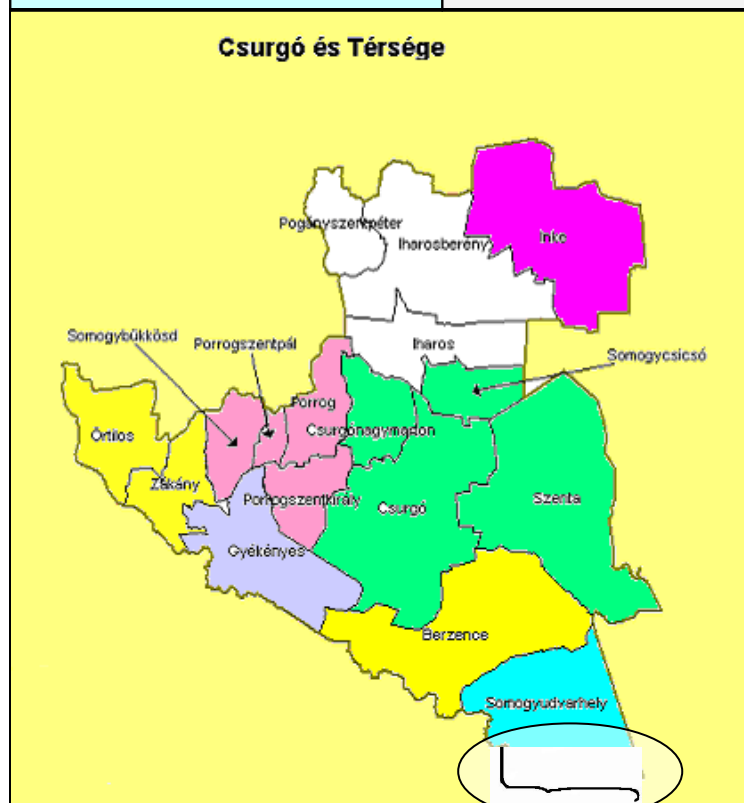
2007. június 1.

53. sz. táblázat

Csurgó, Szentá, Somogyicscsó, Somogyudvarhely	
I. sz. felnőtt háziiorvosi körzet: Csurgó és Szentá	Dr. Kovács Tamás Rendelési idő: Csurgó: Hétfő - Kedd - Csütörtök - Péntek: 10.00 - 13.00 és Szerda: 16.30 - 17.30 Szentá: Szerda: 11.00 - 12.00
II. sz. felnőtt háziiorvosi körzet: Csurgó és Somogyicscsó Csurgónagymarton	Dr. Porkoláb Lajos Rendelési idő: Csurgó: Hétfő - Szerda - Csütörtök - Péntek: 9.00 - 12.00 és Kedd: 16.30-17.30 Somogyicscsó: Kedd: 16.30 - 17.30
III. sz. felnőtt háziiorvosi körzet: Csurgó	Dr. Keremzler István Rendelési idő: Csurgó: Hétfő - Szerda - Péntek: 9.00 - 13.00 valamint Kedd és Csütörtök: 10.00 - 12.00 és 15.30 -17.30
I. sz. házi gyermekorvosi körzet: Csurgó és Somogyicscsó	Dr. Dergez Mária Rendelési idő: Csurgó: Hétfő: 8.00 - 11.30 és 16.00 -17.00 Kedd és Csütörtök - Péntek: 8.00 - 11.00 valamint Szerda: 13.00 - 17.00 Tanácsadás: Csütörtök: 12.30 -14.00 Somogyicscsó: Kedd: 12.00 - 13.00
II. sz. házi gyermekorvosi körzet: Csurgó és Szentá	Dr. Bus Mária Rendelési idő: Csurgó: Hétfő és Péntek: 8.00 - 12.00 és Kedd: 14.30 - 17.00 valamint Szerda: 8.00 - 11.00 Csütörtök: 8.00 - 11.30 és 16.00 - 17.00 Tanácsadás: Kedd: 12.30 - 13.00 Szentá: Szerda: 12.00 - 13.00
Berzence	
I. sz. vegyes háziiorvosi körzet: Berzence	Dr. Mihályfalvi Zita Rendelési idő: Berzence: Hétfő - Kedd - Szerda és Péntek: 7.30 - 11.30 valamint Csütörtök: 14.00 -18.00 Tanácsadás: Kedd: 7.30 - 11.30
II. sz. vegyes háziiorvosi körzet: Berzence	Dr. Varga István Rendelési idő Berzence: Hétfő - Kedd: 7.00 - 11.00 Szerda: 14.00 - 15.00 Csütörtök-Péntek: 7.30 -10.00
Somogyudvarhely	
I. sz. vegyes háziiorvosi körzet: Somogyudvarhely	Dr. Bagó Borbála Rendelési idő Somogyudvarhely: Hétfő - Kedd - Szerda: 7.30 - 11.00 valamint Csütörtök: 15.00 -18.00 és Péntek: 6.30 - 8.30
Iharos, Iharosberény, Pogányszentpéter	
I. sz. felnőtt háziiorvosi körzet: Iharos-Iharosberény Pogányszentpéter	Dr. Erőss Sándor Rendelési idő: Iharos: Kedd: 13.00 - 15.00 Iharosberény: Hétfő - Kedd valamint Csütörtök-Péntek: 8.30 - 12.30 Pogányszentpéter: Szerda: 10.00 - 13.00



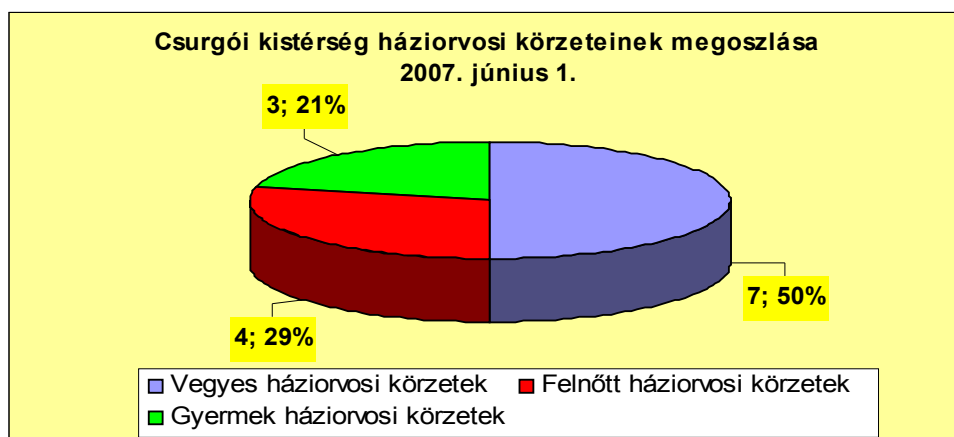
I. sz. gyermek háziiorvosi körzet: Iharos - Iharosberény Pogányszentpéter Csurgó iskolaegészségügy	Dr. Kunksági-Máté Erzsébet Rendelési idő: Iharos: Szerda: 10.30 - 12.00 Iharosberény: Hétfő: 8.00 -11.00 és 15.00 -16.00 valamint Kedd - Csütörtök: 8.00 - 10.00 és 15.00 -16.00 Tanácsadás: 10.00 - 11.30 Pogányszentpéter: Kedd: 10.30 - 12.00 Iskolaorvosi rendelés Csurgó (Nagyváthy középiskola): Hétfő - Csütörtök 12.00 - 14.00
Inke	
I. sz. vegyes háziiorvosi körzet:	Dr. Gáti Kornélia Rendelési idő: Inke: Hétfő - Péntek: 8.00 - 12.00 és Hétfő - Péntek: 16.30-17.00
Porrogszentkirály, Porrog, Porrogszentpál, Somogybükkösd	
I. sz. vegyes háziiorvosi körzet: Porrogszentkirály Porrog Porrogszentpál Somogybükkösd	Dr. Sík József Rendelési idő: Porrogszentkirály: Hétfő és Péntek: 8.00 - 10.00 valamint Kedd - Szerda: 10.00 - 12.00 és Kedd: 16.00 - 18.00 és Csütörtök: 15.00 - 17.00 Porrog: Hétfő: 10.00 - 12.00 és Szerda: 8.00 - 10.00 Porrogszentpál: Kedd: 10.00 - 12.00 Somogybükkösd: Kedd: 8.00 - 10.00
Gyékényes, Zákánytelep	
I. sz. vegyes háziiorvosi körzet: Gyékényes-Zákánytelep	Dr. Csaba Margit Rendelési idő: Gyékényes: Hétfő, Szerda, Péntek: 7.00 - 12.00 Zákánytelep: Kedd és Csütörtök: 7.00 - 12.00 valamint Szerda: 15.00 - 16.00
Zákány, Órtilos, Szentmihályhegy	
I. sz. vegyes háziiorvosi körzet: Zákány, Zákányfalu Órtilos Órtilos-Szentmihályhegy	Dr. Kondor Ilona Rendelési idő: Zákány: Hétfő: 7.30 - 9.30 és Péntek 9.00 - 11.00 Zákányfalu: Hétfő: 9.00 - 12.00, Szerda: 7.30 - 12.00, Csütörtök: 14.00 - 16.00 és Péntek: 9.00 - 11.00 Órtilos: Kedd: 10.00 - 12.00 Csütörtök: 10.00 - 12.00 Órtilos - Szentmihályhegy: Kedd: 9.00 - 10.00 és Csütörtök: 9.00 - 10.00



A mellékelt egészségügyi alapellátási infrastrukturális térképen mutatjuk be a Csurgói kistérségre vonatkozó háziiorvosi alapellátásnak a területi ellátási kötelezettséggel meghatározott háziiorvosi körzethatárait. Jól látható, hogy a kistérség valamennyi települése a háziiorvosi alapellátással jól lefedett, a meghatározó háziiorvosi ellátási forma a vegyes háziiorvosi körzetben történő ellátás. A lakosságszámot és a működő háziorvosok számát összevetve az egy háziorvosra jutó lakosságszám a Somogy megyei átlagnál kedvezőbbnek ítéltető. A háziiorvosi ellátás komoly

pozitívuma, hogy számos a háziorvosi feladatot ellátó kollega rendelkezik szakorvosi képesítéssel, eredeti munkahelyük szerint szakmai kapcsolódási pontokkal rendelkeznek elsősorban a Nagyatádi és a Nagykanizsai Városi Kórházak irányában. A Csurgói kistérségben működő - területi ellátási kötelezettséggel befogadott engedélyezett és finanszírozott - háziorvosi körzetek ellátási forma szerinti megoszlását az alábbiak szerint mutatjuk be:

40. ábra



A felnőtt háziorvosi ellátáshoz hasonlóan, területi ellátási elven működik a házi gyermekorvosi ellátás. Amennyiben gyermek háziorvos az adott területen nem dolgozik, úgy a felnőtt háziorvos úgynevezett vegyes körzetként látja el a területi ellátási kötelezettség szerinti felnőtteket és gyermekeket. A házi gyermekorvos a 14. életévét be nem töltött személyek számára biztosít egészségügyi gyógyító-megelőző ellátást, de felkérésre a 14-18. év közötti személyeket is elláthatja. A házi gyermekorvos feladatait védőnő közreműködésével, valamint gyermekápoló vagy asszisztens igénybevételével végzi. Feladatait a rendelőjében, indokolt esetben, a beteg otthonában látja el. A házi gyermekorvosi ellátás keretében történik:

- A csecsemők és a gyermekek gyógyító-megelőző ellátása, beleértve a tanácsadást is.
- Az újszülöttek, a veszélyeztetett csecsemők és gyermekek szükség szerinti preventív látogatása.
- Korosztályos közegészségügyi és járványügyi feladatok ellátása.
- A gyermekintézményekbe történő felvétel előtti orvosi vizsgálat.
- A gyermekápolás címén a jogosult keresőképtelen állományba vétele.
- A gyermekről 5 éves korában a külön jogszabály szerinti „fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére” megnevezésű orvosi adatlap kiállítása.

A felnőtt háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátáshoz hasonlóan, területi ellátási elven működik a fogászati alapellátás. A fogorvosi praxist ellátó fogorvos feladata az ellátási területéhez tartozó körzetben lakó személyek fog- és szájbetegségei gyógyító-megelőző



ellátásának biztosítása. A fogorvos feladatait a rendelőjében asszisztens közreműködésével látja el. A fogorvosi alapellátás keretében, a fogorvos feladatai:

- A fog-és szájbetegségek alapellátás körébe tartozó vizsgálata, kezelése és gondozása.
- A fogászati szűrővizsgálatok elvégzése.
- A góckutatás
- A terhesek fogászati gondozása és a fogászati sürgősségi ellátás.
- Az iskolafogászati szűrővizsgálat és ellátás biztosítása.

A felnőtt háziorvosi, a gyermek háziorvosi és fogorvosi ellátáshoz hasonlóan az egészségügyi alapellátás körébe tartozik az iskola-egészségügyi ellátás is. Iskola-egészségügyi ellátás keretében a nevelési-oktatási intézmények 3-18 éves korosztályai valamint a 18. életév feletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban részesülők kerülnek gyógyító-megelőző ellátásra. A nevelési-oktatási intézményben az iskolaorvosi feladatot részfoglalkozás keretében végző háziorvos (házi gyermekorvos) által ellátott gyermekek, tanulók létszáma legfeljebb 800 fő lehet. Az oktatási intézményben amennyiben a tanulók létszáma a 800 főt eléri, akkor teljes munkaidőben iskolai védőnői feladatot, ellátó iskolavédőnőt kell biztosítani. Az iskola-egészségügyi ellátás az iskolaorvos és a védőnő együttes szolgáltatásából áll, melyet a fogorvos és fogászati asszisztens tevékeny közreműködésével látnak el. Az iskola-egészségügyi ellátást az iskolaorvos teljes, vagy részmunkaidőben, a védőnő teljes munkaidőben, vagy külön jogszabályban meghatározott esetben, részmunkaidőben illetve a területi védőnő körzetéhez tartozó feladatként végzi. A nevelési-oktatási intézmény orvosa által ellátandó iskola-egészségügyi feladatok:

- A gyermekek, tanulók egészségi állapotának szűrése és követése, különös tekintettel a módszertani irányelvek szerint az óvodás korú gyermekek évenkénti vizsgálatára, az iskolai tanulók időszakos vizsgálatára. A krónikus beteg valamint a testi, szellemi és érzékszervi fogyatékos tanulók háziorvossal egyeztetett fokozott ellenőrzése, kiemelt gondozása a szakrendelések, a gondozóintézetek igénybevételével, ezen gyermekek egészségesek között történő integrált oktatása esetén orvosi vélemény adása. A testi, érzékszervi, értelmi és beszédfogyatékossgot megállapító szakértői bizottság elé utalás esetén a bizottság részére a tanuló egészségi állapotára vonatkozó adatok közlése. Üdülés és táborozás előtti orvosi vizsgálatok végzése. Az átfogó gyermekfogászati program szervezésében való közreműködés és végrehajtásának ellenőrzése.
- A nevelési-oktatási intézmény tanulói alkalmassági vizsgálatainak végzése, különös tekintettel a pályaalkalmassági vizsgálatok elvégzésére, a pályaválasztási tanácsadás



orvosi feladatainak végzésére, a testnevelési csoportbeosztás elkészítése, gyógytestneveléssel, sporttal kapcsolatos iskola-egészségügyi feladatok ellátása.

- Közegészségügyi és járványügyi feladatok keretében az iskolai életkorhoz kötött és kampányoltások elvégzése és dokumentálása, a járványügyi előírások betartásának ellenőrzése, fertőző megbetegedések esetén járványügyi intézkedések elrendelése, a megtett intézkedésekről az ÁNTSZ illetékes intézetének értesítése.
- Az elsősegélynyújtás biztosítása keretében az iskolában történt balesetek, sérülések, akut megbetegedések elsődleges ellátása, majd a tanuló háziorvoshoz, házi gyermekorvoshoz illetve egyéb intézménybe való irányítása.
- Részvétel a nevelési-oktatási intézmény egészségnevelő tevékenységében, részvétel az iskolai egészséges életmódra nevelésben, a Nemzeti Alaptanterv végrehajtásában, az egészségügyi információk közlése a szülőkkel és a pedagógusokkal.
- A környezet-egészségügyi feladatok keretében az intézményi környezet ellenőrzése, a hiányosságok észlelése, az intézkedések megtétele, a tanulók gyakorlati oktatásával kapcsolatos munkahelyi körülmények figyelemmel kísérése. Az ellátott gyermekekről, tanulókról nyilvántartás vezetése, a külön jogszabály szerinti jelentések elkészítése.

Az egészségügyi alapellátás körében a fő munkaidős fogorvosi ellátás csak Csurgón a Városi Egészségügyi Szolgálat keretében és annak telephelyén, a rendelési időnek megfelelően biztosított (Dr. Jezierski István). A kistérségi fogászati ügyeleti ellátásra vonatkozóan azt az információt kaptuk, hogy ilyen ellátás a kistérségben nem működik. A kistérségben iskola-egészségügyi szakorvosi képesítéssel rendelkező szakorvos jelenleg nem működik, az ellátást - szerződés keretében - meghatározóan a kistérségi háziorvosok (felnőtt és vegyes ellátású) látják el, kivéve Csurgót és Iharosberényt, ahol a házi gyermekorvosok - szintén szerződés keretében - biztosítják az iskola-egészségügyi ellátást.

4. 6. Védőnői ellátás a Csurgói kistérségben...

Az önkormányzati felelősségi és kötelezettségi körbe rendelt egészségügyi alapellátások - mint a háziorvosi, a házi-gyermekorvosi, a fogorvosi, az alapellátási ügyeleti, az iskola-egészségügyi ellátások - körében tartoznak a védőnői szolgálat ellátások is. Az Eü tv. 152. § (1) bekezdésének d.) pontja értelmében a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik a védőnői ellátásról. Az egészségpolitika stratégiájának alapcélja a lakosság egészségnyerésének maximalizálása a társadalmi alapértékek figyelembevételével,



e stratégia arra épül, hogy az egészségnyereség elsősorban az egészségfejlesztés, másodsorban az egészségért csak kisebb mértékben felelős egészségügyi ellátó rendszer fejlesztése és hatékonyságának javítása révén érhető el. A védőnő ellátás munkáját egyetlen átfogó cél irányítja (lényegében a megszületésétől kezdve): az általa gondozottak egészségének védelme illetve megőrzése. A védőnői prevenció humánus szemléletű, segítő értékrend alapján végzett családközpontú gondozás, amely az egészség megtartását, fejlesztését szolgálja. Segíti a családokat azokban az életszakaszokban, amikor eldőlhet az egyén életútja, s az egészségben megélt évek megalapozásra kerülnek. A védőnői ellátás magas szintű egészségorientált képzettséggel, preventív szemléletével, országos lefedettséggel kiépült kapcsolatrendszerrel működő igazi „hungaricum”, az egészségfejlesztés szemléletének és gyakorlatának mozgóképként és részben megvalósítójaként 90 éve működik az egészségügyi közszolgáltatások rendszerében. A védőnői ellátás Magyarországon az egyetlen, amely kizárólag területileg kötött rendszerben látja el a gondozottakat, ezáltal elsődleges szűrőrendszernek is tekinthető. A védőnő adott földrajzi területen végzi a gondozást azok körében, akik ott életvitelszerűen tartózkodnak. Elsődlegesen az egészségügyben, továbbá a közoktatási intézményekben és a szociális ellátásban teljesíti feladatait, jelentős szerepet tölt be a helyi civil és karitatív tevékenységek közvetítésében, összehangolásában, megszervezésében, együttműködik a helyi önkormányzati igazgatással, az egészségügyi és más szolgáltatókkal, hatóságokkal valamint a civil karitatív szervezetekkel. Az Eütv. 152. § (2) bekezdése szerinti szabályozások szerint az egészségügyi alapellátási felelősséggel és kötelezettséggel rendelkező települési önkormányzat, önkormányzati rendeletben állapítja meg és alakítja ki a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZSM rendelet 2. § (3) bekezdése szerinti védőnői körzetet. Területi védőnői ellátást az egészségügyi főiskolai karon védőnői oklevelet szerzett, vagy ezzel egyenértékűnek elismert oklevéllel rendelkező védőnő nyújthat, védőnőt csak védőnő helyettesíthet. A védőnő a jogszabályban előírt feladatait az ellátási területén (védőnői körzet) lakcímmel rendelkező személyekkel kapcsolatban köteles ellátni, szakmai felügyeletét az ÁNTSZ illetékes vezető védőnője látja el, a védőnői szakmára vonatkozó szakmai szabályok megalkotására a Védőnői Szakmai Kollégium a jogosult. A területi védőnő feladatai:

- A **nővédelmi feladatok** ellátáson keretében a családtervezéssel összefüggő tanácsadás, az anyaságra való felkészülés segítése, a lakossági szűrővizsgálatok szervezésében való részvétel.
- **Várandós anyák gondozása** a külön jogszabályban foglaltak szerint.
- A **gyermekágyas időszakban segítségnyújtás és tanácsadás** az egészségi állapottal, az életmóddal, szoptatással valamint a családtervezéssel kapcsolatban.



- **A 0-6 éves korú gyermekek gondozása** keretében:
 - A családtámogatás, védőnői tanácsadás keretében folyamatos, célzott és szükséglet szerinti gondozás végzése, továbbá a harmonikus szülő-gyermek kapcsolat kialakulásának, a gyermek nevelésének és szocializációjának segítése valamint a gyermek fejlődéséhez igazodóan az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek nyújtása.
 - Az újszülöttek, a koraszülöttek, a kis súllyal születettek valamint az egészségi és környezeti okok miatt veszélyeztetett csecsemők és gyermekek pszichoszomatikus fejlődésének fokozott figyelemmel kísérése és segítése.
 - A szoptatás és az anyatejes táplálás fokozott figyelemmel kísérése, az anyatejjel való táplálás szorgalmazása különösen az első 6 hónapban az anya tanítása a szoptatás helyes technikájára, a tejelválasztás fokozásának és fenntartásának módjaira.
 - A 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet 1. számú mellékletében meghatározott szűrővizsgálatok végzése (testi fejlődés, pszichomotoros, mentális és szociális fejlődés, érzékszervek működése, BCG heg ellenőrzése, mozgásszervi elváltozások szűrése, pajzsmirigy tapintásos vizsgálata, vérnyomásmérés), az észlelt eltérésekről a házi gyermekorvos ill. a háziorvos írásban történő értesítése.
 - A gyermek fejlődését veszélyeztető tényező észlelésekor a háziorvos illetve a gyermekjóléti szolgálat haladéktalan értesítése mellett a veszélyeztetett gyermek és családjának fokozott gondozásba vétele.
 - A család felkészítése a beteg csecsemő és gyermek otthoni ápolására. Az egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylő krónikus beteg és fogyatékossgal élő valamint a magatartási zavarokkal küzdő gyermek és családja életviteléhez segítségnyújtás és tanácsadás együttműködve a háziorvossal és szükség esetén más illetékes szakemberekkel.
 - A családok tájékoztatása az életkorhoz kötött védőoltások fontosságáról, a védőoltások megszervezése, nyilvántartása, jelentése a külön jogszabályban meghatározottak és módszertani levélben foglaltak szerint.
- **Az óvodában a védőnői feladatok végzése,** az oktatási intézményekben a tanulók ellátása a külön jogszabályban meghatározottak szerint, az oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korú gyermek gondozása.
- **A családgondozás keretében:**



- A gondozott családban előforduló egészségi, mentális és környezeti veszélyeztetettség megelőzése, felismerése érdekében segítségnyújtás a helyes életvitelhez, a harmonikus, szerető családi környezet kialakításához.
- Soron kívüli családlátogatás végzése az iskolavédőnő jelezése alapján.
- A gyermekjóléti szolgálat és a háziorvos értesítése illetve hatósági eljárás kezdeményezése a gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása, a gyermek önmaga által előidézett veszélyeztető magatartása, vagy egyéb súlyos veszélyeztető ok fennállása esetén.
- Figyelemfelhívás a népegészségügyi szűrővizsgálatokon történő megjelenés fontosságára, továbbá tájékoztatás az önkéntesen igénybe vehető ajánlott szűrővizsgálatokról, tájékoztatás az állami, a civil karitatív családtámogatási formákról és lehetőségekről.
- Részvétel az egyéni és közösségi egészségfejlesztési, egészségvédelmi programok tervezésében, szervezésében és megvalósításában.

A védőnő, a védőnői ellátást (szolgálatot) fenntartó által biztosított helyiségben, a családok otthonában és a nevelési-oktatási intézményekben a jogszabályban foglaltak szerint végzi. Az egy védőnői körzetben, a védőnő által ellátható várandós anyák, a 0-6 éves korú gondozottak és az oktatási intézményekbe nem járó otthon gondozott tanköteles korú gyermekek száma összesen 250 fő lehet. Amennyiben az iskolai védőnői feladatok ellátása teljes munkaidejű iskolai védőnő foglalkoztatásával nem biztosított, akkor területi védőnő az oktatási intézményben (ekben) is elláthatja ezt a feladatot, ebben az esetben a területi védőnő által a körzetében és az oktatási intézmény (ekben) ellátható gondozottak száma nem haladja meg a 750 pontértéket (49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet 3. számú melléklete szerint). Az önkormányzat által megállapított és önkormányzati rendeletben szabályozott védőnői körzet kialakításánál figyelembe kell venni a település szerkezetét, a lakosság összetételét, egészségi állapotát, szociális helyzetét és az ellátandó gondozottak számát, továbbá, - ha a területi védőnő iskola védőnői feladatokat is ellát - az ellátandó oktatási intézmények számát és típusát valamint a mindezekre vonatkozóan a szakmai felügyelet véleményét. A 750 pontértékben - a hivatkozott jogszabály 3. számú melléklete szerint kiszámított - pontérték 25 %-al meghaladható, ha a település szerkezete a védőnői ellátást más módon való biztosítását nem teszi lehetővé. A védőnő a gondozási feladatot önállóan végzi, együttműködve az egészségügyi alapellátás (ezen belül kiemelten a háziorvosi ellátás), továbbá a szakellátás, a közoktatás, a gyermekjóléti, a szociális és a családsegítést végző intézmények illetékes szakembereivel. A 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet 8. § (4) pontjában meghatározott rendelkezések szerint a



rendelet hatálybalépésekor működő körzeti védőnői szolgálatnál a Védőnői Tanácsadó elhelyezésére és belső kialakítására vonatkozóan a rendelet 4. számú mellékletben meghatározott előírásokat, a hivatkozott rendelet 5. számú mellékletében foglalt „minimumfeltételek” betartása mellett, legkésőbb 2007. december 31.-től kezdődően kell alkalmazni. A Családok, a közösségek, a lakosság egészségfejlesztésével foglalkozó védőnői szolgálat megújítása napjaink aktualitása. A modernizáció legfontosabb feladata, hogy a védőnői szakmát olyan új alapokra helyezze, amely egyensúlyt hoz létre az egyén lehető legmagasabb egészségi állapota és az ezzel összefüggő legalacsonyabb költség között. A cél, egy egységes szerkezetű, minden területen egységes ellátást nyújtó, hosszú távon működőképes, önálló szervezeti kultúrával rendelkező, az alap és szakellátási rendszerekhez funkciójában jól illeszkedő szolgálat fejlesztése, minőségi elemek, minőségi jellemzők beiktatásával. A minőségi elvárások, standardok alkalmazása, a minőségirányítási rendszer működése és fejlesztése a védőnői szolgálat munkájában elengedhetetlen. A védőnői szakmában is fel kell ismerni, hogy a minőségirányítás a mindennapos gyakorlat szükséges része és a minőségi elvárások egyre inkább be kell, hogy épüljenek a védőnői ellátást nyújtó egyén szerepébe és tevékenységébe, akár kezdő, akár tapasztalt a védőnő. A minőségnek a védőnői ellátás lényegéhez kell tartoznia, a gondozás mindennapos eszközévé kell válnia. A védőnői munkában a minőségirányítás láthatóvá teszi a védőnői ellátás eredményességét, éppúgy, mint annak gyenge pontjait, de egyidejűleg megteremti a pozitív változás szükségességét és lehetőségét is. A Védőnői Szakmai Kollégium és az Egészségügyi Minisztérium szakértői által elkészített és egy 3 éves időszakra meghatározott Védőnői Ellátási Standardok (VES) alkalmazása a védőnői munka minőségirányának kialakításában, a szakmai jövőjére nézve is alapvető szereppel és jelentőséggel bír. A Csurgói kistérségben a települési önkormányzatok a jogszabályoknak megfelelően, önkormányzati rendelettel alakították ki a területi védőnői körzeteket, a kistérségben összesen 12 védőnői körzet működik. A kistérségi védőnői körzetek napi gyakorlati feladataikban sajátosan - és a térség teleülésein hagyományosan. - egyesítik magukban a területi védőnői és az iskolavédőnői feladatokat, tehát a védőnői ellátások természete, gyakorlata alapján ezek a kistérségi védőnői körzetek szakmailag (a külön jogszabályban is engedélyezett formában.) úgynevezett „vegyes” védőnői körzeteknek tekinthetők. A Csurgói kistérség védőnői ellátása igen jól szervezett, a kistérségben teljes védőnői ellátási lefedettséget ad, jelenleg betöltetlen védőnői állás a kistérségi településeken nincs. A 12 védőnői körzetből 11 védőnő a területi védőnői feladatok mellett iskolavédőnői feladatokat is ellát, 1 védőnői körzetben (Porrog) nem működik iskola. A Csurgói kistérségben dolgozó védőnők végzettsége a jogszabályi rendelkezéseknek és



munkakörüknek megfelelő, a védőnők rendszeresen részt vesznek a továbbképzéseken. A kistérségben dolgozó védőnők szakmai felügyeletét és irányítását Váradi Andrea vezető védőnő látja el, aki az ÁNTSZ Nagyatádi kistérségi intézetében dolgozik. Az alábbiakban részletesen a Csurgó Városi Önkormányzat Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézmények tagintézeteként működő Városi Egészségügyi Szolgálat keretébe tartozó I.-IV. városi védőnői körzet legfontosabb jellemzőit mutatjuk be:

Csurgó városi védőnői körzetek azonosítói és jellemzői I. körzet

ÁNTSZ Működési Engedély és Finanszírozási szerződés, valamint az SZMSZ szerint 2007. június 1.

54. sz. táblázat

Megnevezés	Azonosító, jellemző
Székhelye:	8840 Csurgó Baksay u 9. sz.
ÁNTSZ kódja:	140097515
Szolgálat védőnőjének neve:	Bakainé Haholka Krisztina
Területi védőnői feladatok:	Csurgó város és Szentábrány község
Ellátandók száma 0 -6 éves korban:	108 fő (Csurgó: 69 fő, Szentábrány: 39 fő)
Ellátandó várandós anyák száma:	5 fő (Csurgó: 3 fő, Szentábrány: 2 fő)
Ellátandó óvodások száma:	45 fő (Csurgó: 25 fő, Szentábrány: 20 fő)
Ellátandó iskolások száma:	337 fő
Ellátandó otthon gondozottak, iskolába nem járó:	3 fő (Csurgó: 2 fő, Szentábrány: 1 fő)
Ellátandó oktatási és nevelési intézmények:	Szentábrány, III. Óvoda, Eötvös J. Általános iskola
Finanszírozható pontszám területi védőnői ellátás:	348 pont
Finanszírozható pontszám iskolavédői ellátás:	353 pont
Finanszírozható pontszám összesen:	701 pont

Csurgó városi védőnői körzetek azonosítói és jellemzői II. körzet

ÁNTSZ Működési Engedély és Finanszírozási szerződés, valamint az SZMSZ szerint 2007. június 1.

55. sz. táblázat

Megnevezés	Azonosító, jellemző
Székhelye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
ÁNTSZ kódja:	140097516
Szolgálat védőnőjének neve:	Fülöpné Tóth Zsuzsanna
Területi védőnői feladatok:	Csurgó és Csurgónagymarton
Ellátandók száma 0 -6 éves korban:	121 fő (Csurgó: 106 fő Csurgónagymarton: 15 fő)
Ellátandó várandós anyák száma:	11 fő (Csurgó: 11 fő, Csurgónagymarton: 0 fő)
Ellátandó óvodások száma:	106 fő
Ellátandó iskolások száma:	302 fő
Ellátandó otthon gondozottak, iskolába nem járó:	7 fő (Csurgó: 7 fő, Csurgónagymarton: 0 fő)
Ellátandó oktatási és nevelési intézmények:	Csurgónagymarton I. Óvoda, Ref. Gimn. Csurgó
Finanszírozható pontszám területi védőnői ellátás:	396 pont
Finanszírozható pontszám iskolavédői ellátás:	302 pont
Finanszírozható pontszám összesen:	698 pont

Csurgó városi védőnői körzetek azonosítói és jellemzői III. körzet

ÁNTSZ Működési Engedély és Finanszírozási szerződés, valamint az SZMSZ szerint 2007. június 1.

56. sz. táblázat

Megnevezés	Azonosító, jellemző
------------	---------------------



Székhelye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
ÁNTSZ kódja:	140097517
Szolgálat védőnőjének neve:	Huszicsné Maronics Valéria
Területi védőnői feladatok:	Csurgó és Somogyecsicsó
Ellátandók száma 0 -6 éves korban:	132 fő (Csurgó: 119 fő, Somogyecsicsó: 13 fő)
Ellátandó várandós anyák száma:	6 fő (Csurgó: 6 fő)
Ellátandó óvodások száma:	92 fő
Ellátandó iskolások száma:	213 fő
Ellátandó otthon gondozottak, iskolába nem járó:	7 fő (Csurgó: 4 fő, Somogyecsicsó: 3 fő)
Ellátandó oktatási és nevelési intézmények:	Somogyecsicsó II. Óv. Rákóczi F. Ált. isk. Csurgó
Finanszírozható pontszám területi védőnői ellátás:	423 pont
Finanszírozható pontszám iskolavédői ellátás:	210 pont
Finanszírozható pontszám összesen:	633 pont

Csurgó városi védőnői körzetek azonosítói és jellemzői IV. körzet

ÁNTSZ Működési Engedély és Finanszírozási szerződés, valamint az SZMSZ szerint 2007. június 1.

57. sz. táblázat

Megnevezés	Azonosító, jellemző
Székhelye:	8840 Csurgó Baksay u 9 sz.
ÁNTSZ kódja:	140097518
Szolgálat védőnőjének neve:	Polaneczkiné Tavaszi Gyöngyi
Területi védőnői feladatok:	Csurgó
Ellátandók száma 0 -6 éves korban:	33 fő
Ellátandó várandós anyák száma:	3 fő
Ellátandó óvodások száma:	0
Ellátandó iskolások száma:	630 fő
Ellátandó otthon gondozottak, iskolába nem járó:	0
Ellátandó oktatási és nevelési intézmények:	Csurgó Nagyváthy János Középiskola
Finanszírozható pontszám területi védőnői ellátás:	114 pont
Finanszírozható pontszám iskolavédői ellátás:	662 pont
Finanszírozható pontszám összesen:	750 pont

5. Az egészségfejlesztés céljai, lehetőségei, javasolt programjai...



Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1998-as közgyűlésének nyilatkozata szerint az elérhető legjobb egészségi állapot egyike az alapvető emberi jogoknak. Az EU „Amszterdami Szerződése” kimondja, hogy az emberek egészségének magas szintű védelmét biztosítani kell minden közösségi politika és intézkedés

megalkotásakor és végrehajtásakor. Többek között ez azt jelenti, hogy minden intézkedést, amely a belső piaccal, a szociális ügyekkel, kutatásokkal és fejlesztésekkel, a mezőgazdasággal, a kereskedelemmel, a fejlesztéspolitikákkal és a környezettel kapcsolatos fel kell mérni, hogy milyen hatással vannak/lesznek az EU lakosságának egészségére és jólétére. Ezáltal - legalább elviekben - az egészség védelme elsődlegesen kiemelt szerepet kapott a közösségi döntéshozatal szintjén. A



Nemzeti Népegészségügyi Programban is megfogalmazódott, hogy a lakosság egészségi állapotának és jólétének javítása a gazdasági és társadalmi fejlődés végső célja, ugyanakkor elismert tény, hogy a lakosság jó egészségi állapota a társadalmi-gazdasági fejlődés egyik előfeltétele. Ebben a folyamatban kiemelkedő szerepe van a lakosság egészségi állapotában mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentésének. Az életmód, illetve az azt befolyásoló egyéni tényezők, mint az egészségkultúra, az egészségmagatartás szerepe és ezek változtatásán keresztül az életmód javításának lehetősége szintén kiemelt szereppel bír a magyar lakosság rossz népegészségügyi helyzetének javításában. Ezért a lakosság egészségi állapotának és az azt befolyásoló tényezők összefüggéseinek ismerete elengedhetetlen a különböző szektorok összehangolt fejlesztési koncepcióinak kidolgozásához.. Az Európa Tanács keretében létrehozott Európai Szociális Charta az egészséghez való jog helyett az egészségvédelemhez való jogról beszél, az egészségvédelemhez való jog ugyanis az ahhoz szükséges eszközrendszer teljességére utal, amelynek az egészségügyi ellátás csupán egy eleme. A Charta független szakértői bizottsága ajánlásokat fogalmazott meg, amelyek felhívják a figyelmet az észlelt hiányosságokra, amennyiben a megelőző (preventív) egészségügy szervezettsége elmarad a gyógyító ellátásokat nyújtóétól, - különösen a mentális betegségek területén - az idős emberek számára nyújtott ellátás - a számuk és népességi részarányuk növekedésére tekintettel - nem éri el a megfelelő szintet, az egészségügyi nevelés kiépítésére történnek törekvések, de ez nem tekinthető megfelelően szervezettnek. Az ajánlás szerint az állam akkor teljesíti kötelezettségét, ha - többek között - megfelelő népegészségügyi és egészségnevelési rendszerrel rendelkezik, valamint, ha az egészségügyi költségeket, vagy legalábbis annak lényeges részét a közösségi kollektív szervezetek (főleg az állam, és az önkormányzatok) állják. Fejlesztéspolitikai



szempontból azt a legfontosabb megérteni, hogy a lakosság egészségi állapotának javítása befektetés a jövőbe, amelynek mind a rövid, mind hosszú távon is jelentős humán és gazdasági hozama lehet. Az Egészségügyi Világszervezet 2001-ben készített elemzése a makrogazdaság és az egészségügy összefüggéseiről tudományosan kimutatta, hogy az egészbe

történt hatékony beruházások pozitív hatással vannak a gazdasági-társadalmi fejlődésre. A népesség egészségi állapota a gazdaság humán erőforrásának mennyiségét és minőségét meghatározó tényezők talán legfontosabbika, így a versenyképesség és az ország teljesítőképességének egyik kulcsa. Nem véletlen, hogy az Európai Bizottság által felkért „VIMKOK” bizottság Magyarország számára megfogalmazott foglalkoztatáspolitikai ajánlásai között egyebek mellett felhívta a figyelmet arra, hogy az alacsony aktivitási ráta részben a



hazai népesség rossz egészségi állapotával magyarázható (EC 2003/a.) Az egészségi állapot az emberek általános jólétének az egyik meghatározó eleme. A rossz egészségi állapotban, tartós betegséggel, fogyatékkal élők a társadalmi lét egyéb dimenzióiban (egzisztencia, közösség, család stb.) is hátrányos szenvednek, kirekesztetté válhatnak (vállnak is). Leglátványosabb a munkaerőpiacról való kiszorulásuk, ami anyagi-jövedelmi helyzetükre is rányomja bélyegét és részben ennek következményeként, kerülnek egyéb szempontból is kiszolgáltatott helyzetbe. Az egészségi állapot az általános elégedettséget, vagy elégedetlenséget döntően meghatározó tényező. Az egészségi állapot meghatározásában szerepet játszó tényezők összességét egészségmagatartásnak nevezzük. Az egészségmagatartás legfontosabb elemei közé soroljuk az egészségkultúrát (az egészség egyéni befolyásolhatóságának szubjektív megélését), valamint a közismerten kedvezőtlenül ható és a népegészségügyi szempontból magas egészségkockázattal járó, a népesség körében igen elterjedt káros szenvedélyeket, mint a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a testtömeg alakulását (a káros táplálkozási szokásokkal összefüggő túlsúlyosság, illetve elhízás), a testmozgás elégtelenségét (mozgásszegény életmód), illetve ezek összekapcsolódásait az egyének, a szűkebb és tágabb közösségek egészségmagatartásaiban és kialakult szokásaiban. A magas egyéni és társadalmi egészségkockázati hatásokkal járó káros magatartásoknak az egyén, a társadalom szűkebb és tágabb közösségeiben történő folyamatos és tervszerű, fejlesztő visszaszorítása a jelenlegi igen kedvezőtlen hazai helyzetkép javításának feltétele. A várható eredmények nagyon sok tekintetben kötődnek az egészségkultúra fejlettségi szintjéhez.

5. 1. Egészségkultúra szerepe az egészségfejlesztésben...



Az egészségkultúra magában foglalja mindazokat a hiedelmeket, ismereteket, attitűdöket, amelyek meghatározzák az egyén saját egészségi állapotának befolyásolhatóságával kapcsolatos gondolkodását. Ez a gondolkodás aztán különböző egészségmegőrző, egészségfejlesztő, vagy éppen egészségkárosító cselekvéseket indukál. A megfelelő egészségi állapot fenntartása mindig nagymértékben tudatos törekvés és erőfeszítés eredménye, hiszen a személy legtöbbször nem pusztán passzív elszenvedője azoknak a körülményeknek, amelyek között jól, vagy rosszul érzi magát, hanem kisebb, nagyobb mértékben megteremtője is annak. Az egyén felelősségét és egyben lehetőségeit mi sem bizonyíthatja jobban, mint hogy a leggyakoribb halálhoz vezető betegségek (pl.: a szív-és keringési rendszeri betegségek, vagy a rosszindulatú daganatos betegségek, emésztő-szervrendszeri és



légzőrendszeri betegségek stb.) kockázatát tudatosabb egészségmagatartással, azaz a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a túlzott táplálkozás visszafogásával, a megfelelő étrend követésével és a rendszeres testmozgással - a betegségek hatékony és érdemi megelőzésével -



jelentősen csökkenteni lehetne. Az egészségkultúra egyik legfontosabb mutatója, hogy az egyének tisztában vannak-e azzal, hogy milyen tényezők befolyásolják az egészségük alakulását. Az öröklött és a környezeti, valamint az egyéni magatartásbeli tényezők egyaránt hatást fejtenek ki a testi és lelki egészségre, s hogy ezek közül melyik a legmeghatározóbb, a felől általában mindenki másként vélekedik, mindenki más tényezőre helyezne nagyobb

hangsúlyt. Az egészséges életmód követésének, a tényleges aktív cselekvésnek egyik legalapvetőbb feltétele, hogy a személy ismerje egészségmagatartása hasznos, vagy ártalmas következményeit. Természetesen ez csak az első lépcsőfok, hiszen kutatások bizonyítják, hogy bár a népesség nagy része tisztában van bizonyos szokások egészségkárosító hatásával, mégsem mond le ezekről a szokásokról. Az OLEF 2000 (Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000.) tanulmánya szerint a lakosság vélekedése szerint a dohányzás, a stressz, az alkoholfogyasztás és a táplálkozás befolyásolja leginkább az egészségi állapotot. Az eredmények azt sugallják, hogy a dohányosok tudatában voltak a dohányzás egészségbefolyásoló szerepének, ugyanakkor a nagyivók ezzel éppen ellentétben kevésbé gondolták, hogy az alkoholfogyasztás befolyásolhatja az egészséget, a legfeljebb mértékletes alkoholfogyasztókhoz viszonyítva. Az egészségi állapot egyén általi befolyásolhatóságával kapcsolatban az OLEF 2000 kutatás megállapította, hogy minden 4. nő és minden 5. férfi úgy véli, hogy semmit, vagy csak nagyon keveset tehet a saját egészségéért. Ezek az arányok az OLEF 2003-ra változtak, nőtt azok aránya, akik szerint inkább rajtuk kívül álló okok befolyásolják az egészségüket, 2003-ban már minden harmadik nő és minden negyedik férfi gondolta úgy, hogy semmit, vagy csak keveset tehet a saját egészségéért. A kutatásokban a korosztályok szerinti eredmények azt mutatták, hogy a kor előrehaladásával mindkét nem tagjai körében csökken azoknak az aránya, akik szerint saját maguk is sokat, vagy éppen nagyon sokat tehetnek az egészségükért. A népesség egészségi állapotának egyik gyakran használt és kifejező indikátora a vélt egészség, vagyis az emberek megítélése arról, hogy milyen egészségi állapotban vannak. Bár a nemzetközi szervezetek ajánlásaiban is szerepel e mutató használata, éppen a nemzetközi összehasonlítás korlátozza az, hogy az egészségi állapotról alkotott percepciót jelentősen befolyásolják az eltérő nemzeti kulturális tényezők. **Bebizonyosodott** ugyanakkor, hogy a vélt egészség, az egészségi állapot szubjektív megítélése a halandóságnak



az egyik legjobb prediktív mutatója. A 2003. évi Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2003) adatai szerint a népesség 46 %-a kiválónak, 36 %-a elfogadhatónak, 18 %-a rossznak, vagy nagyon rossznak ítélte az egészségi állapotát. A férfiak fele, a nők 41 %-a ítélte egészségi állapotát jónak, vagy nagyon jónak, míg rossznak, vagy nagyon rossznak a nők több mint egyötöde (21 %), a férfiak 13 %-a vélte az egészségi állapotát. Az egészség és annak szubjektív megítélése szempontjából is fontos tényezők a társadalmi helyzet, az iskolai végzettség és a jövedelmi helyzet, valamint az, hogy az egyén élete során élvez-e szűkebb, vagy tágabb közösségi társas támogatást. Az egészségi állapotukat rossznak, vagy nagyon rossznak ítélik aránya minden Európai Unió országban alacsonyabb, mint Magyarországon, ami összhangban van a mortalitási és a morbiditási mutatók nemzetközi összehasonlítása során nyert eredményekkel. Jellemző, hogy az egészségi állapottal összefüggő elégedettség az életkor előrehaladásával romlik, de a nemek közötti különbség minden életkorban fennáll. Az egészség szubjektív megítélésénél valamivel „keményebb” mutató a rendszeresen visszatérő fizikai-egészségi panaszokról beszámoló aránya. Az OLEF 2003. felmérései alapján a férfiak 15,4 %-a, a nők 25,3 %-a számolt be rendszeresen visszatérő panaszokról, s amint várható, hogy e tekintetben is jelentős az életkor szerepe. A 70 évesnél idősebb korosztályoknak már több mint 50 %-a számol be három, vagy ennél is több alkalommal visszatérő panaszokról, a nemek között különbség (a népesség szubjektív panaszosságát illetően) azonban ezekben az esetekben is fennáll. Látható, hogy életkor előrehaladásával a „panaszosság” korosztályosan növekszik.

5. 2. A dohányzás, mint népegészségügyi jelentőségű egészségmagatartás...

Az életmódhoz szorosan kötődő kockázati tényezők között a dohányzás jelentősége kiemelkedően magas, a dohányzás-specifikus halandóság fogalma ma már Magyarországon is elfogadottnak és közzismertnek tekinthető. A világban évente 4 millió ember, a fejlett ipari országokban évente 2 millió ember halálát okozza a dohányzás, Magyarországon lényegében minden ötödik halálozás közvetlen oka a dohányzásnak betudható megbetegedés. Magyarországon a férfiak halálozásának 29 %-a, a nők halálozásának 9 %-a dohányzás - specifikus halálozás. 1995-2005 között Magyarországon a dohányzás-specifikus halandóság mintegy 19-22 %-al nőtt, a dohányzástól független halandóság pedig ugyanezen időszakban 9 %-al csökkent, vagyis a halandóság emelkedése jelentős részben a dohányzási szokásoknak tudható be. A dohányzó férfiak 1970-ben 5.7 évvel, 1999-ben 7,5 évvel, 2005-ben



8,4 évvel éltek rövidebb ideig, mint a nem dohányzók, a dohányzó nők átlagosan 6,3 évvel rövidebb élettartamra számíthatnak, mint a nem dohányzók. A dohányzás egészségkárosító hatása általános, vagyis az egész szervezetre kiterjed, igaz, hogy nem egyforma mértékben és a hatás nemenként is különböző. A szív-és keringési rendszer betegségeinek, a légzőszervi betegségeknek, a szájüregi, a légcső és tüdőrák kialakulásában jelentős szerepet játszik a dohányzás, de emellett számos más betegség kialakulását is elősegíti, illetve súlyosbítja a már fennálló betegségeket. A kutatási eredmények értelmében a tüdőrák a férfiak esetében 90 %-ban, a nők esetében 70 %-ban a dohányzás következménye, ugyanakkor a dohányzás nemcsak az aktív dohányosok, hanem az úgynevezett passzív dohányosok körében is növeli a tüdőrák és a krónikus légzőszervi betegségek létrejöttének kockázatát, a terhesség alatti dohányzás pedig a születendő gyermek egészségét is veszélyezteti. A rendkívül magas magyar halandóságban - különösen az idő előtti, korai halálozások magas szintjében - is a dohányzás az egyik kiemelt tényező. A dohányzásnak tulajdonítható megbetegedések és halálozások széles körben ugyanakkor megelőzhetők, hiszen bizonyított az ok-okozati összefüggés a dohányzás és számos megbetegedés, illetve halálozás között. Az OLEF 2003 adatai szerint Magyarországon a férfiak 42 %-a, a felnőtt nők 29 %-a dohányzik, vagyis a dohányzó nők aránya az utóbbi egy évtizedben mintegy 30 %-os növekedést mutat, a dohányosok többsége napi rendszerességgel dohányzik. A férfiak közel 25 %-a, a nők közel 10 %-a erős dohányos, vagyis naponta legalább 20 szál cigarettát szív el. Mind a férfiak, mind a nők körében a fiatalok között magasabb a dohányosok aránya, a dohányosok leggyakrabban a tizenéves korban szoknak rá a dohányzásra. A IX.-X. évfolyamon tanulók 1/3-a napi rendszerességgel dohányzik, a dohányzó fiúk aránya kicsit magasabb, mint a dohányzó lányoké, az utóbbi években a fiúk körében stagnált, a lányok körében nőtt a dohányzók száma.



A felnőtt férfiak körében érzékelhetően és folyamatosan növekszik a dohányzók aránya, a nő körében ebben a korosztályban az utóbbi évtizedben csökkent, a legutóbbi években már rohamosan növekedett a dohányzók aránya. A dohányzás szempontjából elsősorban a férfiak, a fiatalabbak, a kedvezőtlen anyagi körülmények között élők, a rossz lakáskörülmények között élők, a szakképzetlenek, a nagyobb munkaterheléssel dolgozók és a társas támogatásban (közösségi segítség nélküliek) hiányt szenvedők a veszélyeztetettebbek. A dohányzás az esetek jelentős részében a szenvedélybetegség, a nikotin-függőség kialakulásához vezet, a nikotin ugyanis az egyike a legadditívabb drogoknak. A dohányfüst a nikotinon kívül több mint 4000 vegyületet tartalmaz, amelyek közül több mint 50 anyag bizonyítottan rákkeltő hatású. Az emberek



többsége ténylegesen tudatában van annak, hogy a dohányzás káros, ám 41 %-uk úgy véli, hogy csak az úgynevezett erős dohányosak veszélyeztetik az egészségüket.

5. 3. Az alkoholfogyasztás, mint káros egészségmagatartási forma...



A dohányzás mellett az alkoholfogyasztás a legjelentősebb népegészségügyi súlyú életmódbeli tényező. A kritikátlan és mértéktelen alkoholfogyasztás számos betegség kialakulásában szerepet játszhat, közvetlen vagy közvetett módon, például közlekedési baleset által halálhoz is vezethet. Becslések szerint az alkoholbetegek 30%-ára jellemző a májsugor. Különösen aggasztó, hogy Magyarországon a felnőtt férfiak korai halálozása az alkoholfogyasztással összefüggő krónikus májbetegségek és a májsugor következtében kiemelkedően magas. A májsugor mellett bizonyított az alkoholfogyasztás és egyes légzőrendszeri, valamint agyérrendszeri megbetegedések, a szájüreg és a garat daganatai, a sérülések, mérgezések közötti összefüggés is. A nagyivás a stroke (agyvérzés) kockázatát szintén emeli. Több vizsgálat kimutatta, hogy az emlőrák kialakulásának kockázata ugyancsak nagyobb azon nők esetében, akik sok alkoholt fogyasztanak. A terhesség alatti nagyivás a születendő magzat egészségét is veszélyezteti. A mértékletes alkoholfogyasztás széles körben elterjedt szokás, melynek bizonyos szempontból jótékony hatása lehet az egészségre. Például csökkenti a szívkoszorúér-betegségek kialakulásának kockázatát (az absztinensek és a nagyivók között nagyobb e betegségek előfordulásának kockázata, mint a mértéktartó szeszesital-fogyasztók körében). A szervi megbetegedéseken kívül a társadalmi-családi kapcsolatokat és a munkaképességet is jelentős mértékben befolyásolja az alkoholfogyasztás. Az alkoholfogyasztás mérési módszerében meglehetősen sokszínűséget mutatnak a nemzetközi és hazai vizsgálatok, ezért az eredmények összehasonlítása korlátozott. Hazánkban 1970-ben az összes halálozás 7,4 %-a történt alkohol okozta betegségek miatt, ez az arány 1999-re 13 %-ra, 2005-re 14.8 %-ra növekedett. Az 1970-1999-es időszakban összesen 280 000 férfi és 145 000 nő halt meg alkoholfogyasztás miatt kialakuló betegségek vagy balesetek következtében. Ez a növekedési ütem meghaladja a dohányzásnál ugyanebben az időszakban jellemző mértéket, ami jól mutatja, hogy az elmúlt évtizedekben az alkohollal kapcsolatos egészségkárosodások megelőzése területén alkalmazott módszerek nem bizonyultak hatékonyak. Magyarországon – a hazai halandósági szakirodalom szerint – a túlzott mértékű (és rossz minőségű) alkoholfogyasztás következménye a korai halálozások jelentős része. A korai halálozásból származó veszteségek területén a 70 éves kor



előtti halálozás 10 %-át okozta alkoholfogyasztás 1970-ben, míg 1999-ben ez az arány már 21 %-ra, 2005-ben, pedig 23 %-ra emelkedett Magyarországon. Különösen drasztikus a középkorú férfiak és nők alkohol miatti halálozásának növekedése ebben az időszakban. 1999-ben az alkohol a férfiak életét 3 évvel, a nők életét 1,3 évvel, 2005-ben már a férfiak életét 4,2 évvel a nők életét 2,2 évvel rövidítette meg. Az alkoholisták és abúziv ivók 1999-ben 10-12 évvel, 2005-ben 12-13 évvel éltek kevesebbet. 1995-ben az alkoholfogyasztással kapcsolatos halálozás az EU országai átlagos halálozási szintjének 7,5-szerese, a nőké 6,2-szerese volt, férfiaknál 1998-ban 5,4-szerese, nőknél pedig 4,1-szerese volt. Hazánk még a csatlakozó Közép-Kelet-európai országok átlagát is jelentősen meghaladta, 1998-ban férfiak esetében annak mintegy 2,5-szöröse, nőknél, pedig valamivel több, mint 2-szerese volt a mutató értéke. Az alkoholtól függő személyek száma egyes becslések szerint ma hazai népesség 8-10 %-ára tehető. E tények ismeretében az sem vigasztaló, hogy nemzetközi összehasonlításban az alkoholfogyasztást tekintve nem a magyar állampolgárok vezetnek az EU tagországainak listáját. 2000-ben az egy főre jutó alkoholfogyasztás 10,2 liter, 2001-ben 11,2 liter, 2005-ben 12,4 liter volt. Ezek a számok ugyan alatta maradnak az EU-s listát vezető Portugáliától (14 liter/fő), de jelentősen meghaladják például a svédekét (5,4 liter/fő). A 2005. évi hazai felmérések alapján a férfiak 90,7 %-a, a nők 79,9 %-a életében már legalább egyszer ivott alkoholt. Az élet- és az éves prevalenciában a nemek között hasonlóak a különbségek (10 % körüliek), a havi prevalenciában azonban jelentősek az eltérések (férfiak 70,2 %, nők 42,3 %-a fogyasztott a kérdezést megelőző hónapban alkoholt). Az alkoholfogyasztás heti gyakoriságának növekedésével a nemek közötti arányok egyre jelentősebben differenciálódnak. Így míg például hetente 1-2 alkalommal a férfiak 25,5 %-a, a nők 9,8 %-a fogyaszt alkoholt (a különbség 2,6-szoros), addig a naponta ivók között a férfiak aránya 5,8, a nőké 0,6 % (a különbség 9,6-szoros). A lerészegedés életprevalencia értéke a nőknél 23,6 %, míg a férfiaknál ez az arány ennek háromszorosa, 77,5 %. A havonta 3 vagy több alkalommal való lerészegedés majd ötszörös különbségeket mutat a két nem között a férfiak „javára”. Egyes hazai vizsgálatok alapján az alkoholfogyasztás prevalenciája tekintetében az alábbi változásokat figyelhetők meg. Az éves prevalencia értékek a férfiaknál nagyobb, a nőknél kisebb mértékben csökkentek. A legalább heti rendszerességű alkoholfogyasztás mindkét nemnél növekedett. Az egy alkalommal hatnál is több italt fogyasztók aránya az elmúlt évben a nőknél nem változott, a férfiaknál viszont csökkent. A lerészegedők aránya az elmúlt évben és a kérdezést megelőző hónapban egyaránt növekedett a nők körében, a férfiaknál ez csak az elmúlt hónapra érvényes megállapítás. Az utolsó alkalommal elfogyasztott összes alkohol mennyiség tiszta szeszben, ml-ben mérve a nők körében 3 ml-rel emelkedett, a férfiaknál 1 ml-rel csökkent. Az



alkoholfogyasztás elsősorban férfi túlsúllyal jellemezhető. Mind az alkoholfogyasztók, mind a nagyivók körében felülreprezentáltak a férfiak. A nők 61,8 %-a saját állítása szerint nem szokott alkoholt fogyasztani, az alkalmi fogyasztók aránya 28,0 %, a mértékletes ivóké 7,7 %, a nagyivók közé 2,5 %-uk sorolható. A férfiak mindössze 27,6 %-a nem fogyaszt egyáltalán alkoholt, az alkalmi fogyasztók aránya 23,7 %, a mértékletes ivóké 31,0 %, míg nagyivó 17,7 %-uk. Az alkoholfogyasztás figyelemre méltó jellegzetességeket mutat az iskolai végzettség szerint. A legfeljebb 8 osztályt végzettek 61,6 %-a egyáltalán nem fogyaszt szeszesitalt és a nagyivók aránya 9,1 %. A felsőfokú végzettségűek körében a nagyivók aránya (9,6 %) valamivel meghaladja a legfeljebb 8 osztályt végzetteké, az alkoholt egyáltalán nem fogyasztók aránya azonban majd fele a legalacsonyabban iskolázottak csoportjának (34,0 %). A nagyivók legmagasabb arányban az érettségivel nem rendelkező középfokú végzettségűek körében vannak (11,7 %). Egyértelmű tendencia tehát nem fogalmazható meg az alkoholfogyasztást tekintve különböző végzettségű csoportok között. Az adatok alapján úgy tűnik, hogy a magasabb iskolai végzettség sem jelent feltétlenül mérsékelt szeszesitalfogyasztást, sőt. Mindez arra figyelmeztet, hogy ez a káros magatartási forma nem az ismeretek hiánya miatt terjedt el széleskörűen a népesség körében. Az anyagi helyzet elemzése azt mutatja, hogy a rossz anyagi helyzet szubjektív érzete összefüggést mutat a nagyivással. A legrosszabb és a legjobb anyagi helyzetben lévők között a különbség e tekintetben háromszoros. Településtípus szerint vizsgálva, a települések között – ha nem is túl éles – választóvonal az 5000 főnél kevesebb lélekszámú és az annál nagyobb lakosságszámú települések között húzódik. A kisebb településeken a nagyivók aránya 10 % felett van, a többiben pedig az alatt. Nagyivókat legmagasabb arányban a 3000-5000 fős településeken, a legalacsonyabb arányban pedig a 10000-50000 fős településeken találunk. A régiók közötti különbségek a felnőtt népesség alkoholfogyasztása esetében is nyilvánvalóak. Így például a Dél-Dunántúli régióban a nagyivók aránya 12,6 %, a Közép-Dunántúliban 11,1%, és az Észak-Magyarországban 10,5 %. E régiókban a nagyivó férfiak aránya meghaladja a férfiakra jellemző átlagot minden esetben, és a nők körében is csak az Észak-Magyarországban marad az alatt. A kényszerű gazdasági inaktivitás, mint a munkanélküliség, jelentős hatással van a túlzott mértékű alkoholfogyasztásra. A munkanélküliek 15,1%-a nagyivó. Őket a gazdaságilag aktívak követik 10,5 %-os gyakorisággal. A legkisebb – ám közel sem elhanyagolható - arány (6,6 %) e kategóriában az egyéb inaktívak (tanulók, kismamák, háztartásbeliek stb.) körében fordult elő. Az OLEF 2000. és az OLEF 2003. évi adatainak elemzése alapján elmondható, hogy a nagyivás szempontjából nagykockázatú csoportnak tekinthetők az egyedülállók, a nem értelmiségi foglalkozásúak, a nagyobb munkaterheléssel (heti 40 óránál többet) dolgozók, a



társas támogatottság súlyos hiányával küzdők, valamint az 1000 főnél kisebb lakosságú településen élőket találták. A 2003-ban megkérdezett IX-X. évfolyamos középiskolások túlnyomó többsége életében legalább egyszer ivott már alkoholtartalmú italt és közel kétharmada részeg is volt. Az alkoholfogyasztás élet-prevalenciája fiúknál és lányoknál azonos (fiúk 93,2 %, lányok 93,6 %, teljes minta 93,4 %). A kérdezést megelőző hónapban a megkérdezett fiatalok 59,3 %-a fogyasztott alkoholt. Havi 3-5 alkalommal – tehát nagyjából heti rendszerességgel – 14,6 %-uk (fiúk 16,3 %, lányok 12,5 %), ennél nagyobb gyakorisággal pedig a fiúk 16,6 %-a és a lányok 10,0 %-a ivott alkoholt, a teljes minta 13,9 %-a. Az életükben legalább egyszer már lerészegedő középiskolások aránya a fiúknál valamelyest magasabb (67,9 %), a lányoknál csekély mértékben alacsonyabb (59,3 %). A kérdezést megelőző évben is a középiskolások több mint fele (51%) legalább egyszer lerészegedett. A lerészegedés éves prevalencia értéke alapján a nemek közötti különbségek szignifikánsak (fiúk 55,6%-a és a lányok 45,5%-a volt legalább egyszer részeg a kérdezést megelőző évben). A kérdezést megelőző hónapban a fiúk közel egyharmada (32 %) és a lányok közel egynegyede (22,2 %) volt legalább egyszer részeg (a teljes minta 27,5 %-a). Három vagy több alkalommal – azaz közel heti rendszerességgel a lányok 6,7 %-a és a fiúknak ennek közel kétszerese (12,1 %-a) volt részeg. A nagyivás a megkérdezettek 33,1 %-ban, a fiúknál (39,2 %) és a lányoknál (25,9 %) egyaránt nagyobb arányban fordult elő a kérdezést megelőző hónapban, mint a lerészegedés. Három vagy többszöri, azaz közel heti rendszerességű nagyivás a fiúk 13,7%-át és a lányok 6,3%-át jellemzi. Az alkoholfogyasztás főbb prevalencia értékei a felmérések alapján növekedést mutatnak 1995 és 2005 között. Ez a növekedés az élet- és az éves prevalencia értékeknél enyhe, a havi prevalencia értékeknél, és különösen a rendszeresebb fogyasztásra utaló hat vagy többszöri fogyasztás esetében kifejezetten jelentős. Az alkoholfogyasztás prevalencia értékeiben megfigyelhető növekedés a fiúkra és a lányokra egyaránt jellemző. A növekedés üteme azonban a havi hat vagy többszöri fogyasztásnál a lányoknál sokkal erőteljesebb volt, mint a fiúknál. Nemcsak az alkoholfogyasztás mutatói, hanem annak szélsőségesebb formáit kifejező lerészegedés és nagyivás mutatói is folyamatos növekedést mutatnak 1995 és 2005 között a vizsgált középiskolásoknál. A lerészegedés életprevalencia értéke a lányoknál 2003-ban az 1995. évének 142 %-a (a fiúknál 119 %), a lerészegedés havi prevalencia értéke, pedig a lányoknál 2003-ban az 1995. évének 169 %-a (a fiúknál 123 %).



5. 4. A drogfogyasztás, mint szélesedő káros magatartási forma...



A szenvedélybetegségek és abúzusok közül a drogfogyasztásról rendelkezünk a legkevesebb információval. Ez részben azzal függ össze, hogy a drogfogyasztás egy része és a drogforgalmazás illegális, és büntetőjogi következményekkel jár. A drogfogyasztás ugyanakkor nem épült úgy be a hazai kulturális szokások közé, mint akár az alkoholfogyasztás, akár a dohányzás. A lakosság megkérdezésén alapuló információk ezért jelentősen alulbecslik a drogfogyasztást. Az utóbbi években több kutatás volt erről a kérdésről, a kutatások többsége a középiskolások, a fiatalok, a budapestiek, illetve a táncos szórakozóhelyek, diszkók látogatói körében vizsgálta a drogfogyasztást. Az illegális drogok fogyasztása szempontjából az egyik legvesélyeztetettebb a középiskolások csoportja, közöttük is a budapesti középiskolások veszélyeztetettsége lényegesen nagyobb, mint az ország többi részében tanulóké. A felnőtt népesség 6,5 %-a használt már élete során valamilyen kábítószer, többségük marihuánát, hasist. A 18-65 év közötti felnőtt népesség 2,3 %-a folyamatos fogyasztó, vagyis több mint egy éve fogyasztott először és jelenleg is használ drogot. A IX. és XI. évfolyamos diákok közel egynegyede használt már valamilyen illegális szert. Kábítószer-probléma miatt 1997-ben 8500 beteget kezeltek, 1999-ben már közel 12 800 beteget, 2005-ben 18500 beteget Számuk 2002-ig stabilizálódni látszott, 2003-ban azonban ismét megugrott: közel 15 ezer beteget kezeltek. A kezelték többsége férfi, viszont a nők között gyorsabban nőtt a kezelésre jelentkezők száma, mint a férfiak között. A kezelésre jelentkezők között 2001-ig az illegális szereket használók domináltak, 2002-ben megfordult a helyzet és 2005-től a legális szereket használók kerültek (kismértékű) többségbe.

5. 5. A kövérség, mint káros egészségmagatartási következménye...



Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai alapján az elhízás gyakorisága az utóbbi években mintegy 10-20 %-ra emelkedett Európában, a Kelet-Európai államokban az elhízás gyakorisága ennél magasabb. A normálisnál magasabb testtömeg önmagában is kóros jelenség, de emellett számos más betegség – keringési betegségek, II. típusú cukorbetegség, daganatok, csonttritkulás – kialakulásában játszik szerepet. A probléma jelentőségét mutatja, hogy becslések szerint az Amerikai Egyesült Államokban az egészségügyi kiadások 6,8 %-át közvetlenül az elhízásból adódó betegségek kezeléséből eredő költségek finanszírozására fordították. Ennél jóval nagyobbak azonban a nehezen számszerűsíthető közvetett költségek (pl. az „elveszített” munkanapok és egészségben töltött



életévek), valamint az immateriális költségek (pl.: a csökkent életminőség). Az elhízás számos oka közül kiemelendő a túlzott energia-bevitel, illetve a megfelelő testmozgás hiánya. Az OLEF 2003. évi vizsgálata szerint a felnőtt népesség 3,3 %-a sovány, 43,8 %-a normál súlyú, 33,1 %-a túlsúlyos, és 19,7 %-a elhízott. Míg a soványak és a normál testtömegűek között inkább a nőket (5,1 és 46,4 %, szemben a férfiak 1,3 és 40,9 %-al), a túlsúlyosak között inkább a férfiakat találjuk (37,9 %, szemben a nők 28,9 %-al). Az elhízás azonos arányban érinti mind a férfiakat, mind a nőket (20-20 %). Amennyiben a túlsúlyos és az elhízott kategóriákat összevonjuk, megállapítható, hogy Magyarországon a népesség 52,8 %-a a kívánatosnál magasabb testtömegű. E kutatási eredményeket az OLEF 2000. évi vizsgálatával összevetve, a népességben a túlsúlyosak és elhízottak aránya az elmúlt három évben alig változott (51,4 %). A nemek esetében sem történt arányeltolódás, az elhízottak aránya mindkét nemben emelkedett. Az OLEF 2003 eredményei azt mutatják, hogy a túlsúlyosak/elhízottak aránya az anyagi helyzet javulásával növekszik, az ellentétes tendenciát csak a legjobb anyagi helyzetben élők között figyelhetünk meg. Az egyes életkori csoportokban már nagy különbségek fedezhetők azonban fel: az idős (65+) férfiaknál 2000-hez képest majdnem kétszeresére, 17-ről 30 %-ra emelkedett az elhízottak aránya, az elhízottak és túlsúlyosak együttes aránya, pedig több mint 70%. Az iskolai végzettség és a testtömeg közötti összefüggéseket vizsgálva megállapítható, hogy az alacsonyabb iskolai végzettség mutat összefüggést inkább az elhízással. A legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségű csoportok közötti különbség majd kétszeres az elhízottak kategóriájában (26,1 %, illetve 13,8 %). A túlsúlyosság jóval egyenletesebben oszlik meg a különböző iskolai végzettségű csoportok között. A nagyon jó anyagi helyzetben lévő válaszadókat érinti a legkevésbé a túlsúlyosság és az elhízás problémája (együttesen 28,6%-uk tartozik e két kategória valamelyikébe). Őket a legkedvezőtlenebb és a jó anyagi helyzetűek követik (45,2 %-uk és 46,7 %-uk tartozik testtömeg szempontjából a nem kívánatos kategóriákba). Az anyagi szempontból szélső pólusokon elhelyezkedő csoportok – azaz a nagyon rossz és a nagyon jó helyzetben lévők – a soványság tekintetében jobban hasonlítanak egymásra, 7,0-6,7 %-uk sorolható a súlyhiányosok közé. A rossz, vagy megfelelő anyagi helyzetű csoportoknál a válaszadók több mint a fele túlsúlyos vagy elhízott. A gazdasági aktivitás-inaktivitás jelentős hatással van a testsúly alakulására, de egyértelmű ok-okozati következtetések levonására ezek az adatok sem alkalmasak. A nyugdíjasok 66,8 %, a rokkantnyugdíjasok 59,4%-a túlsúlyos vagy elhízott. Az aktív, kereső munkát végzők valamivel több, mint a felére ugyanez jellemző (51,4%-uk sorolható ebbe a kategóriába). Jelentősen elmaradva ezektől az arányoktól, de még mindig egyharmadnál magasabb arányban jellemző a kedvezőtlen testsúly az egyéb inaktívak 33,3 (tanulók, kismamák, háztartásbeliek



stb.) és a munkanélküliek 37,7%-ára. A nők körében a túlsúlyosság és az elhízás kapcsolatban van az iskolázottsággal és a korral, a férfiaknál, pedig a kor mellett az anyagi helyzettel és a társas támogatottsággal. A nőknél az iskolázottság növekedése kedvezően, a férfiaknál az anyagi helyzet javulása és a társas támogatottság megléte kedvezőtlenül hat a testsúly alakulására. A 15-34 éves korosztályban majd minden negyedik válaszadó sovány, felesleges súlyt pedig minden hatodik cipel. A 35-54 éves korcsoportban a túlsúlyos és elhízott emberek aránya közel 50 %, az 55 éves kortól, pedig már az egészséget károsító testsúly a jellemző, aránya 65 %. Számottevő eltérés tapasztalható a férfiak és nők között a többi korosztályban is: a férfiak túlsúlya már 35 éves kortól megközelíti, illetve néhány évvel később túlszárnyalja a 60 %-os arányt. A nőknél ez csak 50 éves kor felett következik be. Drámai mutató azonban, hogy 50 éves kor felett mind a nőknek, mind a férfiaknak több mint a fele túlsúlyos vagy elhízott. Az egészségi panaszok száma magasabb az elhízott és a túlsúlyos embereknél. Meg kell azonban jegyezni, hogy a férfiaknál a soványak közt is gyakoribbak az egészségi problémák, míg a nőknél ez nem tapasztalható, sőt a sovány nők szubjektív egészségi állapot önértékelése kedvezőbb, mint a normális testsúlyú nőkre jellemző érték. A közelmúlt kutatásai értelmében elhízottság problémájának egyik kardinális kérdése a hasüregi zsírszövet mennyiségének folyamatos és igen jelentős mértékű felszaporodása, a has-körfogat méretének jelentős és kóros megnövekedése. Ennek jelentősége olyan nagy, hogy a has-körfogat kórossága a túlsúlyos, illetve elhízott személyek esetében fontos kockázati tényezőnek tekinthető. Ez a jelentős mértékű egészségkockázat elsősorban az érintettek koszorúér és agyi keringési katasztrófáinak fokozott előfordulásában jelenik meg, komoly (élet) veszélyeztetést jelentve az érintettek számára.

5. 6. Az egészségtelen táplálkozás, mint káros egészségmagatartás...



Egészségi állapotunk egyik meghatározó tényezőjét táplálkozási szokásaink – az étrend összetétele, a főzési szokások – jelentik. Több ország életmódbeli kockázati tényezőinek az elemzése kimutatta, hogy az egészségi állapot változásában a táplálkozási szokásoknak – főleg az állati eredetű zsírok csökkenő, illetve a friss zöldség és gyümölcs növekvő fogyasztásának – számottevő szerepe van. Az OLEF 2003. évi kutatása szerint a válaszadók 61,3 %-a naponta fogyasztott friss gyümölcsöt, vagy nyers zöldséget, a kérdezést megelőző négy hétben, közülük minden negyedik naponta többször is. A megkérdezettek egyharmada hetente legalább egyszer, 6,3 %-a azonban ritkábban, mint hetente vagy egyáltalán



nem fogyaszt. A zöldség-gyümölcs gyakoribb fogyasztása elsősorban a nőkre jellemző, a megkérdezett nők több mint kétharmada evett naponta zöldséget vagy gyümölcsöt, szemben a férfiak 52,9 %-ával. A zöldség és gyümölcsfogyasztás gyakoriságában a nem mellett számos társadalmi, gazdasági tényező is szerepet játszik. Ilyen, pl.: az iskolai végzettség, ami egyértelmű hatást gyakorol a táplálkozási szokásokra. Minél magasabb a válaszadó iskolai végzettsége, annál gyakrabban fogyaszt zöldséget-gyümölcsöt. Különösen nagy eltérés mutatkozott a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségűek között e tekintetben. Minél jobbnak érzékeli-értékeli egy válaszadói csoport az anyagi helyzetét, annál jellemzőbb, hogy gyakran fogyaszt olyan egészséges táplálékot, mint a friss gyümölcs vagy a nyers zöldség. A nagyon jó anyagi helyzetben lévők 73,7 %-a naponta fogyaszt friss gyümölcsöt vagy nyers zöldséget, míg ez az arány a nagyon rossz helyzetben élők körében mindössze 40,1%. Gazdasági aktivitás szerint vizsgálva a kérdést a nyugdíjasok körében a legmagasabb a friss gyümölcsöt - nyers zöldséget naponta fogyasztók részaránya, a munkanélküliek között, pedig a legalacsonyabb. A zöldséget-gyümölcsöt naponta fogyasztók gyakorisága a legkisebb (lélekszám kevesebb, mint 1000 fő) és a nagyobb (lélekszám nagyobb, mint 50000 fő) lélekszámú településeken a legmagasabb. A hazai étkezési szokásokban és étkezési kultúrában mind a mai napig igen elterjedtek a magas kalóriatartalmú, erősen zsíros és fűszeres, magas hőmérsékleten tálalt „magyaros” ételek fogyasztása, kevés növényi rosttal, inkább állati eredetű, mint növényi eredetű fehérjével készítve. A szívbarát és diétás élelmiszerek, valamint a tartósítószer nélküli bio-élelmiszerek elterjedése és fogyasztása csak igen korlátozott, a készítmények igen drágák, beszerzésük és fogyasztásuk meghatározóan a „tehetősebb” társadalmi rétegek számára elérhető.

5. 7. A mozgásszegény életmód, mint káros egészségmagatartás...



A megfelelő mértékű és intenzitású testmozgás pozitív élettani hatása közismert. A fizikai aktivitás általában javítja a glükóz anyagcserét, csökkenti a testzsírt és a vérnyomást, ezáltal mérséklődik a kardiovaszkuláris betegségek, és a II. típusú cukorbetegség kialakulásának kockázata. A testmozgás hatékony preventív tényező meghatározott tumoros megbetegedések esetében is. A testedzés fejlesztheti továbbá a csont-és izomrendszert (megelőzve a mozgásszervi megbetegedéseket), segíthet az ideális testtömeg elérésében és a depresszió tüneteinek csökkentésében. Mindezek miatt a WHO „Egészséget mindenkinek a 21. században” 6-os számú célkitűzése az egészségi állapotot javító tényezők elősegítése között a



testmozgást is kiemeli. Az utóbbi időben egyre több bizonyíték gyűlt össze arról, hogy a testmozgásnak az egészségi állapotra kifejtett jótékony hatása már mérsékelt intenzitású aktivitással is elérhető. Így a krónikus betegségek morbiditásának és mortalitásának csökkentése érdekében, a rendszeres, mérsékelt intenzitású testmozgás támogatása az egészségpolitika elsődleges prioritásai között kell, hogy szerepeljen. A rendelkezésre álló szabadidő mennyisége a KSH Időmérleg-vizsgálatai szerint meglehetősen alacsony, annak ellenére, hogy az 1986-ban végzett Időmérleg-vizsgálathoz képest a kikapcsolódásra fordított idő mennyisége átlagosan 16 %-kal nőtt, amely 2000-ben kb. négy és fél órát, 2005-ben közel 5 órát jelentett naponta. Az átlagos időtartam mögött azonban számottevő különbségek regisztrálhatóak. A férfiak szabadideje 40 perccel hosszabb, mint a nőké, így a rendelkezésükre álló szabadidő naponta majdnem öt óra, és jelentősek az eltérések korosztályok szerint is. A 30 évesnél fiatalabb és az 50 évesnél idősebb korosztályokban több a szabadon felhasználható idő, míg a 30 – 50 évesek az átlagosnál kedvezőtlenebb helyzetben vannak. A szabadon végzett napi tevékenységek többféle elfoglaltságot foglalnak magukban, ezek közül itt a testmozgást és a televíziózást emeljük ki. Az alacsony iskolai végzettségűek töltik a legrövidebb időt sétával, sporttal, testedzéssel. Az iskolai végzettség emelkedésével dinamikusan nő a testedzők aránya és az erre fordított idő is. A diplomás nők és férfiak között eltűnik az 1986-os Időmérleg vizsgálatban regisztrált nemek közti különbség, de ez nem azt jelenti, hogy a nők sportolnak többet, hanem hogy a férfiak kevesebbet. Az eredményeket összegezve megállapíthatjuk, hogy a fizikai rekreáció számos formája jelen van az emberek életében, de ezek elterjedtsége, a mindennapi tevékenységekbe való beépülése viszonylag szerény. Az 1986-os kutatási eredményekhez képest az ezredforduló végére és elejére tapasztalható némi javulás a testedzésre fordított idő tekintetében, de számottevő növekedés valójában csak a legfiatalabbak körére jellemző. A legnyilvánvalóbb különbség a nemek és az életkori csoportok között regisztrálható. A férfiak egyharmada, a nők egyötöde sportol, de a nőknél 6 %-al nagyobb azok aránya, akik egész évben rendszeresen végzik a testmozgást (46 %). A férfiak kitartása csak a csoport közel 40 %-ára érvényes. Az OLEF 2000. évi vizsgálata szerint a nők több mint 40 %-a, a férfiak harmada soha nem, vagy ritkábban, mint hetente végzett testmozgást, ezek az arányok az OLEF 2003. felmérése szerint sem változtak érdemben. Rendszeresen (hetente többször) tette ugyanezt a nők fele és a férfiak mintegy kétharmada. Az életkor a testmozgás ellen ható tényező, növekedésével csökken a testmozgást végzők aránya. Idősebb korban az értelmiségi férfiak körében az esély a fizikai inaktivitásra más foglalkozású, férfiakkal összehasonlítva 2-3-szor nagyobb. A szabadidős testmozgás lecsökkenése ebben a korban az értelmiségi férfiaknál tehát a fizikai inaktivitással is együtt jár,



szemben a más foglalkozásúakkal, akik jóval nagyobb arányban végeznek, pl. fizikai munkát. A legfiatalabb és a legidősebb korosztályba tartozó férfiak 1,2-1,3-szor végeznek gyakrabban testmozgást, mint a hasonló korú nők. Az iskolázottság növekedésével, az anyagi helyzet javulásával mindkét nemben nő az esélye a rendszeres testmozgásnak.

5. 8. Többszörös kockázatok, mint halmozott egészségkockázatok...



Gyakran előfordul, hogy az egészséget veszélyeztető, károsító magatartásformák nem önmagukban, elszigetelten jelentkeznek a személyeknél, hanem több tényező együtt, egymás hatását erősítve jelenik meg: az egyes kockázati tényezők egymás előfordulásának kockázatát is fokozzák. Többszörös életmódbeli kockázatként értékeljük, ha az egyénre egyszerre egynél több, egészségkárosító magatartásforma jellemző. Közismert a dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakori együttes előfordulása, mint ahogyan az egészségtelen táplálkozás és a testmozgás hiánya is sok esetben összekapcsolódik. A dohányzók kétharmada iszik szeszes italt, egynegyedük rendszeres alkoholfogyasztó, s így módon az egészségkárosító hatás megsokszorozódhat. Az OLEF 2000. és az OLEF 2003. keretében vizsgált egészséget veszélyeztető magatartásformák közül legalább kettő együttes előfordulása jellemző a férfiak csaknem felére és a nők harmadára. Három vagy több életmódbeli kockázati tényező együttes előfordulása jellemzi a nők csaknem tizedét (9,2 %) és a férfiak több mint hatodát (17,5 %). Magyarországon a Szívbarát Program felmérésében a dohányzás, alkohol- és kávéfogyasztás alapján vizsgálták a rizikótényezőket. Eredményeik szerint különösen a férfiak, illetve a 30-50 évesek (mindkét nem esetében) mutattak magas kockázati értéket. Férfiak esetében az alacsony társadalmi státusz, iskolai végzettség és jövedelem szintén növelte a kockázati tényezők szerepét az életmódban. 2000-2006.-ban a magyar lakosság körében a leggyakrabban előforduló betegségek a keringési rendszeri megbetegedései voltak. A keringési rendszer megbetegedéseiben kiemelt kockázati tényezők: a dohányzás, a túlzott mértékű, rendszeres alkoholfogyasztás, az elhízás illetve a helytelen táplálkozás, ezek együttes hatása többszörös kockázatot jelent ebben a betegségcsoportban is.

5. 9. Az egészségkockázati trendek összefoglalása, a tervezési alapok...

A felnőtt magyar lakosság egészség-magatartási szokásai rendkívül kedvezőtlenek, magas a dohányosok aránya, magas a nagyivók, magas (és emelkedő tendenciát mutat) az elhízottak aránya, alacsony a testmozgást végzők aránya, valamint alacsony az egészséges táplálkozást



folytatók aránya, ezen kockázati tényezők együttes megjelenése többszörös kockázatot jelent. A jövővel kapcsolatban aggodalomra adhat okot, hogy a fiatalok egészségmagatartása a nemzetközi és a hazai szakirodalom szerint is általában romló tendenciákkal jellemezhető. Egyre korábbi élet évekre tolódik bizonyos káros egészségmagatartási szokások kezdete (pl.: a dohányzás, az alkoholfogyasztás), új kockázati tényezők lépnek be, s kedvezőtlen tendenciák regisztrálhatóak az étkezési szokásokban, valamint a szabadidős aktivitásokban. Figyelemre méltó tendencia a lakosság fokozatos elöregedése is, amely az ebben a korosztályra (65+) jellemző életmódbeli kockázati tényezők népegészségügyi szerepét tovább növelik, ilyen például az elhízás. A népesség gyorsuló öregedésének folyamata egyre inkább előtérbe helyezi az idősök egészségi állapotának ügyét. Bár az idősor nem jár szükségképpen együtt betegséggel, a legtöbb betegség előfordulásának gyakorisága megnő idősorban, valamint a betegségnek nem feltétlenül tekinthető funkciókorlátozottság is lényegesen magasabb az idősorban, mint a fiatalabb korcsoportokban. A dohányzás mind nemzetközi, mind hazai vonatkozásban népegészségügyi szempontból kiemelkedő kockázati tényező. Világszerte közzismert tény, hogy a dohányzás súlyos egészségproblémákat okoz. Becslések szerint jelenleg minden tizedik felnőtt ember haláláért felelős; 2030-ban, pedig az előrejelzések alapján minden hatodik ember halálát okozza majd, azaz évente tíz millióan fognak meghalni a dohányzás következtében kialakuló betegségek miatt. A dohányzás szerepe Magyarországon is egyre inkább növekvő tendenciát mutat a halálozás és a morbiditás területén egyaránt. A dohányzás okozza a legtöbb halálesetet az összes, elkerülhető kockázati tényező közül. A dohányzással összefüggő mortalitás folyamatosan növekszik az 1970-es évek óta, ellentétben a nem dohányzás specifikus halálozás csökkenésével. A különösen kritikus középkorú népesség esetében az 1970 és 1999 között, valamint a 2005-ig lezajlott halandóság-emelkedés jelentős részéért a dohányzás tehető felelőssé: férfiaknál az 57 %-os halandóság-növekedés 42 %-át, nőknél a 8,3 %-os halandóság-emelkedést közel kétharmadát magyarázza az emelkedő dohányzás specifikus mortalitás. A dohányzás miatti élettartam csökkenésében is romló tendenciák figyelhetők meg. A 18 évesnél idősebb felnőtt népességben a dohányzók aránya 2000 és 2003, valamint 2003-2005 között kismértékben növekedett. A rendszeresen dohányzók arányába a férfiak esetében változatlan, a nőknél azonban növekvő gyakoriságot figyeltek meg. Az adatok azt mutatják, hogy a kedvezőtlen tendenciák valamelyest jobban érintik a nőket, mint a férfiakat, azaz tovább folytatódik a női nem felzárkózása a férfiak káros magatartási szokásaihoz, ami az elszívott cigaretták mennyiségében is megfigyelhető. A korcsoportok közötti különbségeket vizsgálva kitűnik, hogy mindkét nemben a fiatalok között a legmagasabb a dohányosok aránya. Az alkoholfogyasztás a dohányzás mellett a legjelentősebb



népegészségügyi súlyú életmódbeli tényező. Hazánkban, 1970-ben az összes halálozás 7,4 %-a történt alkohol okozta betegségek miatt, ez az arány 1999-re közel kétszeresére nőtt, azaz 13 %-ra növekedett. Figyelemre méltó az, hogy az alkohol okozta betegségek miatti halálozás növekedési üteme, meghaladja a dohányzásnál ugyanebben az időszakban jellemző mértéket. A korai halálozásból származó veszteségek területén a 70 éves kor előtti halálozás 10 %-át okozta alkoholfogyasztás 1970-ben, míg 1999-ben ez az arány 21 %-ra emelkedett Magyarországon. Különösen drasztikus a középkorú férfiak és nők alkohol miatti halálozásának növekedése ebben az időszakban. Az anyagi helyzet elemzése azt mutatja, hogy a rossz anyagi helyzet szubjektív érzete összefüggést mutat a nagyivással. A legrosszabb és a legjobb anyagi helyzetben lévők között a különbség e tekintetben háromszoros. Az alkoholfogyasztás elsősorban férfi túlsúllyal jellemezhető. Mind az alkoholfogyasztók, mind a nagyivók körében felülreprezentáltak a férfiak. Egy hazai vizsgálat alapján a nagyivás szempontjából nagykockázatú csoportnak tekinthetők az egyedülállók, a nem értelmiségi foglalkozásúak, a nagyobb munkaterheléssel (heti 40 óránál többet) dolgozók, a társas támogatottság súlyos hiányával küzdők, valamint az 1000 főnél kisebb lakosságú településen élők. Az alkoholfogyasztás főbb prevalencia értékei a középiskolások felmérések alapján növekedést mutatnak 1995 és 2003 és 2003-2005 között. Ez a növekedés az életprevalencia értékeknél enyhe, ám különösen a rendszeresebb fogyasztásra utaló hat, vagy többszöri fogyasztás esetében kifejezetten jelentős. Az alkoholfogyasztás prevalencia értékeiben megfigyelhető növekedés a fiúkra és a lányokra egyaránt jellemző. A növekedés üteme azonban a havi hat, vagy többszöri fogyasztásnál a lányoknál sokkal erőteljesebb volt, mint a fiúknál. Nemcsak az alkoholfogyasztás mutatói, hanem annak szélsőséesebb formáit kifejező lerészegedés és nagyivás is folyamatos növekedést mutat 1995 és 2003, valamint 2003-2005 között a vizsgált középiskolásoknál. Az elhízás gyakorisága az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai alapján az utóbbi években mintegy 10-20 %-ra emelkedett Európában, a Kelet-Európai államokban az elhízás gyakorisága ennél magasabb. Amennyiben a túlsúlyos és az elhízott kategóriákat összevonjuk, megállapítható, hogy hazánkban a népesség 52,8 %-a a kívánatosnál magasabb testtömegű. Az egyes életkori csoportokban jelentős különbségek fedezhetők fel: az idős (65+) férfiaknál 2000-hez képest majdnem kétszeresére, 17-ről 30 %-ra emelkedett az elhízottak aránya, az elhízottak és túlsúlyosak együttes aránya, pedig több mint 70 % ebben a korcsoportban. Az iskolai végzettség és a testtömeg közötti összefüggéseket vizsgálva megállapítható, hogy az alacsonyabb iskolai végzettség mutat összefüggést inkább az elhízással. A legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségű csoportok közötti különbség majd kétszeres az elhízottak kategóriájában. A 35-54 éves korcsoportban a túlsúlyos és elhízott



emberek aránya közel 50 %, 55 éves kortól, pedig már az egészséget károsító testsúly a jellemző, aránya 65 %. Számottevő eltérés tapasztalható a férfiak és nők között a többi korosztályban is, a férfiak túlsúlya már 35 éves kortól megközelíti, illetve néhány évvel később túlszárnyalja a 60 %-os arányt. A nőknél ez csak 50 éves kor felett következik be. Drámai mutató azonban, hogy 50 éves kor felett mind a nőknek, mind a férfiaknak több mint a fele túlsúlyos vagy elhízott. Táplálkozási szokásaink – az étrend összetétele, a főzési szokások – jelentik az egészségi állapotunk egyik meghatározó tényezőjét. Több ország életmódbeli kockázati tényezőinek az elemzése kimutatta, hogy az egészségi állapot változásában a táplálkozási szokásoknak – főleg az állati eredetű zsírok csökkenő, illetve a friss zöldség és gyümölcs növekvő fogyasztásának – számottevő szerepe van. A zöldség és gyümölcsfogyasztás gyakoriságában a nem mellett számos társadalmi, gazdasági tényező is szerepet játszik. Ilyen például az iskolai végzettség, ami egyértelmű hatást gyakorol a táplálkozási szokásokra. Minél magasabb a válaszadó iskolai végzettsége, annál gyakrabban fogyaszt zöldséget-gyümölcsöt. Különösen nagy eltérés mutatkozott a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségűek között e tekintetben. Hasonló összefüggés figyelhető meg a szubjektív anyagi helyzet vonatkozásában is. Minél jobbnak érzékeli-értékeli egy válaszadói csoport az anyagi helyzetét, annál jellemzőbb, hogy gyakran fogyaszt olyan egészséges táplálékot, mint a friss gyümölcs vagy a nyers zöldség. A testmozgás igazoltan hatékony preventív tényező számos betegség tekintetében. Az utóbbi időben egyre több bizonyíték gyűlt össze arról, hogy a testmozgásnak az egészségi állapotra kifejtett jótékony hatása már mérsékelt intenzitású aktivitással is elérhető. Így a krónikus betegségek morbiditásának és mortalitásának csökkentése érdekében, a rendszeres, mérsékelt intenzitású testmozgás támogatása az egészségpolitika elsődleges prioritásai között kell, hogy szerepeljen. Az alacsony iskolai végzettségűek töltik a legrövidebb időt sétával, sporttal, testedzéssel. Az iskolai végzettség emelkedésével dinamikusan nő a testedzők aránya és az erre fordított idő is. Összességében megállapítható, hogy a fizikai rekreáció számos formája jelen van az emberek életében, de ezek elterjedtsége, a mindennapi tevékenységekbe való beépülése viszonylag szerény. Az 1980-as évekhez képest az ezredforduló végére tapasztalható némi javulás a testedzésre fordított idő tekintetében, ez leginkább a fiatalok körében volt tapasztalható. Az ezredfordulón meglehetősen alacsony a testmozgást végzők aránya, a nők több mint 40 %-a, a férfiak harmada soha nem, vagy ritkábban, mint hetente végzett testmozgást. Rendszeresen (hetente többször) tette ugyanezt a nők fele és a férfiak mintegy kétharmada. Az életkór növekedésével csökken a testmozgást végzők aránya. Az iskolázottság növekedésével, az anyagi helyzet javulásával mindkét nemből nő az esélye a rendszeres testmozgásnak. Fontos



felhívni a figyelmet a többszörös kockázatok szerepére. Gyakran előfordul, hogy az egészséget veszélyeztető, károsító magatartásformák nem önmagukban, elszigetelten jelentkeznek a személyeknél, hanem több tényező együtt, egymás hatását erősítve jelenik meg, az egyes kockázati tényezők egymás előfordulásának kockázatát is fokozzák. Hazai vizsgálatok alapján elmondható, hogy az egészséget veszélyeztető magatartásformák közül legalább kettő együttes előfordulása jellemző a férfiak csaknem felére és a nők harmadára. Három vagy több életmódbeli kockázati tényező együttes előfordulása jellemzi a nők csaknem tizedét és a férfiak több, mint hatodát. Magyarországon a dohányzás, alkohol- és kávéfogyasztás alapján vizsgált rizikótényezők vonatkozásában elmondható, hogy. Különösen, a férfiak, illetve a 30-50 évesek (mindkét nem esetében) mutattak magas kockázati értéket. Férfiak esetében az alacsony társadalmi státusz, iskolai végzettség és jövedelem szintén növelte a kockázati tényezők szerepét az életmódban.



5. 10. Az egészségkockázatok kezelése, mozgatórugó elemzés...

1. A népesség egészségi állapotát, halandóságának alakulását a fejlett országokban az életmód- és egészségmagatartásbeli tényezők jelentős mértékben befolyásolják. Hazánkban az egészségre ártalmas magatartásformák alakulása egyes demográfiai és társadalmi csoportokban különösen kedvezőtlen tendenciákat mutat. E csoportok közül kiemelkednek a fiatalok, a nők, az alacsonyan urbanizált településen élők, a munkából kiesettek és a társadalomból leszakadók.
2. Az egyének életmódja, egészségmagatartása, a kockázati tényezők jelenléte és az egészségvédő magatartásokhoz való hozzáférhetőség társadalmilag-gazdaságilag nagymértékben meghatározott, s kevésbé függ az egyének választásától, döntéseiktől. Másként fogalmazva: az egészségmagatartásban a társadalmi egyenlőtlenségek éppúgy jelen vannak, mint az egészségi állapot mutatóiban (megbetegedések, korlátozottsággal járó állapotok, halálozások) és az egészségügyi ellátásban.
3. Az egyén egészségére – számtalan társadalmi, gazdasági tényező mellett – jelentős hatással van az egyén magatartása is. Egészségmegőrző magatartásnak tekinthető minden olyan viselkedés, amelyet az egyén azzal a céllal végez, hogy védje, fenntartsa, vagy fejlessze az egészségét, függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól és attól, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e. Azaz, az egyének nem csupán orvosi tanácsra cselekszenek, hanem olyan laikus aktivitásokat is végeznek e tevékenységeik között, amelyeket a saját elképzeléseik szerint tartanak ésszerűnek, hasznosnak az egészségük védelme érdekében.
4. A pszichoszociális tényezők egészségi állapotra és egészségmagatartásra gyakorolt hatása az utóbbi évtizedek fontos felismerése. Egyre több kutatás foglalkozik a nem hagyományos – mentális egészséghez kötődő – tényezőkkel, amelyek egyrészt az önkárosító magatartásformák hátterében játszanak fontos szerepet, másrészt önmagukban is kockázati, vagy éppen protektív tényezők lehetnek. Ilyenek például: az optimista életszemlélet, az életcél, a depresszió, az ellenségesség, a megbirkózási stratégiák, a társas támogatás, a vallásosság. Hazai kutatások bizonyították, hogy a depressziót a megbetegedések magasabb előfordulásának kiváltójaként tekinthetjük.
5. A gyerekek felnőttkori egészségének alakulására hatással van a gyerekkori családban uralkodó légkör is, mely szerencsés esetben támogató, megerősítő, önálló feladatok megoldására ösztönző, a változásokra megfelelően adaptálódni képes attitűdöt



kialakító stb. környezetet biztosít. A szülői szerep, a társas kapcsolatok széles rendszere, a különböző közösségekhez való tartozás, s az ezek által megvalósuló sokrétű szerepek szintén segítik az egészségben maradást.

6. A társadalmi-gazdasági jellemzők meghatározóak az egészségi állapot alakulása szempontjából, ezek vannak ugyanis jelentős befolyásoló hatással az életmódra, az egészségmagatartásra és ezeken keresztül az egészségi állapotra illetve a betegségekre.
7. A társadalmi-gazdasági és az életmódhoz-egészségmagatartáshoz sorolható prevenciók aktivitások köre igen széles: az oktatástól a foglalkoztatásig, a lakásviszonyoktól a tömegkommunikáción keresztül közvetített életmódmintákig. Az egyén iskolázottsága, foglalkozása, anyagi helyzete stb. befolyásolják táplálkozási, mozgási, dohányzási, alkoholfogyasztási stb. szokásait, melyek hatással vannak olyan fiziológiai és pato-fiziológiai jelenségek kialakulására, mint a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint stb. Ezek – bizonyos időt követően – meghatározott betegségeket eredményezhetnek, mint pl. szív és érrendszeri megbetegedéseket, és kimenetelük súlyos korlátozottságokkal járhat az egyén életére.
8. A civilizált társadalmakon belül az egészséget alapvetően veszélyeztető tényező a társadalmon belüli relatív társadalmi-gazdasági lemaradás (más néven a relatív depriváció). Ha a halálozási és megbetegedési adatokat a hagyományos kockázati tényezők – mint a dohányzás, az elhízás, a mozgásszegény életmód – szerint korrigálják, ezeknél sokkal lényegesebb szerepet játszik a viszonylag rosszabb szociális helyzet (a szegénység), a társadalom átlagától való elmaradás. Vannak kutatók, akik az egészségmagatartás egyik legfontosabb meghatározó tényezőjeként a képzettséget emelik ki.
9. Az egészségtelen életmód annak a következménye is lehet, hogy a hátrányos helyzetben lévő társadalmi csoportok – helyzetükből adódóan - nem tudnak, nem képesek változtatni kialakult szokásaikon. Más kutatások szerint a kedvezőbb társadalmi státuszú csoportok könnyebben tudnak egészségesebb életmódot folytatni.
10. Nyilvánvaló az is, hogy a társadalmi-gazdasági tényezők mellett az e területeken tapasztalható egyéni magatartásformák nagymértékben kötődnek az adott társadalomban, közösségben elfogadott viselkedési mintákhoz, az uralkodó normákhoz. A nemzeti egészségpolitikai stratégiák célja, hogy az egészségmegőrző magatartást társadalmi-közösségi normává tegyék, az e területen nemzeti szinten tapasztalható bármilyen kismértékű javulás már jelentős népegészségügyi „hasznót” jelenthet.



11. Az emberek egészségmagatartását – mindezek mellett – jelentős mértékben befolyásolja a kockázatokhoz való viszonyuk. A kutatások szerint e viszony nem elsősorban egyéni pszichikai, s nem is valamiféle tudományos objektivitásra építő döntési mechanizmusokból következik, hanem alapvetően kulturális kötődések által meghatározott és igen erősen rétegfüggő. A kockázatok észlelése, interpretációja tehát nagymértékben befolyásolja azok vállalását, s ezen keresztül az egészségi állapot alakulását. Egészségi állapotukat tekintve veszélyeztetett népesség vizsgálatánál például azt találták, hogy a munkából és életmódból adódó kockázatok csökkentését nem lehet csak az egyénektől várni, de a személyes autonómia megfosztásával sem érhető el eredmény.
12. A jövővel kapcsolatban aggodalomra adhat okot, hogy a fiatalok egészségmagatartása a nemzetközi és a hazai szakirodalom szerint is általában romló tendenciákkal jellemezhető. Egyre korábbi élet évekre tolódik bizonyos káros egészségmagatartási szokások kezdete (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás), új kockázati tényezők lépnek be, még ha többségében csak átmeneti jelleggel is (pl. az illegális drogfogyasztás), s kedvezőtlen tendenciák regisztrálhatóak, az étkezési szokásokban, a szexuális kapcsolatokban és a szabadidős aktivitásokban. E "fizikai" tényezők mellett egyre jelentősebbé válnak azok, a társadalmak életében megjelenő változások, amelyek az étellel, a mindennapokkal kapcsolatos szorongásokkal, félelmekkel, a jövő kiszámíthatatlanságával kapcsolatban fogalmazhatóak meg, s amelyek jelentős hatással vannak az egyének mentális egészségére. Komoly aggodalomra adhat okot az is, hogy a társadalom kedvezőtlen helyzetű csoportjaiban az „önsorsrontó” magatartásformák újratermelődése figyelhető meg, s ennek megelőzésére, a "bekövetkezett károk" csökkentésére hivatott társadalmi intézmények (iskola, egészségügy, média) nem képesek hatékonyan betölteni feladataikat, ellensúlyozni a hátrányos családi körülményeket, a közvetített mintákat.
13. Az egészségi állapotban meglévő egyenlőtlenségek már az egészséget veszélyeztető kockázatok észlelésében és interpretációjában, későbbiekben, pedig a betegszerep elfogadásában és a betegmagatartás megvalósulásában is megnyilvánulnak.
14. A népesség egészségi állapotának javulása nem várható spontán módon. Kormányzati (és nem csupán egészségügyi kormányzati és önkormányzati) szintű döntés kérdése, hogy a beavatkozások során mit részesítünk hosszabb távon előnyben, azaz egy népegészségügyi program esetében a primer és szekunder prevencióra (az egészségügyi ellátás keretein belül történő betegségmegelőzésre), vagy az egészséget



alapvetően meghatározó társadalmi-gazdasági kockázati tényezőkbe való kormányzati szintű beavatkozásra helyezzük a hangsúlyt. Nem felejtendő el, hogy az ország térségeinek fejlesztései, az esélykülönbségek fokozatos, de érezhető és érdemi csökkentése, a társadalmi-gazdasági felzárkózás megvalósítása adhat biztos és hosszú távú alapot a szükséges és indokolt változásokhoz.



6. A Csurgói kistérség prevenciós egészségprogramja...

6. 1. Kistérségi prevenciós célok meghatározása

A Dél-Dunántúli régióban, a Somogy megyében elhelyezkedő Csurgói kistérség, a külön jogszabályban meghatározott 181 jelenlegi hazai kistérség közül a 64/2004. Kormányrendelet szabályozásai szerint nevesített és a területfejlesztési szempontból kedvezményezett kistérségek közé tartozik, területfejlesztési típusa szerint társadalmi-gazdasági szempontból elmaradott, valamint vidékfejlesztési térség besorolása. A Csurgói kistérség a társadalmi-gazdasági elmaradottságának mértéke szerint, a külön jogszabályban jelenleg nevesített 28 hazai leghátrányosabb helyzetű kistérség egyike. A kistérség társadalmi-gazdasági, valamint ezzel összefüggő népesedési viszonyai minden tekintetben magukon viselik a hazai leghátrányosabb helyzetű kistérségekre általában és speciálisan jellemző viszonyokat. A Csurgói kistérség gazdasági viszonyai jelentős elmaradottságot és egyenlőtlenséget tükröznek, a hazai és a külföldi befektető tőke területi befektetői tőkehányadosa jóval az országos átlag alatt van, a tőkeellátottság bővülése kismértékű és lassú ütemű, a vállalkozások - főleg a tőkeerős, a fejlődésre képes és jelentős foglalkoztatást teremtő, valamint fenntartók - bővülése, jelentősen és folyamatosan elmarad az országos, a régiós és a Somogy megyei átlagoktól. A kistérség gazdaságának általános jellemzője a tőkehiány, a fejlett termelő és szolgáltatói technikák és technológiák térségi gazdasági beágyazódásának és hagyományos gazdasági jelenlétének jelentős elégtelensége, a befektető tőke menetrendszerű repatriálása, a térség igen alacsony szintű tőkevonzó és tőkemegtartó képessége. A kistérség globális és parciális GDP termelő képessége alacsony szintű, a hazai átlagoktól elmaradó, a társadalmi új érték előállításában - a társadalmi munkamegosztásban - való részvétele korlátozottan kisméretű, a szükségesnél és az elvárhatónál is csak igen lassan - és csak bizonyos korlátok között - bővülő. A kistérség gazdasági elmaradottsága igen szorosan kapcsolódik a térség jelentős fokú infrastruktúrális (hiányaihoz, kiépítetlenségeihez) elmaradottságához, részben szükségszerű következménye, részben pedig elkerülhetetlen okozója és fenntartója annak. A lakossági közellátások, a települési közszolgáltatások időben és térben mennyiségileg erősen korlátozottak, az igényekhez és az elvárhatóhoz képest minőségileg jóval alacsonyabb szintűek és színvonalúak, kellő folyamatos elérhetőséggel, hozzáférhetőséggel nem rendelkeznek, bővítésük a települési önkormányzatoknak csak a saját tőkeerejével - a jelenlegi és jövőben várható állami normatívák mellett is - már régóta, de a jövőre nézve sem biztosítható. A Csurgói kistérség a hazai jelentősen egyenlőtlen és ezért igazságtalan társadalmi-gazdasági



fejlődés és következményes lemaradás szinte valamennyi - jogszabály szerint is - azonosítható ismervét előnytelenül és méltánytalanul magán viseli, fejlesztési igényei és szükségletei - az EU és a II. Nemzeti Fejlesztési Terv Operatív Programjai révén megvalósuló kohéziós politika keretében, már rövidtávon is, a kedvezményezett és jogosultsági alapú fejlesztési támogatásokat illetően - kielégítést igényelnek. A kistérségi gazdaság területi eloszlását és súlypontjait megismerve világosan látható, hogy a kistérség egész társadalmi-gazdasági jövője elválaszthatatlanul szorosan összekapcsolódik az egyre inkább a kistérségi központ tényleges szerepét és feladatait betöltő Csurgó város fejlődésének és továbbfejleszthetőségének jövőjével.

A város társadalmi-gazdasági fejlődésének fellendítése, valamint ennek szükségletalapú, szakmailag és pénzügyileg is fenntartható továbbfejlesztése a jelenlegi igen előnytelen kistérségi társadalmi-gazdasági viszonyok konszolidációjának és térségi stabilizációjának meghatározó kulcsa, a kistérségi jövőt eldöntő kérdések egyik alapkérdése. A Csurgói kistérség népességének részletes egészségügyi problématerképe (népmozgalmi, epidemiológiai, szociológiai viszonyai) világosan mutatja, hogy a kistérség társadalmi-gazdasági fejlődésének jól paraméterezhető egyenlőtlenségei a mindennapokban ténylegesen megélt és valódi egyenlőtlenségeket teremtettek (teremtenek) a térségi népesség egészségében, életminőségében és mindennapi életviszonyaiban, az egészséges élethez való esélyeiben, betegsége esetén az egészségügyi ellátásokban való részesülésében. Világosan látható, hogy a kistérség társadalmi-gazdasági helyzetének egyenlőtlensége és az ehhez kapcsolódó elmaradottsága valóságos egyenlőtlenséget teremt és tart fenn a lakosság életlehetőségeiben, az egészségben töltendő életének tényleges megélhetőségében és az egészségügyi szolgáltatások folyamatos elérhetőségében és a szükségletalapú hozzáférhetőségében is. A Csurgói kistérség népességére, - a több évtizedes kedvezőtlen alakuló folyamatok eredményeként és következményeként - a trendszerűen kialakuló és folyamatosan érvényesülő fogyó, előregedő, elmagányosodó és elnőiesedő, valamint belföldi mobilizációval elvándorló népesség a jellemző, a magas kistérségi öregségi indexel, a fiatal korosztályok alacsony eltartottsági rátájával, megoldatlanul növekvő etnikai problémákkal, stagnáló-romló egzisztenciális körülményekkel, valamint alacsony és folyamatosan csökkenő gazdasági aktivitással. A kistérség népességére ma egyértelműen és jellemzően megállapítható igen kedvezőtlen és romló, - jóval a hazai, a regionális, de a megyei átlagok alatti népmozgalmi, halálozási és megbetegedési mutatókkal az összefüggéseikben is jól azonosítható - viszonyok további tartós fennmaradása beláthatóan és trendszerűen, valamint elkerülhetetlenül eredményezi majd a kistérség népességének a természetes népességfogyással, valamint a térségben született fiatal korosztályok elvándorlásával való kritikus méretű népességfogyását, a kistérség népességi kiüresedését.



A Csurgó kistérség társadalmi-gazdasági fejlődése vitathatatlanul az egyik legfontosabb eleme a kistérség népességi viszonyai kedvezőbb alakulásának, a jelenlegi kedvezőtlen népmozgalmi trendek először is a folyamatos, tudatos és tervszerű települési önkormányzati közszolgálati eszközökkel és közellátási beavatkozásokkal történő lassításának, majd a trendek kedvező irányú megfordításának. Ezért a kistérség társadalmi-gazdasági jelenébe és jövőjébe, valamint az infrastrukturális fejlesztéseibe irányuló tartós és fenntartható működésű termelések és szolgáltatások megteremtésére irányuló befektetések, tehát kétségtelenül közvetlen, illetve közvetett befektetések a kistérségi népesség egészségébe, életminőségébe, a kistérségi „élhetőbb” életbe, a kistérségi népesség jövőjébe. A nemzetközi és az eddigi hazai kutatási eredményeknek megfelelően várható, hogy a kistérségben a sikeres és tartós előnyökkel járó társadalmi-gazdasági változások már önmagukban is a népességi viszonyok kedvezőbb alakulását fogják kiváltani. A kedvező irányú változások várhatóan már önmagukban is javítani fogják a születéskor várható (elvárható) életkor nagyságát a népesség mindkét nemében és valamennyi korosztályában, az egészségben és jó életminőségben eltöltött évek számát, szakmailag és pénzügyileg hatékonyabbá fogják tenni a kistérségi egészségkockázatok kezelésének helyi stratégiáját és taktikáját, javítva ezzel a kistérségi halandóságot, a megbetegedési számot és súlyosságot, csökkentve a korai, úgynevezett idő előtti halálozásokat, növelve a konvertálható egészségnyereséget. A Csurgói kistérség társadalmi megújításának kistérségi programja, tehát nemcsak és nem kizárólag a korszerű és hatékony kistérségi lakossági egészségfejlesztési programot és a kistérségi egészségügyi infrastruktúra mára már csaknem halaszthatatlan fejlesztését jelenti, hanem egy olyan komplex és egymást erősítő tendenciájú társadalmi -gazdasági - infrastrukturális fejlesztési programot, amelynek központi gondolata és tetteinek valódi irányítója a kistérségi népesség jövője, s e jövő zálogaként a jó minőségű egyéni és közösségi egészségkultúra egészségmagatartásaival megélt egészségi állapota, egészségének megőrzése, betegségeinek megelőzése. A kistérségi népesség életének és egészségének egyik legfontosabb tartóeleme az egyén egészségmagatartásainak legfontosabb irányítója, az egészség, mint egyéni és közösségi értékrend gyakorlati kialakítója, az egészségkultúra. A Csurgói kistérségi népesség körében meghatározó probléma az egyéni és a támogató jellegű közösségi egészségkultúra igen alacsony színvonala, az egyes társadalmi csoportokban (leszakadók, tartósan munkanélküliek, foglalkoztatás nélküli megváltozott munkaképességűek, etnikai csoportok, egzisztenciálisan periférizálódottak stb.) körében ennek majdnem a teljes hiánya. Ezekben a társadalmi csoportokban az egészség, mint érték - a mindennapok tapasztalata szerint - behelyettesítődik azzal, hogy a betegség az igazi érték, hiszen a mindennapi életben ez vezethet (konvertálódhat) a társadalmi gondoskodás valamilyen



formájának (rokkantnyugdíj, önkormányzati segélyek és rendszeres szociális támogatások, táppénz, fő állású anyaság stb.) eléréséhez. Az iskolázottság, az egyének és a kisebb-nagyobb közösségek értékrendi, erkölcsi szokásjogai, a kulturáltság, az anyagi-egzisztenciális viszonyok mindig ténylegesen meghatározóak az egészségkultúrára, annak gondolati és gyakorlati felépítettségére és a mindennapok egészségmagatartásait irányító, eligazító, a gyermekek és a fiatalok, a családok számára mintákat adó problémamegoldó és konfliktus kezelő magatartások számára. Az egyéni és a közösségi egészségkultúra nem öncélú és soha nem önmagában létezik, hanem csak a széles, az oktatással, a neveléssel jó megalapozott, a pozitív környezeti mintákkal kialakított (család, munkahely, közösségek stb.) és megerősített széles alapú egészségkultúra részeként, abba szervesen ágyazódva lehet az egyénre és a közösségre nézve is hatékony és egészség-centrikusan eligazítóan működőképes. Az egészségkultúra alapjainak lerakása a családban, az óvodában és az iskolai oktatásban, valamint a nevelés területén történik, így a kistérség településeinek nevelési és oktatási intézményeiben a közoktatás keretében, valamint a kisgyermek és az iskolások programozott egészségvédelme és rendszeres egészségügyi felvilágosítása körében fel kell gyorsítani és a környezeti mintákat is figyelembe véve életszerűvé, valamint gyakorlatiasan használhatóvá kell tenni az egyén önértékelésével, az egészségértékelésével összefüggő ismereteket és probléma megoldási technikákat. Látható, hogy a kistérség népességének egészségkultúráját (az egyén felől a közösség felé) alapjaiban már a születéstől, a családból kell, generációkon át türelmesen és kitartóan, értékalapúan és gyakorlatiasan (az életben valóban hasznosan és használhatóan) felépíteni. Ez egy tervszerű, szakszerű és távlatos ívű folyamat lesz a kistérségben, amely nélkülözi a „pillanat életű és sorsú” promóciókat és kampány ízű megoldásokat és arra koncentrál, hogy az egyéni és közösségi magatartások (és nem csak a közvetlen egészségmagatartások) legfontosabb gondolati és cselekedeti irányítója az egészséghez, mint a társadalom értékrendjében (etikai és jogi szabályaiban) is visszaigazolt alapértékhez való igazodás legyen. Az egészségkultúra nélkülözhetetlen tartóoszlopai: az egyéni egészségszükséglet felismerése és problémamegoldó kezelése, az egészség, mint egyéni és közösségi érdek felismerése, valamint a mások egészsége iránti személyes empátián túl a valódi kollektív szolidaritás felismerése és gyakorlati érvényesítése. Ezen meghatározott célok elérése érdekében a kistérségi települési önkormányzatoknak a tervszerű, tudatos és szakszerű tervezéssel és koordinálással, valamint gyakorlati végrehajtással kell biztosítani a kistérségen belüli esélyegyenlőtlenségek fokozatos csökkentését, a munkahelyteremtést és a foglalkoztatás bővítését, a leszakadó társadalmi csoportok, az etnikai közösségek rendszeres munkavégzésen alapuló felzárkóztató szocializálását, a gyermek és a családok fokozott védelmét, a kistérségi



népesség megélhetésének javítását. Ma már nem kétséges az anyagi-egzisztenciális viszonyok közvetlen hatása a születéskor várható élettartamra, az egészséges évek számára, a korosztályos halandóságra és megbetegedési viszonyokra, tudható, hogy a jó anyagi körülmények között élőknek több esélye van a jó minőségi életre, az egészségre. A látható társadalmi különbségek tehát világos és jól látható esélykülönbségeket teremtenek a jó minőségű élethez, az egészségben megélt élethez való viszonyokban is. A Csurgói kistérség népességét érintő igen jelentős méretű és kiterjedésű egészségkockázatok (mint pl.: a dohányzás, az alkoholfogyasztás, az egészségtelen életmód és táplálkozási szokások, a mozgásszegény életmód stb.) igen jelentős mértékben járulnak hozzá a születéskor várható életkort a kistérségben számottevően csökkentő és megbetegedésekhez, majd korai, illetve úgynevezett idő előtti magas halálozáshoz vezető, népbetegségi szempontból meghatározó jelentőségű betegségek létrejöttéhez. A kistérség népességének születéskor várható életkora, mind az egyes népességi nemek, mind az egyes nemek korosztályai szerint (a korábbiakban már részletesen bemutatottak szerint) folyamatosan és jelentősen elmarad az országos, a régiós és a megyei, illetve a megyei kistérségi átlagoktól is. A Csurgói kistérség népességén belül elsősorban az alacsony iskolázottságú, főleg fizikai munkavégzésű, mérsékelt egzisztenciájú és kistelepüléseken élő gazdaságilag aktív középkorú férfinépesség kiemelkedően rossz mutatókkal jellemezhető korai, idő előtti halálozása tehető felelőssé a kistérségi életveszteségekké, a jelentős fokú természetes népességfogyásé. A kistérség káros egészségmagatartásai közül kiemelkednek a dohányzási és a káros alkoholfogyasztási szokások, amelyek jelentősen és gyakran kapcsolódnak a mértéktelen és káros kávéfogyasztási szokásokhoz is. A kistérségben a népesség körében mind a férfiak, mind a nők körében (az utóbbi években egyre terjedően) egyre növekvő és terjedő a jelentős mértékű és rendszeres jellegű dohányzás (magas arányú és folyamatosan növekvő az úgynevezett „láncdohányosak” előfordulása), amely meghatározó okaként szerepel a kistérségben kiemelkedően kedvezőtlen mutatókkal jellemzett szív-és keringési rendszeri betegségek, a daganatbetegségek (főleg az elsődleges hörgőrákok), valamint a légzőszervi és emésztőszervi halálozásokban. Gyakori a kistérség népessége körében a többszörös egészségkockázatok együttes jelenléte (mint pl.: a dohányzás, az alkoholizmus, a kövérség, az elégtelen táplálkozás stb.) és az is elmondható, hogy kistérségi - magas halálozási kimenetelű - igen kiterjedt egészségkockázatok egyik legfontosabb integrálója a kistérségi szegénység jelenléte, amely a legnagyobb többszörös egészségkockázatot jelenti a Csurgói kistérség népessége körében. A szegénység mérséklése önmagában véve is javítani fogja e kör egészségét. Többek között a többszörös egészségkockázatok együttes előfordulására is visszavezethető, hogy a kistérségben főleg a



háziorvosi alapellátásban nyilvántartott betegek körében igen magas az úgynevezett többszörös betegségekkel együttesen kezelt betegek aránya (a kistérségben a polimopbid jelenlét, főleg az idősebb korú népesség körében jelentős.). A kistérségi népesség körében a dohányzás és a mértéktelen alkoholfogyasztás nemcsak külön-külön és nagyon gyakran együttesen is okoz - az igen sürgető és jelentős méretű, feltétlenül tervszerű egészségfejlesztési kockázatkezelést igénylő. - széleskörű egészségügyi ártalmakat, hanem további probléma e káros egészségmagatartások gyors, dinamikus terjedése és az egyre fiatalabb életkorokat is érintő megjelenése, illetve a komoly figyelmet érintő beágyazódására a fiatalabb férfi és női (.) korosztályok magatartási szokásaiba. A dohányzás és a mértéktelen alkoholfogyasztás után a legfontosabb kistérségi egészségkockázatot jelentik az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a folyamatos és jelentős kalóriatöbblet bevitelére irányuló táplálkozási szokások elterjedtsége. A túlsúlyosság és a kövérség (magas és kóros testtömeg index és jelentős mértékű has-körfogat növekedés) igen komoly egészségkockázatok, mind a korosztályos férfi, mind a korosztályos nőnépesség körében, amelyre is visszavezethetően igen jelentős és növekvő a kistérségben (a legtöbb orvos-beteg találkozást kiváltó) a magasvérnyomás betegség, az ischemiás szívbetegségek, a II. típusú cukorbetegségek, a daganatbetegségek, a mozgásszervi (ízületi és gerinc krónikus degeneratív betegségek) betegségek és a krónikus emésztőszervi betegségek. A mozgásszegény életmód valamennyi kistérségi korosztályt (beleértve a fiatalabb korosztályokat is) érintő probléma, amely igen gyakran és főleg a középkorú és az idősebb korosztályokban szorosan kapcsolódik a túlsúlyossághoz, az elhízáshoz, a magasvérnyomás betegséghez, a cukorbetegséghez és az úgynevezett mozgásszervi betegségekhez, holott ez lenne az, amely fontos szerepet játszhatna a fenti megbetegedések megelőzésében, a már kialakult betegségek szövődményeinek megelőzésében, illetve lassításában, a betegségtársulások létrejöttének megakadályozásában, a orvosi kezelési tervek hatékonyságának javításában. A Csurgó Kistérség Többcélú Társulásának konkrét kistérségi egészségfejlesztési programjának céljait a fenti tényekre és ezek összefüggéseire kell felépíteni, biztosítva a kistérségi egészségfejlesztést (egészségvédelem, egészségügyi felvilágosítás, egészségnevelés, az egyéni és közösségi egészségkultúra kialakítása), a kistérség népességének kedvezőtlen alakuló morbiditási és mortalitási mutatóit meghatározó egészségkockázatok tudatos és tervszerű kockázatkezelését, a betegségek korai stádiumban történő felismerését szolgáló és a népegészségügyi szempontból meghatározó betegségekre koncentráló lakossági szűréseket, a települési egészségtervek elkészítését, működtetését. Ebben az összefüggésben különösen fontosnak tartható a települési önkormányzatok kezdeményező, szervező és koordináló tevékenysége, amelynek



egyik legfontosabb pontja a települési önkormányzat képviselőtestülete által kezdeményezett települési egészségtervek elkészítése és képviselőtestületi határozattal való elfogadása. Nagyon fontosnak tartható az, hogy a települési önkormányzatok karolják fel a helyi civil kezdeményezéseket és a háziorvos kollegák szakmai tapasztalatára, és szaktanácsai építve készítsék elő, és sikeres hajtsák végre a települési egészségterveiket.

6. 2. A Csurgói kistérség egészségfejlesztési programjának sarokpontjai...

A Csurgói kistérség egészségfejlesztési programjának közvetlen stratégiai célja a kistérség népességfogyásának - a kedvezően alakuló népmozgalmi és epidemiológiai trendekkel is követhető - tervszerű, fokozatos és tudatosan irányított lassítása, majd megállítása, a népesség egészségének és életminőségének konszolidálása és stabilizálása, végül az uralkodó demográfiai és epidemiológiai folyamatok tartósan kedvezővé és perspektivikussá tétele a kistérségben. Az egészségfejlesztési program közvetett célja a kistérségi társalmi-gazdasági megújulás fejlesztési programjának végrehajtása, az „élhetőbb” kistérségi élet gazdasági, közösségi, infrastrukturális, oktatási és kulturális feltételrendszerének megteremtése, a II. Nemzeti Fejlesztési Terv pályázati rendszerébe harmonikusan beágyazódó és a kistérségi humán erőforrás megújítására szolgáló változások ütemezett, hatékony és hatásos elérése - a jó egészségben és életminőségben élő, esélyeiben fejlődő és felzárkózó, megújuló kistérségi társadalom megteremtése. Az egészségfejlesztési programban meghatározott stratégiai célok megvalósításához szükséges és nélkülözhetetlen feltételrendszernek egyik döntő eleme a jelenlegi leghátrányosabb helyzetű kistérség komplex társadalmi-gazdasági felzárkóztatási és kohéziós programjának következetes és sikeres végrehajtása, a II. Nemzeti Fejlesztési Terv keretében megvalósuló EU-s közösségi támogatások szakmailag és pénzügyileg hatékony felhasználása. A másik döntő eleme kistérségi népesség közvetlen egészségvédelmét, egészségének megőrzését és életminőségének javítását célzó kistérségi prevenciós program (primer és szekunder alapú prevenció) professzionálisan folyamatrendszerű, működési garanciáiban minőségbiztosított, a térségi népesség mindennapi életébe és korszerű egészségmagatartásaiba, valamint egészségügyi értékválasztásaiba tudatosan beépülő, de a távlatos sikereiben is mérhető, az eredményeiben is szakszerűen összehasonlítható végrehajtása. A harmadik döntő eleme a kistérségi halandóságot közvetlenül jelentősen és eredményesen csökkentő, szolgáltatásvüen és minőségbiztosítottan korszerű, folyamatos elérhetőségű és hozzáférhetőségű kistérségi egészségügyi ellátórendszer mára már elhalaszthatatlan infrastrukturális fejlesztéseinek megvalósítása, a lakossághoz közeli gyógyító-megelőző betegellátások (kistérségi alapellátások és szakellátások, különös tekintettel a



kistérségi sürgősségi ellátásokra) szakmailag-szervezetileg integratív jellegű, a szociális ágazati ellátásokat is magához vonzó, szakmai és szervezeti megújítása. A Csurgói kistérség egészségfejlesztési programjának e három egymástól nem elválasztható és döntőnek tekinthető eleme térben és időben együttesen, illetve bizonyos fáziseltolódásokkal, de mindig egymás hatásait megerősítve és felerősítve, valamint egymást kölcsönösen feltételezve jelentkezik, s csak ezen elemek eredőjében valósulhat meg a kistérség népességmegtartó erejének fenntartható és fejleszthető perspektívája. A kistérségi társadalmi-gazdasági megújulási program sikeres végrehajtásának közvetlen hatása várhatóan a népesség anyagi-egzisztenciális helyzetének átfogó javulását is eredményező széleskörű foglalkoztatás-bővülésen (a népesség gazdasági aktivitásának fokozódásában, a kistérségi lakossági-családi felhalmozások bővülésében) és közellátási szolgáltatások infrastruktúrafejlesztésein keresztül fog érvényesülni elsősorban a kistérségi népesség életminőségére, életkörülményeire, az életmódját és életkörnyezetét meghatározó viszonyokra. Ebben az összefüggésben minden térségi befektetés egyben a kistérségi népesség jövőjébe történő befektetésnek is tekinthető. Ez a hatás várhatóan a kistérségben született és ott felnevelkedett fiatalság későbbi élethely és lakóhely választásának döntéseiben lesz majd meghatározó, hiszen a munkahelyi elhelyezkedés, a megélhetés biztonsága, a megfelelő egzisztenciális körülményeket biztosító foglalkoztatásban való részvétel lehetősége a kistérségben, (főleg a városban, de a kistérségi községekben is) adhat csak megfelelő alapot a fiatalok kistérségi családalapításához, a ma még csak gyermekek gyermekeinek a kistérségben való felneveléséhez. A társadalmi gazdasági fejlődés elérése ugyanakkor közvetlen hatást fog gyakorolni a kistérségi közgondolkodásra, az átalakuló életviszonyokra, az egyéni és a közösségi magatartásokra, közöttük a jelenlegi károsnak minősített egészség (vagy inkább jellegükben betegség) magatartásokra is. Ha van munkahely, ha van tisztességes és egészséges megélhetés a kistérségben, ha van jövője a családalapításnak és a gyermekek élhetőbb kistérségi életben történő felnevelésére, akkor majd először meglassul, majd megáll a kistérség népességének fogyását ma jelentősen növelő belső elvándorlás és megkezdődik a térség népességének kívánatos és elvárt stabilizációja. A társadalmi-gazdasági fejlődés közvetlen és kedvező hatása a népesség egészségi állapotára közismert. (magasabb a születéskor várható életkor, magas az egészségesen töltött évek száma, alacsony a halandóság, hosszantartó a népesség fizikai és szellemi aktivitása stb.). Ez a kedvező hatás nemcsak a korszerűbb, közvetlen életkörülményi hatásaiban gyakran egészségesebb, a népesség folyamatos fizikai és mentális rekreációs feltételeit is kellően biztosító környezeti változások következménye, hanem annak is, hogy az egészség, mint emberi alapérték (a WHO szerint alapvető jog.) nemcsak tudatosan az egyéni és közösségi



gondolkodásban és magatartásaiban, hanem valódi termelőerővé válik a mindennapi gyakorlatban. A Csurgói kistérség jelenlegi társadalma közismerten fogyó, fokozottan elöregedő, elmagányosodó, amelynek jövőképe a jelenlegi helyzet fennmaradása esetén csak a kistérség népességének fokozatos kihalása, a települések fokozatos vegetálása, elhalása és kiüresedése lehet. A kistérség elhalasztott - és komoly hátrányokat és egyenlőtlenségeket okozó - társadalmi-gazdasági fogyasztásainak mihamarabbi fejlesztési pótlása feltétlenül szükséges lenne ahhoz, hogy a kistérség népességének életkörülményei, egészségi és egészségügyi viszonyai jelentősen, átfogóan, valamint tartósan javulni tudjanak, hogy lassítható, majd távlatosan megállíthatóak legyenek a természetes népességfogyásból (a születési számokat jelentősen és folyamatosan meghaladó halálozási számokból), valamint a kistérségi fiatal népesség belföldi elvándorlásából eredő népességfogyás. A kistérségi egészségfejlesztési program prevenciós rendszerének korai és késő hatásai a kistérségi egészségmegőrzésre, a térségben megélt egészség védelmére, a népegészségügyi szempontból meghatározó jelentőségű betegségek megelőzésére, illetve a kialakult betegségek minél korábbi stádiumban való felismerésére és a lehető legjobb korai kezelési feltételeinek megteremtésére irányulnak. A prevenciós program kistérségi végrehajtása, még a szakma szabályainak szigorú és következetes betartása mellett is csak egy meghatározott időtávban, általában csak távlatosan és az egészségkultúrába épülve tudja hatásait kifejteni a kistérségi morbiditási és mortalitási viszonyokra. Az itteni feladatok a kistérségben tehát ugyan nagyon is közeli, de a várható sikerek, pedig igen távoliak. Az egészségnevelést nem lehet elég korán kezdeni, és nem lehet elég későn abbahagyni, mert az egészségmagatartásokban való beágyazódás még nem jelenti a korábban kialakult betegségmagatartások automatikus megszűnését és „kihalását” a gyakorlatban. Csak a kisgyermekkorban elkezdett, a család és a közösség támogató légkörében, valamint pozitív mintája mentén megvalósuló, az egyén és a közösség valódi érdekeit is figyelembe vevő és ahhoz igazodó türelmes és kitartó, szakszerű és emberközpontú egészségnevelés lehet csak igazán generációkon is átívelő eredményességű. Az egészségnevelés legfontosabb célja az egyén és a közösség általános kultúrájának részét képező egészségkultúra kialakítása, az egészség valódi értéként való kezelési képességének megteremtése a kistérségi népesség magatartásaiban, szokásaiban, célorientált döntéseiben. Az egészségnevelés fő működési formája, a folyamatos és tevőleges jelenlétre törekvő, a kistérségi társadalmi csoportok elérhetőségére és megszólítására épülő többoldalú egészségkommunikáció. Az óvodai nevelés, az iskolai oktatás és nevelés rendszerébe épülő közfeladat a felnövekvő kistérségi ifjúság egészségének fejlesztése az egészségneveléssel, az egészségügyi problémákkal összefüggő felvilágosítással és a védőnői, a háziorvosi és az iskola-



egészségügyi ellátás kötelező feladatköreibe tartozó gyermek-ifjúsági egészségügyi szűrővizsgálatokkal. Az egészség, mint az egyén és meghatározott szinten már a közösség felelőssége, soha sem automatikusan és önmagában létező, az élet kezdetétől folyamatosan tenni kell azért, hogy az egészség minél hosszabb ideig megőrződjön és életminőségre válódva, valódi és fenntartható, használható termelőerővé válhasson. Az egészségnevelés közszolgálati feladatait hivatásszerűen és kötelességszerűen ellátókon (egészségügyi dolgozók, közoktatásban résztvevők, közellátásban szolgáltatók stb.) kívül igen jelentős szerepe és helye van ezekben a feladatokban az önkormányzati szervezeteknek, a kistérségi civil szerveződéseknek, az irányítottan (meghatározott célokkal és feladatokkal) létrehozott és a spontán megalakuló szervezeteknek és szerveződéseknek, valamint a kistérségi betegszervezeteknek. A többféle formátumú és többféle érdek, valamint érdeklődés mentén kialakult és kialakuló kistérségi szerveződések és szervezetek szerteágazódó és támogatandóan hasznos egészségfejlesztési tevékenységének ugyanakkor lényegi kérdése, hogy ezeknek a tevékenységeknek a programszerű összefogása, irányítása, illetve kistérségi koordinációja professzionális és szakszerű szinten, az egységes elvek, és egységes gyakorlat mentén legyen biztosítható. Ezért nagyon lényeges kérdés, hogy a Társulás Tanácsa által elfogadott kistérségi egészségfejlesztési program végrehajtását a kistérségben a Kistérségi Egészségügyi Centrum szakmai szervezetén belül megalakítandó és működő Kistérségi Prevenciók Iroda irányítsa. A kistérségi egészségfejlesztési program keretében megvalósuló projektek legfontosabb ismérve, hogy jól megfogalmazott, a Nemzeti Népegészségügyi Programban is világosan megjelölt nemzeti célokhoz igazodó, folyamatosságra és szakszerűsége törekvő, egymásra épülő és egymásból építkező korszerű prevenciók akcióelemeket tartalmazzon, a lakosság számára közérthetően megfogalmazva, az önkormányzati döntéshozók által folyamatosan támogatva. A Csurgoi kistérség népességét igen széles körben érintő, igen kiterjedt és növekvő számú megbetegedést és korai, idő előtti halálozást eredményező lakossági egészségkockázatok szinte teljes köre már ismeretesnek tekinthető. A dohányzási és a káros alkoholfogyasztási szokások, az egészségtelen életmód és táplálkozási szokások, a mozgásszegénység, a túlsúlyosság és az elhízás egészségkockázatai a kistérségi népesség körében jelentősek, folyamatos jelenlétű és jelentőségében is növekvő a többszörös kockázatok együttes megléte a kistérségi népesség körében. Az egészségnevelés, az egészségügyi felvilágosítás hagyományosnak is tekinthető kockázatkezelési „frontvonalai” számos gyakorlati problémát hordoznak magukban, e feladatok végzése általában nagy szakmai gyakorlatot, jó szervezettséget, sok türelmet és folyamatosságot követelnek meg, miközben a közvetlen és tényleges hatásaik a hazai tapasztalatok szerint önmagukban csak korlátozott jelentőségűek és hatókörűek. A kistérségi



egészségfejlesztési program prevenciós rendszerének a primer prevenciós és a szekunder prevenciós része szakmailag nem válhat el egymástól, ami azt is jelenti, hogy a Kistérségi Prevenciós Iroda feladatkörében kerül megjelenítésre a szekunder prevenciót jelentő kistérségi szervezett lakossági szűrési program is, annak valamennyi szakmai, szervezeti és irányítási, valamint koordinálási feladatával. A Csurgó kistérségi lakossági szűrési program szakmai szervezését és irányítását, valamint a koordinálását a Kistérségi Prevenciós Iroda feladatkörében, a gyakorlati megvalósítását főleg a háziiorvosi alapellátás feladati körében, a kiszűrt betegeseteknek a szakmai szabályok szerinti kompetens szakellátását, illetve a további szakirányú diagnosztikai vizsgálatait a Kistérségi Egészségügyi Centrum szakorvosi rendeléseinek feladatkörében ajánlatos megjelentetni. A sikeres kistérségi lakossági szűrővizsgálati rendszer működésének alapja lehet a kistérségi lakosság minél szélesebb körének mozgósítása, a települési önkormányzatok támogató jellegű kreatív együttműködése, a lakossági szűrővizsgálatok protokolláris szakszerűségének és időbeli folyamatosságának biztosítása, a szűrővizsgálati „lakosság-közeliség” minél eredményesebb elérése, a munkaköri kötelességként ellátandó lakosságszűrés világos leválasztása a Nemzeti Népegészségügyi Programban meghatározott és népegészségügyi szempontból meghatározó betegcsoportokra koncentráló lakossági szűrésekről, a kiszűrt betegek további gyógykezelésének biztosítása, a szűréssel „kiemelt” betegek szakszerű és együttműködésekben alapuló betegút tervezése és menedzselése. Ma már az egészségügyi prevenció önálló szakmának számít, s a mindennapi gyakorlati hasznosítását is ebben a felfogásban célszerű és helyes kialakítani. A kistérségi lakossági szűrővizsgálati rendszer szakmai-szervezési és finanszírozási kereteit, működésének karaktereit, a kistérségi sajátosságokat maximálisan figyelembe vevő, gondos és szakszerű tervezéssel kell és szükséges kialakítani. Nagyon lényeges gyakorlati kérdésnek látszik, hogy a kialakítandó kistérségi szűrővizsgálati rendszer ne csak egyedül és kizárólagosan önálló és önellátó jellegű szakmai - szervezeti és kapacitási berendezkedésű legyen, hanem világos és rendszeres szakmai - szervezési és a működési forrásokat megteremtő közös pályázati kapcsolódási pontjai legyenek a Dél-Dunántúli régió, a megye, illetve az országos hatáskörben és illetékességgel működő professzionális prevenciós rendszerekkel. Azaz a Csurgó kistérségre jellemző és sajátos, valamint az általános (országos) jellegű és hatású népegészségügyi problémakezelést, a ténylegesen eredményes prevenciós karakterű kockázatkezelést szolgáló szűrővizsgálati feladatok a helyi és a regionális (megyei) és az országos együttműködésekben teljessédjenek ki és váljanak sikeressé. A Nemzeti Népegészségügyi Programban, valamint az Európai Unió Népegészségügyi Ajánlásaiban (2007-2013) megfogalmazott prevenciós szakmai programok, a lakossági célcsoportos (rizikócsoportos) és a népesség egészét érintő lakossági



szűrővizsgálatok legfontosabb rövid és hosszú távú céljai, ütemezett feladatai, szakmai végkifejleteik lehetőségei világosan meghatározottak, a kistérség sajátosságait is figyelembe véve, jól követhetők. E programoknak a sikeréhez - az emberek számára hiteles és közérthető - „megszólító és meggyőző” egészségügyi kommunikációra van szükség. Ez rendkívül lényeges, mert a közérthetőség ez esetben is a siker egyik legfontosabb előfeltétele.

6. 3. A kistérségi egészségfejlesztési program konkrét programelemei...

A Csurgói kistérség egészségfejlesztési programjában a kistérségi egészségügyi infrastruktúrális fejlesztések (a „TIOP” közösségi támogatásainak felhasználásával létesítendő Kistérségi Egészségügyi Centrum tevékenységében tervezetten integrálódó kistérségi egészségügyi alap és szakellátásainak) tényleges és valóban megalapozott szükségleteivel egyenrangúan és azokkal azonos szakmai-szervezési és prioritási hangsúlyokkal kell megterveznünk a Csurgó kistérségi prevenció program („TÁMOP” közösségi támogatású) konkrét projektjeit, akcióit. A kistérségi prevenció program tervezett és szervezett, tudatos kialakítása, a komplex kistérségi gyógyító-megelőző ellátásokba való szakmai-szervezeti beágyazódásain túl, a Kistérségi Egészségügyi Centrum jövőbeli szakmai-pénzügyi működőképességének és fenntarthatóságának a kérdése is. Az egészségmegőrzés - és a betegségmegelőzés, a betegségek korai felismerése - és a betegségek korai eredményes gyógykezelése nemcsak szakmai-szervezeti „átjárhatóságokat” jelentenek, hanem működési, fenntarthatósági kérdéseket is felvetnek. A gyógyító-megelőző ellátásoknak a gyakorlatban érvényesülő szakmai-szervezeti és működési komplexitása, e szakmai-szervezeti tevékenységek „fenntartható hozzáférhetőségének és elérhetőségének” kérdéseit is fel kell, hogy vesse, már a kistérségi prevenció rendszer konkrét elemeinek kezdeti „elinduló tervezésénél” is. Meghatározó szakértői álláspontunknak tekinthető az, hogy a kistérségi prevenció rendszer tervezésénél (mint az egészségügyi infrastruktúrális fejlesztéseket megjelenítő Kistérségi Egészségügyi Centrum esetében is.) a rendszer orvosszakmai tervezését a fenntarthatóság pénzügyi tervezésével kötelezően össze kell kapcsolni. Így a rendszer várható működését, a folyamatos likviditást és szolvenciát biztosító fenntartható finanszírozhatóság oldaláról is meg kell vizsgálnunk, az előre várható kiadásokat meg kell terveznünk, a rendszer kiadásainak várható és fellelhető forrásfedezeteit - jelen tudásunk és ismereteink, valamint ajánlásaik szerint - előre meg kell határoznunk. A fenntarthatóság előzetes pénzügyi vizsgálata és tervezése ugyanakkor, nem a rendszerprojektek öncélú aprólékos részletezése, hanem a komplex programtervezésnek mindig is kötelező része és fejezete a pénzügyi tervezés elvégzése, a fenntarthatóság pontos és szakszerű megítélése, a komplex kockázatelemzések



eredményeképpen megszülető „működési kockázati térképének” szakszerű bemutatása. A TIOP, a TÁMOP és a DDROP akcióterveinek bemutatása során, a tanulmánynak már korábbi fejezetiben leírtuk és bemutattuk, hogy a fenti operatív programokhoz kapcsolódó EU-s közösségi források pályázati elérhetőségének feltétele a pályázati célokba pontosan illeszkedő és megvalósítandó szakmai projektek pénzügyi működőképességének, a kívánatos jelen és jövőbeli fenntarthatóságának bemutatása és biztosítása. Világosan kell tehát látni, hogy az EU közösségi forrásai a TÁMOP, a TIOP, valamint a DDROP pályázati keretében megjelenő felhalmozási típusú, fejlesztési, illetve beruházási típusú és kohéziós céljellegű közösségi forrástámogatások, a működés folyó finanszírozhatósága, a projektek szakmai és pénzügyi fenntarthatósága a pályázati támogatással kedvezményezettek feladata, hatásköre és egyben felelőssége is. Az alábbiakban mutatjuk be a Csurgó kistérségi egészségfejlesztési program kistérségi prevenciós rendszerének szakmai és pénzügyi tervezését, az elérendő célok, valamint az akciók (beavatkozások) projekttábla szerinti időbeli ütemezését.



Csurgó kistérségi egészségfejlesztési program kistérségi prevenciós rendszerének szakmai és pénzügyi tervezései, a TÁMOP, a TIOP és a DDROP 2007-2008 akcióterveihez

2007 – 2008

58. sz. táblázat

Sorszám	A „Prevenciós program” szakmai-szervezési projektjei	Tervezett projekt időpont ill. időtáv	Tervezett kiadása (e Ft-ban)	Tervezett bevétel Forráshelyei II. NFT Operatív programok
1.	A Csurgói Kistérség Települési Egészségfejlesztési Akciótervének kidolgozása.	2007. 12. 31.	5. 000	TÁMOP 5. 3.
2.	A Csurgó Kistérségi Egészségügyi Központ Prevenciós Irodájának kialakítása.	2008. 12. 31.	10. 000	TIOP 2. 1. 1.
3.	„A szívről szívesen”... települési életmódprogram a Csurgói kistérség településein.	2007- 2008	10 000	TÁMOP 5. 1. 2.
4.	„Őszintén a rákbetegségről mindenkinek”... Csurgó városba telepített életmódprogram.	2007- 2008	15 000	TÁMOP 5. 1. 2.
5.	„A Kistérségi egészségfejlesztési programok helye és szerepe a hazai egészségpolitikában”... 1 napos tudományos konferencia Csurgó városában.	2008. 03	5 000	TÁMOP 5. 3.
6.	„A Kistérségi prevenció helye és szerepe a halálozások és a betegségek csökkentésében”... Prevenciós tanfolyamos képzés területi védőnők részére.	2008. 01 - 06.	10 000	TÁMOP 5. 3.
7.	„Egészségem a jövőm”... Kistérségi roma fiatalok települési életmódprogramja.	2007 - 2008	20 000	TÁMOP 5 1. 4.
8.	„Miért fontos a szűrővizsgálat”... Egészségügyi felvilágosító kommunikációs program.	2007-2008	20 000	TÁMOP 5. 1. 3.
9.	„Egészségkincstár”... Kistérségi Egészségügyi Adatbázis létrehozása.	2007-2008	10 000	TIOP 2. 1. 1.
10.	„Minőségbiztosított kistérségi prevenció”... A Kistérségi Prevenciós rendszer ISO minőségbiztosítása.	2007-2008	6 000	TÁMOP 5. 2. 5.

Megjegyzés: a fejlesztési programok önfenntartóak, pályázati támogatásúak, a folyamatosan működő intézmények fenntarthatósági tervezése a Kistérségi Egészségügyi Centrum szakmai és pénzügyi tervezésénél kerül majd bemutatásra. A fejlesztési programok folyamatosan összekapcsolódnak a betegellátás tervezésével és szervezésével, koordinációjával.



7. A Csurgói Kistérségi Egészségügyi Centrum tervezése...

7. 1. A kistérségi járóbeteg szakellátás jelenlegi infrastruktúrája...

Épített infrastruktúra

A Csurgó Város Önkormányzata által alapított és fenntartott Városi Egészségügyi és Szociális Gondozási Intézmények - az intézmény Szervezeti és Működési Szabályzata szerint azonosított - tagintézménye a Városi Egészségügyi Szolgálat. (telephelye: 8840 Csurgó Baksay u 9 sz.) A Csurgó Városi Egészségügyi Szolgálat látja el a Csurgó városi I.-II gyermek-háziiorvosi és a I.-II.-III. felnőtt-háziiorvosi, a fogorvos, valamint a I.-IV. védőnői szolgálatot. (a háziiorvosi alapellátási körzetek területi ellátási kötelezettsége a város közvetlen vonzáskörzetében lévő Szentá, Csurgónagymarton és Somogyicsicsó községekre is kiterjednek.) Ezen a telephelyen működik 2006. január 1. óta az Emergency Service Kft. által közreműködőként ellátott Kistérségi Központi Háziiorvosi Ügyelet, itt működnek a Csurgó Városi Önkormányzat fenntartásában lévő és - a saját csurgói kapacitásokkal - a Városi Egészségügyi Szolgálat által működtetett járóbeteg szakrendelések, valamint a Nagyatádi Városi Kórház-Rendelőintézet Csurgóra kihelyezett járóbeteg szakrendelése. A fenti szakmai-szervezeti betegellátó egységek közül - a megbízásban foglaltak szerint - csak a járóbeteg szakellátás infrastrukturális és működési feltételeit vizsgáltuk meg, amelyet a következőkben ismertetünk. Az intézmény szakrendelő helyiségei a 8840 Csurgó Baksay út 9 sz. alatti épületében találhatók. Az épületet hasznos alapterülete - a kapott alaprajz alapján - 886 m². A szakrendelő és a laboratórium ebből a teljes alapterületből 159 m², a védőnői szolgálat helyiségeinek alapterülete 61 m², a fennmaradó területet, - amely 666 m² - a háziiorvosi, a fogorvosi szolgálat és a kistérség központi háziiorvosi ügyelete használja. Az épület kivitelezésének időszaka az 1950-es évek végére, illetve a 1960-as évek elejére becsülhető. Az épületen, 2005 augusztusában. részleges felújítást végeztek. Ekkor alakították ki célpályázati jellegű állami támogatásból a főbejárattól jobbra eső területen a kistérségi központi háziiorvosi ügyelet ellátó helyiségeit. A helyiségeket új burkolatokkal és berendezési tárgyakkal látták el és elvégezték a festési és mázolás munkákat is, az ügyeleti helyiségeket ajtómagasságig csempeburkolattal látták el. A lámpatesteket ezen a területen cserélték és korszerű energiatakarékos fénycsőes armatúrákat építettek be. Az épületgépészeti elemeket ugyanakkor nem cserélték, tehát mind a villamos teherelosztó hálózat, mind a fűtési valamint a vízhálózat elemei az egész épületben változatlanul - a régi, már elhasználódott szinten megmaradtak. Ezen felújítás során cserélték a főbejárat ajtaját, elvégezték a homlokzat festését, valamint Lindab-lemezzel borították az épület első északi traktusán található síkpala fedést, úgy, hogy mind a fedélszéket, mind a



héjazatot megtartották az eredeti állapotában. Az épület többi részén is szükséges lett volna, a héjazat cseréjére, azonban pénzügyi fedezetet csak erre tudtak biztosítani. Probléma az épület alatti pincehelyiség leromlottsága, az elégtelen szigeteltsége, a pincefalak salétromossága. Az épület állapota összességében megfelelő és középtávon - bizonyos javítások, korszerűsítések mellett - biztonságosan üzemeltethető. Az interjúk és bejárások során megállapítottuk, hogy szükség lesz az épület fűtés és vízhálózati rendszerének, valamint teljes épületgépészetének a felújítására, azonban ezek a munkák a jelenlegi állapotot látva jól ütemezhetők, azonnali lényegi természetű beavatkozásra jelenleg nincs szükség. Az épület a szakfeladatok bővülése esetén várhatóan elbírna még egy emeletet, tehát amennyiben a fejlesztéssel új területi igény merülne fel úgy maximum 886 m²-rel bővíthető ez a terület. Az emeletráépítés költségei nettó 322 e Ft, a fajlagos építési költségének 2/3-ával becsülve, bruttó 228 millió forintra becsülhető. A szakrendelések működtetése összesen 3 rendelő helyiségben történik. A szülészeti -nőgyógyászati rendelőben, amely 34 m² alapterületű. (a helyiséget a bejáráskor nem tudtuk megtekinteni, mert nem volt rendelés), valamint a 2 db. helyiségből álló reumatológiai és fizioterápiás rendelőben. Ebben a két helyiségben történik az összes többi szakrendelés is. A betegváró és a rendelők padlóburkolata PVC burkolat, ugyancsak PVC burkolat borítja a váróhelyiség falát is közel 1,5 m magasságban. A burkolatok sok helyen kopottak, cseréjük feltétlenül indokolt lenne. A rendelők falburkolata 1,5 m magasán olaj-lábazat az e feletti területek festett felületek vannak. A laboratórium helyiségeinek padlóburkolata mettlachi, a falfelületek mindegyike 1,5 m magasságig csempe burkolat, az e feletti területek festett felületek. A bejárások és az interjúk során megállapítottuk, hogy a rendelői területek tisztasági festése szükséges.

Az energia ellátás ismertetése

Elektromos hálózat

Az épület elektromos energia ellátása kiefeszültségű 3 fázisú NFH hálózat a városi teherelosztó hálózatról van megáplálva. Az épületen belüli teher-elosztást egy kapcsolószekrényen keresztül biztosítják. A kapcsolószekrényben vannak elhelyezve a túl áram védelemre szolgáló biztosító táblák is, amelyek kimenő kapcsairól vannak megáplálva a helyiségek. A látottak alapján a szerelvények telepítési ideje a 1970-es évek közepére és a 1980-as évek elejére tehető. A bejárások alkalmával megállapítottuk, hogy a szerelvények meghibásodás esetén csak új eszközök beépítésével pótolhatók, amely azt eredményezheti, hogy az eltérő szabványok miatt egy alkatrész cseréje nem lehetséges, így ebben az esetben egyes részegységek komplett



cseréjére lesz szükség, amely növeli a karbantartás költségeit. Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy az elektromos hálózat jelen állapotában még középtávon biztonságosan üzemeltethető, azonban felújítása esetén komplett cseréje szükséges.

A hőellátó rendszer

Az épület fűtését 2 db. 110 KW teljesítményű gázüzemű orosházi kis kazán biztosítja. A kazánok a telepítési és gyártási ideje 1970-es évek végére és az 1980-as évek elejére becsülhető. A kazánok előremenő vízhőmérséklet szabályozással rendelkeznek, azonban nem alkalmasak az épületen belüli külső hőmérséklettől függő hőmérséklet szabályzásra. Nagy hátránya a rendszernek, hogy egy körös soros rendszerű és így ahol elindul abban a helyiségben nagyon meleg van, míg az utolsó helyiségekbe már nem marad leadható hőmennyiség. A bejárás alkalmával megállapítottuk, hogy a kazánok középtávon biztonságosan üzemeltethetők azonban az energia árak emelkedésével üzemeltetésük fajlagos költségei emelkednek, mert nem rendelkeznek szabályzással. Ennek megfelelően cseréjük a mai energia árak mellett indokolt lenne. Az új kazánok és a szekunder hálózat cseréjével az energia 20 – 30 %-a megtakarítható lenne amely nem elhanyagolható összegű megtakarítást eredményezhet. A HMV előállításáról egy 500 literes gáz üzemű bojler gondoskodik.

A víz és csatornahálózat

Az intézmény saját kúttal nem rendelkezik, a városi vízhálózatra csatlakozik, a vízszolgáltatás biztosítására. Ugyanez a helyzet a csatornahálózattal is. Az interjúk során megállapítottuk, hogy az épületen belüli víz és csatornahálózat az építés évéből való azon felújítási munkákat nem végeztek. Összességében megállapíthatjuk, hogy a víz és csatornahálózat középtávon biztonságosan üzemeltethető azonban felújítása indokolt lenne. A feladat jól tervezhető azonnali beavatkozás szükségességéről nem kaptunk jelzést.

A karbantartási feladatok ellátása

A karbantartási és a fűtési feladatokat az önkormányzattól biztosítják.

Az informatikai rendszer és infrastruktúra ismertetése

Az intézmény nem rendelkezik informatikai rendszerrel. Az épületben nincs kiépített hálózat. A háziorvosok mind saját betegnyilvántartó rendszert használnak. A csurgói szakrendeléseken az Infomix által telepített X-doki programot használják. A nagyatádi kórházból kijáró orvosok az ENCI programmal dolgoznak amit a kórházban is használnak.



Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a rendelő nem rendelkezik az önálló munkavégzéshez szükséges informatikai rendszerrel. Az informatikai eszközök karbantartását, és a alkalmazott programok üzemeltetését az önkormányzat szakembere biztosítja.

Az eszközpark ismertetése

Az interjúk és bejárások során megállapítottuk, hogy a szakrendelő csak korlátozott eszközparkkal rendelkezik, amely a következő:

2 db. számítógép

1 db. szünetmentes áramforrás

1 db. OKI 321 nyomtató

1 db. ER-31 típusú 3 csatornás EKG készülék

1 db. TENS készülék

2 db. UH terápiás készülék

A fenti eszközök a reumatológiai rendelőben és a fizioterápiás kezelőben találhatók. Az interjúk és bejárások során megállapítottuk, hogy a kialakult szokásrend szerint a szakrendelő orvos biztosítja a rendeléséhez a szükséges eszközöket. A nőgyógyászati rendelőben lévő eszközök is mind az orvos tulajdonát képezik. Összességében megállapítható, hogy az intézmény a szakfeladat ellátásához nem rendelkezik eszközökkel csak bizonyos körben és csak a reumatológia és a fizioterápiás ellátás területén.

Összefoglalás

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy az intézmény a szakfeladat ellátásához szükséges épület állománnyal rendelkezik, azonban annak minimum feltételi előírásait nem teljesíti, tekintettel arra hogy a két rendelőhelyiség multifunkcionális. Az épület középtávon (5 év) biztonságosan üzemeltethető, azonban felújítása már szükséges. A felújítási feladatok tervezhetők és részlegesen is végrehajthatók. Egy többszakmás szakmai minimumfeltételeknek megfelelő szabályos működésű szakrendelő kivitelezési feladata csak emeletráépítéssel oldható meg amelynek költsége bruttó 228 millió forintba becsülhető. Az épület teljes felújításának költsége a 2007. évi nettó építési költség felével számolva bruttó 171 millió forintban határozható meg. Összegezve: a jelenlegi helyen az esetlegesen „barnamezős beruházással” kialakítandó, a szakma szabályainak megfelelő kibővített rendelő kialakítása, a jelenlegi épület átépítésével – emeletráépítés 10 % tartalékkerettel és 5 % tervezési költséggel - bruttó 461millió Ft-ra becsülhető. Ez az összeg ugyanakkor nem tartalmazza a rendelői berendezés és felszerelés költségeit, ennek összegét a tervezett „zöldmezős beruházás” költségeinél jelenítettük meg.



7. 2. A Kistérségi Egészségügyi Centrum szakmai terve...

7. 2. 1. Ellátási egyenlőtlenség, mint figyelembe veendő tervezési tényező...

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi különbségeiről Magyarországon a következő főbb megállapítások tehetők, az elemzett adatok és empirikus vizsgálatok alapján:

1. Az egészségügyi ellátórendszer összesített kapacitásmutatóit megvizsgálva, markáns ellátottsági eltérések rajzolódnak ki a magyarországi statisztikai-tervezési régiók (régiók és régió belüli kistérségek) között. A létező legnagyobb ellátási különbségek a lakosságarányos járóbeteg szakorvosi órák (illetve a szakorvosi ellátási sűrűség) tekintetében azonosíthatók be, ahol a szélsőértékek közötti különbség mértéke közel 1,8-szeres (2,1-szeres). A háziorvosi ellátottság viszonylag kisebb egyenlőtlenségekkel jellemezhető (1,2-szeres eltérés), míg a fekvőbeteg ellátás az ágysűrűség vonatkozásában az alap és a járóbeteg ellátás között helyezkedik el (1,4 szeres eltérés). A 2007. április 1.-el hatályos ágynormatívák a fekvőbeteg ágy-ellátottsági (főleg az aktív ágyakra vonatkozó) egyenlőtlenségeket mérsékeltek, de a törvényi szabályozás hatálya a járóbeteg szakellátást és a háziorvosi alapellátást nem érintette - a RET-ek sem éltek a területi járóbeteg kapacitások bővítésére vonatkozó és a 2006. évi CXXXII. törvényben rögzített jogosítványaikkal - így a korábban már azonosított járóbeteg szakellátási és háziorvosi alapellátási kapacitási egyenlőtlenségek a törvény hatályba lépését és végrehajtását követően is lényegében változatlan formában fennmaradtak.
2. A szakellátásban egyértelműen megmutatkozik a Közép-Magyarországi Régió túlsúlya, illetve az ellátórendszer fővárosi koncentrációja tekintetében, de ez a korábbi megállapítás a fekvőbeteg szakellátási ágykapacitások vonatkozásában jelentősen módosult, mert a régióban mintegy 6 ezer aktív ágy megszüntetésére, illetve krónikus ágyakká történő konverziójára kerül sor (29 %-os mértékű aktív ágyszám leépítés történt) 2007. április 1.-el hatályosan. A járóbeteg szakellátásra vonatkozó ellátási sűrűség, ellátási túlsúly és kapacitás túlsúly azonban a törvény végrehajtását követően is fennmaradt.
3. A fekvőbeteg szakellátás, a járóbeteg szakellátás, valamint a háziorvosi alapellátás szintjén tipikusan a legalacsonyabb összesített kapacitássűrűséggel rendelkező régiók között találhatjuk a legrosszabb népegészségi és gazdasági indikátorokkal rendelkező



Észak-Magyarországi, Észak-Alföldi és a Dél-Dunántúli régiókat valamint a viszonylag kedvező kondíciókkal rendelkező Közép-Dunántúli régiót is.

4. A szolgáltató kapacitások területi megoszlása inkább fordítottan arányban áll a régiók lakosságának egészségi állapotával, míg pozitív kapcsolatot mutat a jövedelemtermelő képességgel. Ez a kapcsolat azonban nem jelent tökéletes illeszkedést.
5. A rendelkezésre álló és még pontosítást igénylő számítások szerint a három legrosszabb egészségi mutatójú régió (Észak-Magyarország és Észak-Alföld, valamint a Dél-Dunántúl) lakossága az országos átlagnál kisebb mértékben részesedik OEP által finanszírozott fekvőbeteg és járóbeteg kiadásokból az egy főre jutó közfinanszírozású ráfordítások szempontjából.
6. Az összesített egészségügyi kapacitások sűrűségének szóródása a fekvőbeteg és járóbeteg, valamint a háziorvosi alapellátási szint esetében csökkent 1994, illetve főleg 1997 és 2000 - óta. Az abszolút ellátási egyenlőtlenségek csökkenése azonban csak az ágyszám esetében kapcsolódott össze az egészségügyi szükségletekhez való jobb igazodással, míg a szakorvosi és a háziorvosi ellátottság terén ez a változás a viszonylag rosszabb helyzetű régiók pozícióromlásával párosult.
7. Az egészségügyi szolgáltatások szakmai részletezésű vizsgálata azt sugallja, hogy az átlagokból levezethető elvárható kapacitásellátottsághoz képest négy régióban találhatunk különösen sok ellátási területen szignifikáns hiányosságot: Észak-Magyarországon, Dél-Dunántúlon, az Észak - Alföldön, valamint a Dél - Alföldön.
8. A felmérések szerint a 2005-2006. évben Magyarország akkori népességének mintegy 20 %-a élt (és jelenleg is él.) olyan kistérségekben (főleg a külön jogszabály szerint is azonosítható társadalmi-gazdasági szempontból hátrányosnak és a leghátrányosabbnak minősített kistérségekben), amelyekre egyszerre jellemző az egészségügyi alapellátáshoz és járóbeteg ellátáshoz való rossz hozzáférhetőség, valamint az igen kedvezőtlen népegészségügyi és gazdasági, jövedelmezőségi helyzet. Nagyobb számban találunk ilyen jól azonosítható és nevesíthető kistérségeket az Észak-Magyarországi, az Észak-Alföldi, a Dél-Dunántúli és a Dél-Alföldi régiókban.

Azon epidemiológiai és egészséggazdasági elemzések tükrében, - amelyek kísérletet tettek az egyéni egészségügyi szükségletek hatásának a kiszűrésére - az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele és a magyar lakosság társadalmi-gazdasági jellemzőinek kapcsolatáról, az alábbi fő megfigyeléseket tehetjük:



1. Általában a nők egészség és betegségszenzibilitása erősebb, mint a férfiaké és az egészségi állapotukra vonatkozó kisebb panaszokkal is nagyobb valószínűséggel veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, mint a férfiak. A gyakorlatban látható és dokumentálható morbiditásuk és az orvoshoz fordulásuk gyakorisága lényegesen nagyobb, mint a férfiaké, de a halandóságuk ugyanakkor lényegesen jobb a férfiak halandóságához képest. A szakellátás (főleg a járóbeteg szakellátás) területén azonban ez az összefüggés csak inkább a fiatalabb és részben a középkorú korosztályokra igaz, miközben az orvos-betegtalálkozásokat generáló igénybevétel a férfiaknál a korral párhuzamosan növekszik.
2. A munkaerő piaci inaktivitás a nyugdíjasok esetében megmutatkozik a nagyobb szakellátási igénybevételi valószínűségben.
3. Az átlagosnál szignifikánsan nagyobb morbiditási és mortalitási kockázattal szembenező tartós munkanélküliek, a dolgozó egyénekneként általában 50 %-kal kisebb eséllyel vesznek igénybe egészségügyi ellátást. Körükben lényegesen alacsonyabb gyakoriságú a népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőséggel bíró megbetegedések (magasvérnyomás betegség, cukorbetegség, szív-és keringési rendszeri betegségek, rosszindulatú daganatos betegségek stb.) korai felismerhetősége és korai betegségstádiumban történő a költségráfordítások szempontjából olcsóbb és orvosszakmai értelemben is hatékonyabb, eredményesebb kezelhetősége.
4. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel, vagy az alacsonyabb képzettséget igénylő munkakör betöltésével láthatóan romlik a szolgáltatások igénybevételének esélye. A legmagasabb és a legalacsonyabb iskolai végzettségi népességi kategóriák között ez az esélykülönbség akár 80 %-ot is eléri.
5. A nem korrigált (nyers) népességi statisztikai adatok szerint egészségügyi szolgáltatások igénybevétele az alacsonyabb jövedelmi csoportoknál általában magasabb, ami a nagyobb egészségügyi szükségletekkel is magyarázható.
6. A szükségleti indikátorok figyelembe vétele után szignifikáns és egyértelműen a magasabb jövedelműek javára érvényesülő egyenlőtlenségek mutathatók ki a járóbeteg szakorvosi ellátás és a fogorvosi ellátás területein mind a szolgáltatások átlagos mennyisége, mind azok igénybevételi valószínűsége tekintetében. A felső kvintilisbe tartozók közel 30 %-kal több szakorvosi és mintegy 90 %-kal több fogorvosi kezelésben részesülnek átlagban, mint a legszegényebb 20 %-ba tartozók. A szakorvosi szolgáltatásokon belül különösen a szülészeti-nőgyógyászati járóbeteg ellátásban is szignifikáns módon jelentkezik a szegényebbek esélyhátránya.



7. Azokon a területeken (összes szakorvosi kontaktus, háziorvosi és fekvőbeteg ellátás), ahol nem érvényesül a jövedelem mentén egyértelmű és határozott irányú egyenlőtlenség az igénybevételben a szükségletbeli eltérések kiszűrése után, figyelmet érdemel a legalacsonyabb jövedelműek érzékelhetően kisebb igénybevételi volumene, vagy valószínűsége a közepes jövedelműekhez, illetve az országos átlaghoz képest.
8. Az igénybevétel jövedelmi egyenlőtlenségei terén Magyarország jelenleg az OECD fejlett országokhoz hasonló képet mutat, de különösen a fogorvosi ellátásban megmutatkozó egyenlőtlenségek ebből a szempontból kiugró mértékűnek tekinthetők.

A hozzáférési egyenlőtlenségeket befolyásoló mozgatórugók elemzéshez alkalmas keretet szolgáltathat az igénybevétel keresleti és kínálati tényezőket megkülönböztető modellje. Míg az igénybevételt az egyéni preferenciák is befolyásolják, addig a hozzáférést a keresleti oldalon jelentkező korlátok és a kínálati tényezők határozzák meg. E korlátok és kínálati változók egyenlőtlenségeket generáló kölcsönhatása a magyar egészségügyi rendszerben több vonatkozásban is jelentkezhet:

1. Részben az igénybevétel információs korlátaival, részben a társadalmi egyenlőtlenségek által is meghatározott egyéni preferenciákkal függ össze az, hogy a hátrányos helyzetű (leszakadó társadalmi rétegek) csoportok tagjai egyszerre rendelkezhetnek korlátozottabb ismeretekkel az egészségügyi szolgáltatások kínálatát illetően és egyben alacsonyabb igénybevételi hajlandósággal is.
2. A kulturális háttér és kiterjedt kapcsolatrendszer a magasabban képzett és magasabb státuszú egyének számára hozzáférési előnyöket biztosíthat az érdekérvényesítést és kommunikációs képességeket igénylő egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutásban még közvetlen díjszabás hiánya esetén is.
3. Bár a társadalombiztosításból finanszírozott szolgáltatások döntő hányada (hivatalosan) szűk térítésű, a hozzáférés jövedelmi korlátai szempontjából fontos körülmény, hogy az egészségügyi kiadások már több mint egyharmadát közvetlenül a lakosság fedezi. A szűkebben vett (orvosi, szakorvosi) szolgáltatások esetében jelenleg négy érdemi költségterhelés emelhető ki: 1. A szolgáltatásokkal kapcsolatos kiadások legnagyobb hányadát képviselő fogorvosi ellátás költségei, amelyek a társadalombiztosítás keretében is jelentkeznek a részleges térítési kötelezettség következtében. 2. A gyakorlatban nehezen elhatárolható magán-orvosi díjakkal együtt második legfontosabb lakossági költségterhelés a hálapénzfizetés, amelynek a szelekciós hatása alaposabb további tanulmányozást igényel. 3. Az egyre növekvő nagyságrendű



utazási költségek, amelyek összefüggnek az ellátások földrajzi hozzáférhetőségének egyenlőtlenségeivel is. (Ezek a földrajzi-távolsági ellátási egyenlőtlenségek a járóbeteg szakellátásban kétségtelenül a legfeszítőbbek és jelenleg még ezen a téren érdemi, lényegi változás még nem történt.) 4. A 2007. évi normatív szabályozásokkal összefüggően bevezetett vizitdíj és kórházi napidíj fizetésének kötelezettsége, amely várhatóan és vélhetően a hálapénzfizetés jelenlegi problémakörének rendezésére nem elégséges és visszaszorításában sem tűnik jelenleg még hatásosnak.

4. Az egészségügyi szolgáltatások területi egyenlőtlenségei részben tükrözik a térségi gazdasági egyenlőtlenségeket, amit még felerősíthet az intézmények többségének önkormányzati tulajdona is. A korábbról megörökölt (a szinte tradicionálissá vált) ellátási és hozzáférési egyenlőtlenségek is erős tehetetlenségi nyomatókat képviselnek, amit igazol az is, hogy az elmúlt másfél évtizedbeli egészségügyi beruházások megoszlása jól illeszkedik a már meglévő kapacitások eloszlásához. Mindebben megmutatkozik a nagyobb területi egységeket átfogó (regionális és kistérségi) egészségügyi ellátási és fejlesztési-tervezési rendszer elégtelensége, valamint a tudatos és hatékony kiegyenlítő politika még mindig jelentős hiánya is a közösségi források elosztásában.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jövedelmi, társadalmi egyenlőtlenségeinek várható trendjeit illetően az egyik legfontosabb kérdés, hogy hosszú távon a közfinanszírozású egészségügyi rendszer mennyiben képes megfelelni a középrétegek elvárásainak, miközben a társadalmi szolidaritás szempontjai is érvényesülnek. Ma reális kockázatainak vannak annak is, hogy a magyar egészségügyi rendszer szétszakad a szegényebbek és a gazdagabbak ellátására. Ebből a szempontból a biztosítási rendszer átalakítása, valamint a hálapénzrendszer jövője, illetve annak felszámolása és az átlátható, követhető, a rendezett viszonyok megteremtése az egészségügyi politika egyik nagy kihívása. A területi hozzáférési egyenlőtlenségek jövőbeli alakulásával kapcsolatban ugyanakkor elmondható, hogy a jelenlegi erőforrás allokáció továbbélése mellett a meglévő egyenlőtlen struktúra konzerválódása valószínűsíthető. A magyar egészségügyi rendszerben ugyanakkor ma már megjelent két olyan lényegi elem, amely várhatóan kedvező fordulatot is hozhat a jelenlegi helyzethez képest: az egyik a regionális egészségügyi tervezés és koordináció alapvetéseinek megjelenése a RET-ekben, a másik az II. Nemzeti Fejlesztési Terv keretében megvalósuló nemzeti fejlesztéspolitika kialakuló regionális és kistérségi tervezési-fejlesztési rendszere (főleg a ROP-okban). Az II. Nemzeti Fejlesztési Terv Operatív Programjainak 2007-2008 (a jelen egészségügyi fejlesztések számára releváns TÁMOP, TIOP és a DDROP) a véglegesített társadalmi és



szakértői változataihoz kapcsolódó Akciótervei (AT) jelenleg a kialakítás, a véglegesítés fázisában vannak. Várható, hogy a Kormány 2007. július 16.-ai ülését és jóváhagyó határozatát követően a fejlesztési támogatások pályázatai 2007. augusztusában és szeptemberében folyamatosan megjelennek, elbírálásuk még ebben az évben 2007. december 31.-ig lesz várható.

A fenti értékelő elemzés - a Csurgói Kistérségi Egészségügyi Centrum szakmai tervezésével is szigorúan összefüggően. - kíván rámutatni arra, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszerben jelenleg is jelentős mértékű spontán és önkényes egyenlőtlenségek (igazságtalanságok) jelentkeznek az ellátási hozzáférési esélyekben. E probléma szempontjából nem képvisel egyedülálló esetet a magyar egészségügyi rendszer. Normatív és fejlesztési szempontból ugyanakkor erős az indokoltsága annak, hogy a hozzáférési egyenlőtlenségek csökkentését és ez által az életesélyek kiegyenlítését az egészségügyi politika a jövőben - az II. Nemzeti Fejlesztési Terv egészségügyi infrastrukturális fejlesztéseinek gyakorlata szerint is - az egyik központi - a Kormányprogramban is markánsan megfogalmazott - célkitűzésének tekintse.

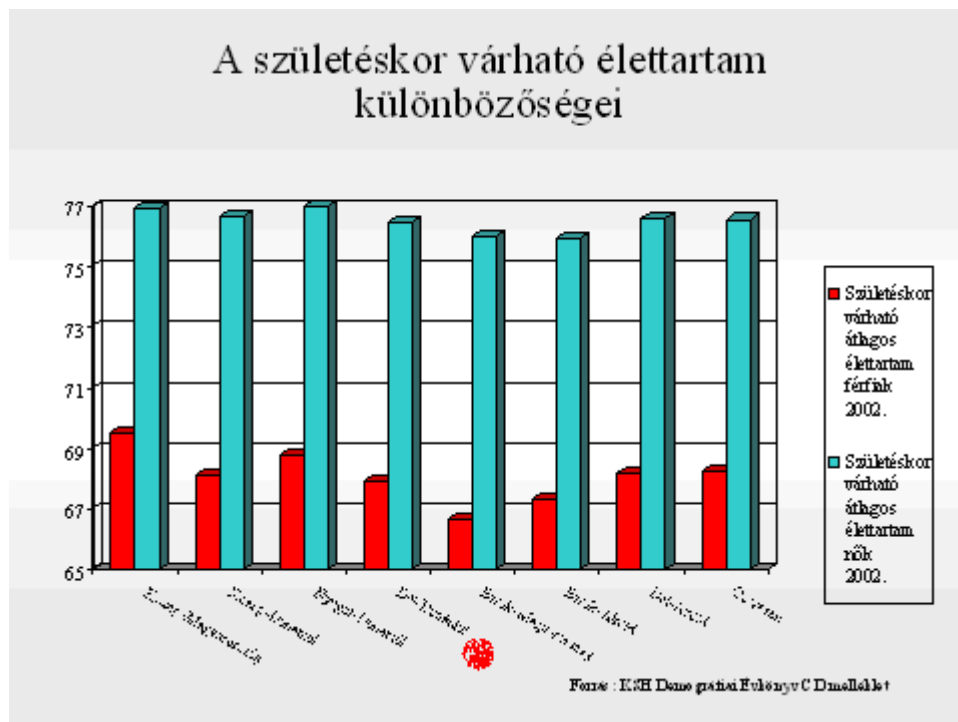
7. 2. 2. A járóbeteg szakellátás szükségletalapú tervezésének elemei...

A Csurgói Kistérségi Egészségügyi Centrum szakmai tervezésének központi eleme, hogy a kistérségi népesség számára a folyamatos elérhetőség és hozzáférhetőség mellett biztosítandó járóbeteg szakrendelések vonatkozásában az ellátandó járóbeteg szakfeladatok szakmai kiválasztását, valamint a szakmai feladatok ellátásához területi ellátási kötelezettséggel rendelt kapacitások nagyságát és azok szakmai elosztási struktúráját, a ténylegesen meglévő és felmért (később majd egy működő rendszerben mindig pontosítandó) betegigények és szükségletek alapján határozzuk meg. A járóbeteg szakellátások szükségletalapú szakmai és pénzügyi tervezésének valódi célja, hogy a Kistérségi Egészségügyi Centrum valódi és felmért, „kézben-fejben tartott” kistérségi egészségpiaccal rendelkezzen, pontosan ismerje az ellátás területét, szakmai tervében meghatározott feladatait a tényleges igények kiszolgálásán túl a kistérségi fejlesztési igényeket és lehetőségeket is befogadóan alakítsa ki. A kistérségi járóbeteg szakellátás infrastrukturális fejlesztési igényeinek kialakításánál mindig figyelembe veendő az a cél, hogy a térségi egészségügyi ellátás fejlesztésének a legfontosabb várható hozadéka kell, hogy legyen a kistérségi népesség születéskor várható életkorának belátható időtávon belüli érzékelhető mértékű javítása, a népegészségügyi szempontból meghatározó jelentőséggel bíró betegségcsoportok, okozta korai halálozással összefüggően „elvesztett életévek” számának



csökkentése, az ezen a téren jelenleg még fennálló egyenlőtlenségek fokozatos és távlatosan is eredményes felszámolása. A tervezett fejlesztési célokkal és feladatokkal összefüggően mutatjuk be a - a 2002 évi KSH adatbázisok adatai alapján a felzárkóztatást (kohéziót) indokoló, térségi népmozgalmi és epidemiológiai egyenlőtlenségeket:

41. ábra



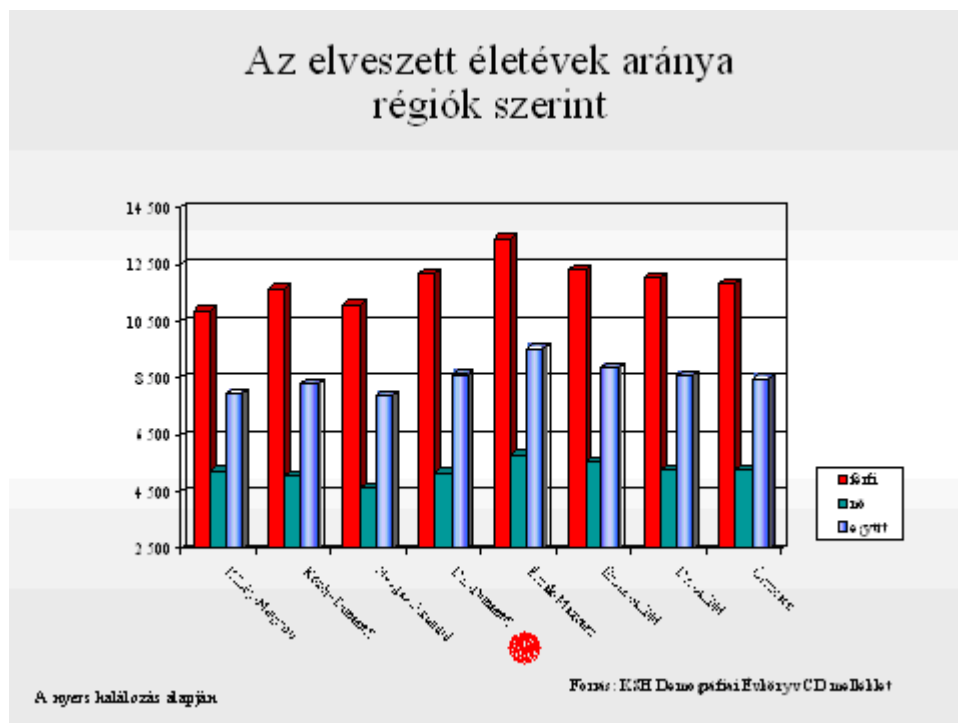
59. sz. táblázat

Régiók	Férfiak	Nők
Közép-Magyarország	69,6	76,9
Nyugat-Dunántúl	68,8	77,1
Közép-Dunántúl	68,1	76,7
Dél-Dunántúl	67,9	76,5
Dél-Alföld	68,2	76,6
Észak-Alföld	67,3	75,9
Észak-Magyarország	66,7	76,1
Országos átlag	68,3	76,6

2002-ben (2004-ben is.) a Dél-Dunántúli régió az összes népesség születéskor várható élettartama tekintetében a régiók között a 3. helyet foglalta el. A férfiak születéskor várható élettartama az országos átlagtól elmaradó, a nőké, pedig az országos átlagnak megfelelő volt.



42.ábra



43.ábra



60. sz. táblázat

Régió	Elveszett életévek/ezer fő (sorrend)
Közép-Magyarországi	76,8 (7)
Nyugat-Dunántúli	78,2 (6)
Közép-Dunántúli	82,2 (5)
Dél-Dunántúli	83,8 (4)
Dél-Alföldi	84,4 (3)
Észak-Alföldi	90,6 (2)
Észak-Magyarországi	95,8 (1)

Régió	Elveszett életévek/ezer fő (sorrend)	Várható élettartam férfi (sorrend)	Várható élettartam nő (sorrend)	Nem egészséges %	Összesítet t eü. sorrend	GDP/fő eFt (sorrend)
Közép-Magyaró.	76,8 (7)	69,6 (7)	76,9 (6)	53,8 (7)	7	2304 (1)
Nyugat-Dunánt	78,2 (6)	68,8 (6)	77,1 (7)	56,6 (5)	6	1518 (2)
Közép-Dunánt	82,2 (5)	68,1 (4)	76,7 (5)	55,9 (6)	5	1360 (3)
Dél-Dunántúl	83,8 (4)	67,9 (3)	76,5 (3)	58,2 (4)	4-3	1097 (4)
Dél-Alföld	84,4 (3)	68,2 (5)	76,6 (4)	62,1 (3)	4-3	1045 (5)
Észak-Alföld	90,6 (2)	67,3 (2)	75,9 (1)	62,6 (2)	2	967 (6)
Észak-Magyaró.	95,8 (1)	66,7(1)	76,0 (2)	62,7 (1)	1	956 (7)
Összesen	83,7	68,3	76,6	58,3	-	1458

61. sz. táblázat

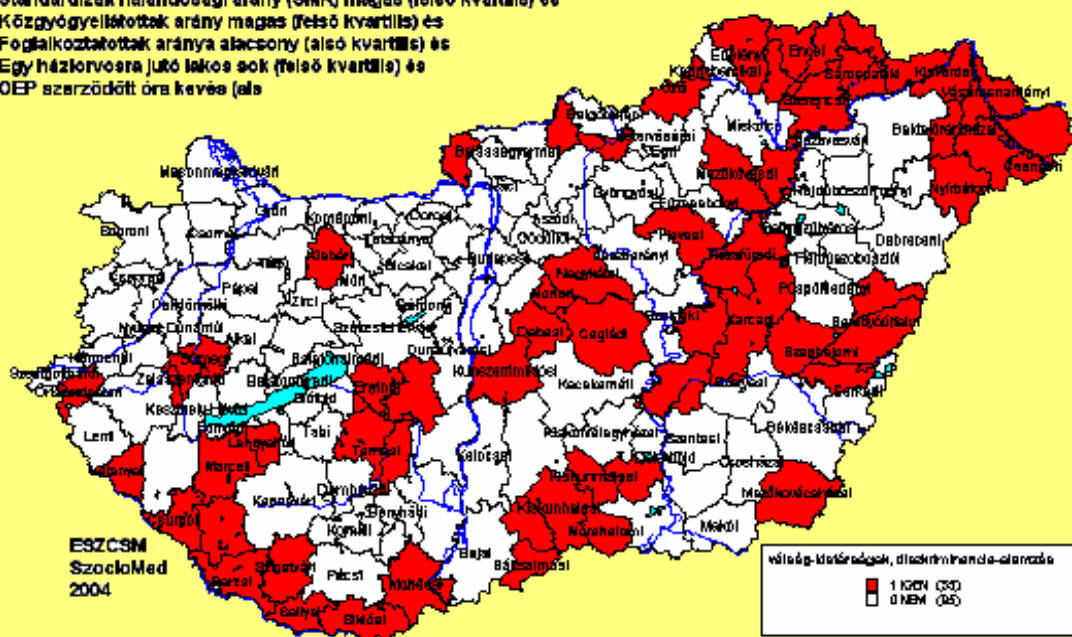
A Csurgó kistérség népességének mortalitási (halandósági) és morbiditási (megbetegedési) adatait a kistérség és Somogy megye valamennyi jelenlegi kistérségét illető összehasonlításban a szakértői tanulmány korábbi fejezetében már részletesen elemezve és értékelve bemutattuk. Azonban itt is meg kell említenünk, hogy a Csurgói kistérség népességét érintő halálozási és megbetegedési mutatószámok, mind a Somogy megyei kistérségek, mind a Dél-Dunántúli régió és az országos mutatók tekintetében is jól azonosítható, igen komoly mértékű és kedvezőtlen tendenciájú eltéréseket mutatnak.



44.ábra

Egészségügyi alap- és járóbeteg szakellátási válság-kistérségek (Kanonikus diszkriminancia elemzés)

Standardizált halandósági arány (SMR) magas (felső kvartilis) és
Közgyógyellátottak aránya magas (felső kvartilis) és
Foglalkoztatottak aránya alacsony (alsó kvartilis) és
Egy háziorvosra jutó lakos sok (felső kvartilis) és
OEP szerződött óra kevés (alsó kvartilis)



Egészségügyi alap- és járóbeteg szakellátási válságtérsegek listája

2004-2005

62. sz. táblázat

Régió	Megye	Kistérség
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	Bácsalmási
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	Kiskunmajsai
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	Kunszentmiklósi
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	Jánoshalmi
Dél-Alföld	Békés	Mezőkovácsházai
Dél-Alföld	Békés	Szeghalomi
Dél-Alföld	Csongrád	Kisteleki
Dél-Alföld	Csongrád	Makói
Dél-Alföld	Csongrád	Mórahalmi
Dél-Dunántúl	Baranya	Mohácsi
Dél-Dunántúl	Baranya	Mohácsi
Dél-Dunántúl	Baranya	Mohácsi
Dél-Dunántúl	Baranya	Mohácsi
Dél-Dunántúl	Somogy	Csurgói
Dél-Dunántúl	Somogy	Lengyeltóti
Dél-Dunántúl	Somogy	Marcali
Dél-Dunántúl	Somogy	Nagyatádi
Dél-Dunántúl	Somogy	Tabi
Dél-Dunántúl	Tolna	Tamási
Észak-Alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Baktalórántházai
Észak-Alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Csengeri
Észak-Alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Fehérgyarmati
Észak-Alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Nagykállói
Észak-Alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Nyírbátori
Észak-Alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Tiszavasvári
Észak-Alföld	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Vásárosnaményi
Észak-Alföld	Jász-Nagykun-Szolnok	Karcagi
Észak-Alföld	Jász-Nagykun-Szolnok	Kunszentmártoni
Észak-Alföld	Jász-Nagykun-Szolnok	Tiszafüredi
Észak-Alföld	Jász-Nagykun-Szolnok	Törökszentmiklósi
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Edelényi
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Encsi
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Kazincbarcikai
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Mezőkövesdi
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Ózdi
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Sárospataki
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Sátoraljaújhelyi
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Szerencsi
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Sziksói
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	Tiszaújvárosi
Észak-Magyarország	Heves	Hevesi
Észak-Magyarország	Nógrád	Bátonyterenyei
Észak-Magyarország	Nógrád	Pásztói
Észak-Magyarország	Nógrád	Szécsényi
Közép-Dunántúl	Fejér	Enyingi
Közép-Dunántúl	Fejér	Sárbogárdi
Közép-Dunántúl	Komárom-Esztergom	Kisbéri
Közép-Dunántúl	Komárom-Esztergom	Tatabányai
Közép-Dunántúl	Veszprém	Sümei
Közép-Magyarország	Pest	Ceglédi



Régió	Megye	Kistérség
Közép-Magyarország	Pest	Dabasi
Közép-Magyarország	Pest	Monori
Közép-Magyarország	Pest	Nagykátai
Közép-Magyarország	Pest	Szobi
Nyugat-Dunántúl	Zala	Letenyei
Nyugat-Dunántúl	Zala	Zalaszentgróti

A Csurgói kistérség járóbeteg szakellátása, a magas kistérségi standard halálozási hányados (SHR), a közgyógyellátottak magas aránya, a foglalkoztatottak alacsony aránya, az egy háziorvosra jutó lakosok számaránya, valamint az igen kevés OEP szerződött járóbeteg kapacitásra tekintettel, az országos kitekintésű kanonikus diszkriminancia elemzés eredményeként, a hazai egészségügyi alap és járóbeteg szakellátási válság-kistérségek közé tartozik. A szakértői tanulmány korábbi fejezetében már teljes körű áttekintésre és értékelésre került ez a járóbeteg szakellátási egészségügyi szolgáltatói pozíció. - Ezzel együtt is fontosnak és szükségesnek tartjuk a Csurgo kistérségi járóbeteg szakellátás jelenlegi helyzetére, működési lehetőségeire vonatkozó megállapításokat, a szakmai tervezés szempontrendszerének oldaláról is összefoglalni:

- A szakmai minimumfeltételekről szóló, többször módosított 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendeletnek a járóbeteg szakellátás szolgáltatói szervezési-működési formáira vonatkozó érvényes és hatályos jogi szabályozásai szerint a Csurgo városban működő járóbeteg szakellátások orvosi és asszisztensi rendeléseinek összessége szakmai-szervezeti-működési oldalról jelenleg nem minősíthető kistérségi rendelőintézeti ellátásokat nyújtó szakrendelőnek. A Csurgo Város Önkormányzata Városi Egészségügyi és Szociális Gondozó Intézetek tagintézményeként azonosított és egészségügyi szolgáltatóként nyilvántartott Városi Egészségügyi Szolgálat keretében működtetett csurgói járóbeteg szakellátások, részben a Csurgo Város Önkormányzata OEP finanszírozott járóbeteg kapacitásai terhére végzett szakellátások, részben a Nagyatádi Városi Kórház-Rendelőintézet csurgói járóbeteg szakellátási kihelyezett telephelyének, a kórház OEP által finanszírozott járóbeteg szakellátási kapacitásai terhére nyújtott betegellátások.
- A Csurgoi Önkormányzat fenntartásában összesen 38 szakorvosi óra/hét engedélyezett és finanszírozott, valamint 20 nem szakorvosi óra/hét asszisztensi fizioterápiás engedélyezett, de külön szerződéssel nem finanszírozott kapacitással, szülészet - nőgyógyászati, belgyógyászati, vérvételi labor, reumatológiai és fizioterápiás (szakorvosi és asszisztensi szakrendelések) működnek. A Nagyatádi Kórház-Rendelőintézet vezetésével kötött megállapodás értelmében 1998-óta, összesen 14 szakorvosi óra/hét járóbeteg kapacitással Csurgon működik a kórház kihelyezett, külső telephelyű szakrendelője, amely a



kardiológiai, a sebészeti, a fül-orr-gégészeti és a pszichiátriai szakmák területén nyújt járóbeteg szakmai ellátásokat. Az összes járóbeteg kapacitás 52 szakorvosi óra/hét, finanszírozott nem szakorvosi óraszám nélkül. A szakrendeléseknek helyet adó rendelők egyértelmű szükségmegoldások, alapvetően korszerűtlenek, saját tulajdonú orvosi műszer és felszerelés nélküliek, az épített infrastruktúrára vonatkozó szakmai minimumfeltételeknek nem felelnek meg. A „szórvány” szakrendelések többsége „töredék” óraszámok mellett működtetett, csak a hét meghatározott napján (kivéve a szülészeti-nőgyógyászati szakrendelést) és akkor is csak korlátozott időben elérhetőek, a közvetlenül elérhető diagnosztikai háttér a teljes körben hiányzik. (nincs elemi képalkotó diagnosztika, a labor is csak J0 minősítésű vérvételi laboratóriumként működik, a hét egy napján, - szerdán - 1 szakorvosi óra/hét engedélyezett és finanszírozott kapacitással.)

7. 2. 3. A szakmai tervezés TIOP-AT 2007-2008. pályázati összefüggései...

A Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program Akcióterve 2007-2008 2. 1. 1. sorszám alatti támogatási konstrukciója a - „Kistérségi járóbeteg szakellátó központok kialakítása és fejlesztése” megvalósítására irányul. A 2007-2008 közötti időszakban, a támogatott projektek száma országosan 23 projekt, a nyílt pályázattal elérhető és vissza nem térítendő támogatás minimálisan 500 millió Ft és maximálisan 1 500 millió Ft, a támogatás kerete összesen 25 000 millió Ft. A kedvezményezettek köre: azok a kistérségi többcélú, vagy intézmény fenntartói társulások, illetve a fenntartók közös szervezetei, amelyek területén a pályázat beadásának időpontjában nem működik közfinanszírozott járóbeteg rendelőintézet, illetve előzetes befogadással bíró ilyen irányú fejlesztés nem folyik. A kistérségi járóbeteg szakellátó központok kialakításának indokoltsága: az egészségügyi ellátórendszer struktúrája nagymértékben kórház-centrikus, amely jelentősen és sok esetben indokolatlanul növeli meg a betegellátás idejét és költségeit. Ugyanakkor ez a kórházak koncentrált elhelyezkedése miatt hozzáférési gátat is jelent, ami sok esetben oda vezet, hogy a betegek csak komoly panaszok esetén, esetleg súlyosabb állapotban, vagy szövődménnyel fordulhatnak csak orvoshoz. Magyarország egyes térségeiben a fekvőbeteg szakellátáson kívüli járóbeteg szakellátások, alapellátások a lakosságközeli ellátások tekintetében a területi lefedettség nem megfelelő, illetve ellátatlan területek vannak. Ez a kedvezőtlen helyzet az ott élők egészségügyi ellátásához való hozzáférhetőséget, valamint az élet és foglalkoztatási esélyeit nagymértékben rontja. A támogatási konstrukció keretében létrehozott fejlesztések hozzájárulnak a területi kiegyenlítődéshez, az ellátórendszer hozzáférhetőségének és igazságosságának javításához,



ugyanakkor a létrejövő szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások kiváltanak drágább ellátásokat, illetve a hozzáférés javítása útján biztosított korai ellátásokkal javítják a betegek gyógyulási esélyét. A konstrukció keretében megvalósított fejlesztések nemcsak az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát és minőségét javítják, hanem a létrehozandó intézmények hozzájárulnak kistérségek vonzerejéhez, lakosságmegtartó képességéhez és munkahelyeket teremtenek, mindezzel nő az adott kistérség versenyképessége. A „Kistérségi járóbeteg szakellátó központok kialakítására és fejlesztésére” irányuló támogatási konstrukció igénybevétele esetén az épület és az eszközfejlesztések csak együttesen pályázhatóak. A támogatható tevékenységek, közé kerülhet: az új épület építése, vagy a már meglévő épület átépítése megfelelő méretben és minőségben (a támogatható m² maximálisan 1 500 m²). Továbbá támogatható a meglévő épület átépítése esetén a gépészeti és energetikai fejlesztés, a szakmai programnak megfelelő, valamint a „szakmai minimumfeltételeknek” való megfeleléshez szükséges orvostechnika és technológia, gép-műszer, berendezés (diagnosztika, digitális képalkotó diagnosztika (kivéve CT, MRI, PET) és szűrőberendezések, laboratóriumi és terápiás eszközök (pl.: egynapos ellátás eszközei) rehabilitációs és ápolási eszközök, berendezések, bútorzat stb.. Támogatható tevékenység az informatikai rendszer kiépítése és eszközfejlesztés, olyan módon, hogy a HEFOP 4.4. keretében megvalósuló intézményközi információrendszerhez való csatlakozásra alkalmas legyen. A támogatási konstrukcióhoz való jogosultság feltételeit és az értékelési szempontokat a szakértői tanulmány korábbi fejezetében már részletesen bemutatottuk, itt csak az egységes szerkezetű gondolkodás érdekében felsorolásszerűen teszünk említést ezekről:

Jogosultsági feltételek:

Kistérségi Egészségügyi Centrum pályázata - TIOP-AT

1. A kistérségi szakrendelő ellátási hiányterületen épüljön, azaz a pályázat beadásának időpontjában az adott területen ne működjön járóbeteg rendelőintézet.

Feltételnek megfelel!

2. Az egy szolgáltató által üzemeltetett szakellátás az alapszakmák vonatkozásában ne haladja meg az engedélyezetten és finanszírozottan működő 70 szakorvosi óra/hét járóbeteg szakellátási kapacitást.

Feltételnek megfelel!

3. A fenntartói társulás, vagy a fenntartók közös szervezete által képviselt lakosságszám meghaladja a 15 000 főt.



Feltételnek megfelel!

4. Az érintett kistérség lakossága tekintetében szakellátásra kötelezettek közös szervezete, társulása a létrehozandó intézmény fenntartója.

Feltételnek megfelel!

5. A kedvezményezett vállalja a létrehozott intézmény működtetését, a megvalósulást követő 5 éves időtartamig.

Feltételnek megfelel!

6. A szakmai együttműködések, partnerség megállapodásban való rögzítése.

Értékelési szempontok:

1. A szakmai program tartalmazza a kötelező elemeket, a szakmai program mennyiben biztosítja a gazdasági fenntarthatóságot. 2. A szakmai program megfelel-e a feltárt szükségleteknek, integrálódik-e az alapellátással és egyéb szakellátással, szociális ellátással.

A „Kistérségi járóbeteg-szakellátó központok kialakítása és fejlesztése” támogatási konstrukciójának indítási időpontja: 2007. III. negyedév, a konstrukció zárásának várható időpontja: 2009. VI. 30. A TIOP-AT 2007-2008 pályázati tervezetének kiírója a támogatási konstrukció megvalósításával összefüggően, a következő kockázati tényezőt vetette fel:

Támogatási konstrukció kockázata!

A pályázati dokumentáció részletes előkészítettsége, az ajánlások és szakmai elvárások előre történő meghatározottsága, valamint a támogatás odaítélésének eljárása alapján a kockázatok száma és hatóereje jelentősen lecsökkenthető. Alapvetően két lényeges kockázat látható:

1. A beruházások elhúzódása, elsősorban a közbeszerzési eljárások elhúzódása, illetve a bonyolítás szervezési és/vagy finanszírozási (likviditási) problémái miatt. 2. A másik komoly probléma lehet a működés megkezdéséhez szükséges szakember gárda biztosítása, tekintettel az egészségügyi szférát érintő általános humán erőforrás problémára.

Kockázat kezelésének módja!

A támogatási konstrukcióhoz kapcsolódó megvalósítás során jelentkező kockázatok kezelése szempontjából alapvető fontosságúnak látszanak: 1. A pályázatban ki kell térni a megfelelő likviditást biztosító előfinanszírozási konstrukcióra. 2. Az eszközbeszerzés esetén segítséget fog jelenti a beszerzések központosított közbeszerzési eljárás keretében történő megvalósításának biztosítása. 3. A pályázatban, illetve a projekt előkészítési szakaszában be kell mutatni a humán erőforrás biztosítására vonatkozó stratégiát, valamint az azt, alátámasztó



szándéknyilatkozatokat, előszerződéseket. 4. Előre ki kell alakítani a projektmenedzsmenttel szembeni kiválasztási szempontrendszert.

7. 2. 4. Az Egészségügyi Minisztérium ajánlásai a tervezéshez...

A Csurgói Kistérségi Egészségügyi Központ szakmai és pénzügyi tervezése számára igen fontosak azok az Egészségügyi Minisztérium részéről megfogalmazott gyakorlati ajánlások, amelyek a TIOP-AT 2007-2008 keretében megvalósuló támogatási konstrukció pályázatához, illetve az erre való szervezett és sikeres felkészüléshez kapcsolódnak. Ezek az ajánlások elsősorban az Egészségügyi Minisztérium képviselőinek a Csurgó Városi Önkormányzatánál tett 2007. június 13.-ai személyes látogatásakor elhangzottakhoz kapcsolódnak, amelyeket a Kistérségi Iroda munkatársai által összeállított emlékeztető alapján ismertetünk, röviden, érdemi módon, vázlatos formában:

1. Az Egészségügyi Minisztérium képviselői programszerűen végigjárják azokat a kistérségeket, amelyek a TIOP-AT 2007-2008. pályázatot illetően jogosultak lesznek részt venni a majd hivatalosan megjelenő pályázaton. A 1,5 -2 hónappal ezelőtt történt kistérségi tájékoztatókat követően igen sok és különböző kérdéssel keresték meg az Egészségügyi Minisztériumot, a felmerülő problémákkal kapcsolatban. Véleményük szerint ahhoz, hogy megfelelő pályázati dokumentáció kerüljön elkészítésre és beadásra, nagyon fontosnak tartják a személyes egyeztetést, tárgyalást, igyekeznek a személyes egyeztető tárgyalások időpontjának megbeszélése során figyelembe venni a közelgő nyári időszakra eső szabadságolásokat is.
2. A korábbi pályázati kiíráshoz képest csak kismértékű változás történt, tájékoztatásuk szerint a Csurgói kistérség a meghatározott jogosultságok alapján részt vehet és abszolút jó esélyekkel, indulhat a pályázaton. A pályázatban két igen fontos feltételnek kell megfelelni, az egyik, hogy a kistérség népességszáma el kell, hogy érje a 15 ezer főt (nem kell a közigazgatási határt tartani) és az egy szolgáltató által működtetett finanszírozott szakellátás jelenleg ne haladja meg a 70 szakorvosi óra/hét kapacitást. A pályázati tervezésnél elsősorban az alapszakmákat (fő szakmákat) vették figyelembe, amelyekről elmondható, hogy megfelelő szakmai ellátásról van szó.
3. A pályázatra mindenképpen a többcélú, vagy intézményfenntartó társulás a jogosult, a pályázati feltételeknek várhatóan 23 kistérség felel meg, a jogosultsági feltételek között a kiválasztási szempontrendszer meg lett határozva és a 23 kistérségre összesen 25



milliárd Ft támogatás lett betervezve. A pályázó mindenképpen az érintett önkormányzatok közös szervezete legyen, legegyszerűbb, ha Kistérségi Többcélú Társulás lesz a pályázó szerv. A támogatási konstrukció logikája az, hogy fenntartói kötelezettséggel vegyenek részt ebben azok települések, amelyek lakosai részére létrejön a fejlesztés, tehát ne csak Csurgó városát terhelje a fenntartás költsége. A pályázónak jogi személyiségűnek kell lennie, a másik fontos kérdés a tulajdonjog, a működtetés kérdése és az, hogy a teherviselés milyen arányban oszlik meg, azt majd a pályázó feladata lesz eldönteni. A pályázatban - szöveges formában - biztosan be kell mutatni azt a várható működési modell formáját és típusát, likviditási tervet kell összeállítani.

4. Jelen pillanatban a pályázati tervezés ott tart, hogy a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség honlapján megtalálható az „Akcióterv”, amely tartalmazza a pályázati lehetőségeket és a támogatási konstrukciókat. A tájékoztatóban elhangzottak szerint a pályázat támogatási intenzitása 95 %, a fennmaradó 5 % önrészbe beszámítható az ingatlan, az épület, vagy más tárgyi eszköz, amit biztosít a kistérség. Az ingatlan önerő esetében a pályázónak külön bankszámla igazolásra nem lesz szüksége, csak az ingatlan értékbecslő részéről szükséges majd a nyilatkozat. A II. NFT Operatív Programok Akciótervei várhatóan 2007. július 16.-án kerülnek jóváhagyásra a Kormány elé. Abban az esetben, ha a Kormány elfogadja és jóváhagyja az „Akcióterveket”, akkor megkezdődhet a pályázatok kiírása, amelynek a jelenlegi várható időpontja 2007. augusztus 1. A pályázat benyújtására 60 nap fog rendelkezésre állni, a pályázatok beadási határideje a jelenlegi állás szerint szeptember vége, de természetesen ez az időpont változhat.
5. A támogatási konstrukció keretében lehetőség van a meglévő épület korszerűsítésére, de nem biztos, hogy ez a legjobb megoldás, minden esetben célszerű figyelembe venni, hogy helyben mi lenne a legracionálisabb megoldás.
6. Az Egészségügyi Minisztérium képviselőinek tájékoztatóján elhangzott, hogy az Önkormányzati Egyeztető Fórumán történt miniszteri bejelentés szerint „nem felülről nyílt önerő alap kerül kialakításra, a leghátrányosabb kistérségek (szám szerint 28 kistérség) beadhatják az „Önerő Alapra” a pályázatukat.
7. Az Egészségügyi Minisztérium képviselőinek a várható finanszírozásra vonatkozó tájékoztatása szerint a 200 szakorvosi óra/hét szakorvosi járóbeteg kapacitásra, valamint a hozzátartozó nem szakorvosi óraszámra a pályázóknak nem kell külön pályázatot benyújtani. Annak a pályázónak, aki nyer a pályázaton a fent említettekre biztosítva



lesz a finanszírozás. A működtetést és a finanszírozást a jelenleg érvényes és hatályos 43/1999. (III. 3.) Kormányrendeletben megfogalmazott szabályok szerint kell tervezni. Vannak elképzelések a kiegészítő kistérségi normatíva kialakításával a finanszírozás növelésére, de ezzel a lehetőséggel jelenleg még nem lehet számolni. Az egész működtetési és finanszírozási modellt arra kell felépíteni, ami hosszútávon fenntartható és életszerű. Azt tudni kell pontosan, hogy mekkora a várható szükséglet az egyes szakmák irányában, valamint az OEP-től is különböző adatokra lesz szükség (megfelelő díjazás mellett.), de az Egészségügy Minisztérium felkérte az OEP-et, hogy a kért finanszírozási adatokat megfelelő sűrűséggel és méltányos árakon biztosítsa a megkeresők számára. A háziorvosok rendelkeznek adatokkal, arra vonatkozóan, hogy melyik szakrendelésre utalják be a betegeket, de ennél mindenképpen pontosabb információkra lesz szükség, hiszen számos olyan szakrendelés van, ahol a szolgáltatás igénybevételéhez nincs szükség beutalóra.

8. Az Egészségügyi Minisztérium megalapozottsággal támogatja az egynapos sebészeti ellátási egységek létesítését a kistérségi járóbeteg szakrendelőkbe, ezek igen komoly anyagi és szakmai erőforrást igényelnek a fejlesztésekben.
9. A támogatási konstrukció keretében maximálisan 1500 m² -s épület támogatható, ebből 1200 m² az, ami kötelezően biztosítandó a járóbeteg szakellátáshoz, gondolkodni kell olyan funkciók beépíthetőségén, ami a szakmai és gazdasági fenntarthatóságot támogatja. Lehetőség szerint egyszintes épület kerüljön tervezésre, valamint biztosítani kell az ott dolgozók és az oda járó betegek gépkocsija számára a parkolási lehetőségeket is. Arra kell törekedni, hogy ne csak kimondottan járóbeteg szakellátás valósuljon meg, hanem egy komplexum, amelyben az egészséggel, az egészséges életmóddal kapcsolatos ellátás is szerepel.
10. A kistérségi járóbeteg szakrendelő pályázati eljárása során a jelenleg meglévő orvosi eszközöket, berendezéseket az önrészben el lehet számolni, fontos, hogy geotermikus fűtőrendszerek kialakításában is lehet gondolkodni (prioritást élvez.), hiszen alkalmas arra, hogy a téli időszakban csökkentse a fűtési költségeket.
11. Várhatóan 20 -30 % előleg igénylésére lesz majd lehetőség, az nagyon fontos szempont, hogy szükség lesz egy nevesített projektmenedzsmint csapatra, amely természetesen lehet külső cég is, de feltétlenül olyan, amely rendelkezik szakmai tapasztalattal. A működés pénzügyi modellje elkészítésének nagyon fontos szerepe van. A projektmenedzsmint összeállításának minél hamarabb meg kell történnie, a munkákat rövid időn belül meg kell kezdeni, hiszen a pályázati kiírás megjelenésétől számított 60



napos beadási határidő nagyon rövid. A pályázati kiírás megjelenésének időpontjában már rendelkezni kell egy kidolgozott anyaggal, amelyet a pályázati kiírás konkrét formájára, feltételeire kell átdolgozni. Az erre a feladatra alkalmas személyeknek és a cégeknek listáját az Egészségügyi Minisztérium közzé fogja tenni.

7. 2. 5. A kistérségi járóbeteg ellátás fejlesztésének jogszabályi környezete...

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény, 2007. április 1.-től hatályos szabályozásai az egészségügyi ellátórendszer járóbeteg szakellátási szektorának szakmai és kapacitásméretét, valamint annak struktúráját nem érintették. A törvényben foglalt szabályozások szerint az egészségügyi szolgáltatók engedélyezett és finanszírozott járóbeteg kapacitásai (szakorvosi és nem szakorvosi óraszámok tekintetében), 2007. április 1.-ei hatállyal azonosak a törvény hatályba léptetése előtti napon (2006. december 31.-én) szerződés szerint lekötött szolgáltatói járóbeteg szakellátási kapacitások méretével és szakmastruktúrájával. 2007. januárjában - a törvényben meghatározott módon és mértékben, valamint az ott szabályozott eljárási rendben - a RET-nek nem éltek a járóbeteg szakellátások regionális bővítésének lehetőségeivel. A 2007. január 1.-től hatályosuló, az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 361/2006. (XII. 28.) Kormányrendelet teljes körben újraszabályozta az előzetesen finanszírozásba befogadható szakellátási kapacitások befogadásának eljárási rendjét. A Kormányrendelet záró rendelkezéseinek szabályozásai hatályon kívül helyezték az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételeiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatások befogadásának szabályairól szóló 50/2002. (III. 26.) Kormányrendelet szabályozásait és új szabályok kerültek megállapításra a járóbeteg szakellátási kapacitások finanszírozásba való befogadási rendjét illetően. A 361/2006. (XII. 28.) Kormányrendelet 8. § (1) bekezdésének a.) - f.) pontja szerinti szabályozások szerint szakellátási kapacitás előzetesen befogadható, amennyiben az:

- címzett támogatás szakmai programja,
- központi költségvetésből támogatott egyéb beruházás,
- európai uniós pályázat,
- az Új Magyarország Fejlesztési Tervben foglaltak,
- egyéb regionális fejlesztések
- népegészségügyi programok megvalósítása többletkapacitások, befogadását igényli.



A Kormányrendelet 8. § (3) bekezdése értelmében, ha a fenti 8. § (1) bekezdésben foglaltaknak megfelelően többletkapacitás igény merül fel, az előzetes befogadásra a kérelmet a támogatásra kiírt pályázat határidejének letelte előtt legalább 75 nappal kell benyújtani a RET-hez. A RET a beérkezett pályázatok alapján rangsor és pénzügyi hatásvizsgálatot készít, melyet a befogadási kérelem beérkezését követő 30 napon belül az Egészségügyi Miniszternek jóváhagyásra megküld. A kapacitástöbblethez kapcsolódó egészségügyi szolgáltatás államigazgatási eljárásban lefolytatott egészségügyi hatósági engedélyeztetése a 96/2003. (VII. 29.) Kormányrendelet (ÁNTSZ működési engedély kiadása), valamint a 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet („szakmai minimumfeltételek”) szabályozásai, a finanszírozása a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet (finanszírozási kormányrendelet) szabályozásai szerint történik. Az Egészségügyi Minisztérium által adott 2007. június 13.-ai tájékoztatásban foglaltak szerint a 200 szakorvosi óra/hét kapacitás a támogatási konstrukcióhoz tartozó pályázat befogadásával együtt automatikusan befogadásra kerül (vele együtt a kapcsolódó nem szakorvosi óraszám), az e feletti kapacitás igényt pályázni kell a 361/2006. (XII. 28.) Kormányrendelet 8. § (3) bekezdésében foglalt szabályozások szerinti eljárási rendben. A Kormányrendeletben foglaltak szerint a RET elkészíti a kapacitástöbbletre vonatkozó pályázatok rangsorát, pénzügyi tervet készít a kapacitástöbblet befogadásának várható pénzügyi kihatásairól és javaslatát jóváhagyásra felterjeszti a miniszternek.

7. 2. 6. A Kistérségi Egészségügyi Centrum szakmai szolgáltatói terve...

A Csurgói Kistérség Egészségügyi Centrumának szakmai szolgáltatói tervezését, az alábbiakban mutatjuk meg:



"A" változat - Akcióterv változat - teljes szakmai projekt!

Csurgói Kistérség Egészségügyi Centrumának szakmai és kapacitásterve

63. sz. táblázat

Sorszám	Szakmakód	Szakma megnevezése	Kapacitás óra/hét	Orvosi rendelések száma	Rendelési idő
1.	0100	Általános belgyógyászat és hypertoniológia	30	1	Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
2.	0123	Diabetológia	10+10*	1	Kedd és Csütörtök 14.00 - 19.00 Diétás tanácsadás Hétfő és Szerda 14.00 - 19.00
1.+2.	Belgyógyászat és társszakmai:		40 + 10*	2	Igény: 2 db. Belgyógyászati szakrendelő
3.	4000	Klinikai Kardiológia	18	1	Hétfő - Szerda - Péntek: 9.00 - 15.00
4.	4004	Echokardiográfiás diagn.	8	1	Kedd és Csütörtök: 8.00 - 12.00
5.	4005	EKG és Holter diagn.	4	1	Hétfő - Szerda: 8.00 - 9.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 13.00
3. + 5.	Kardiológia:		30	3	Igény: 1 db. Kardiológiai szakrendelő
6.	0200	Általános sebészet	20	1	Hétfő - Péntek: 8.00 - 12.00
7.	0206	Proctológia	10	1	Hétfő - Péntek: 12.00 - 14.00
6+7.	Sebészet és társszakmai:		30	2	Igény: 1 db. Sebészeti szakrendelő
8.	0400	Ált. szülészeti-nőgyógyászat	20	1	Hétfő - Péntek: 8.00 - 12.00
9.	0401	Terhesgondozás	10	1	Hétfő - Péntek: 12.00 - 14.00
10.	0402	Nőgyógy. onkológiai szűrés	6	1	Kedd és Csütörtök: 14.00 - 17.00
8.+10.	Szülészeti - Nőgyógyászat:		36	3	Igény: 1 db. Szül. - Nőgyógy. szakrendelő
11.	0500	Csecsemő-és gyermekgy.	15	1	Hétfő: 8.00 - 13.00 Szerda: 13.00 - 18.00 Péntek: 8.00 - 13.00
12.	0512	Gyermekek pszichiátria	10	1	Kedd és Csütörtök: 14.00 - 19.00
11. + 12.	Csecsemő és gyermekgyógyászat:		25	2	Igény: 1 db. Csecs. - gyermek. szakrendelő
13.	0600	Általános fül-orr-gége	12	1	Kedd: 8.00 - 14.00 Csütörtök: 12.00 - 18.00
13.	Fül - orr - gégészet:		12	1	Igény: 1. db. a Szemészeti szakrendeléssel közös Fül-orr-gégészeti szakrendelő
14.	0700	Általános szemészet	18	1	Hétfő: 8.00 - 14.00 Szerda: 12.00 - 18.00 Péntek: 8.00 - 14.00
14.	Szemészet:		18	1	Igény: 1. db. Fül-orr-gégészeti szakrendeléssel közös Szemészeti szakrendelő
15.	0800	Bőrgyógyászat	12	1	Hétfő: 8.00 - 12.00 Szerda: 14.00 - 18.00 Péntek: 8.00 - 12.00
15.	Bőrgyógyászat:		12	1	Igény: 1. db. Bőrgyógyászati szakrendelő
16.	0900	Általános ideggyógyászat	18	1	Hétfő: 12.00 - 18.00 Szerda: 8.00 - 14.00 Csütörtök: 12.00 - 18.00



63. sz. táblázat folytatása

Sorszám	Szakmakód	Szakma megnevezése	Kapacitás óra/hét	Orvosi rendelések száma	Rendelési idő
16.	Ideggyógyászat:		18	1	Igény: 1. db. a Pszichiátriai szakrendeléssel közös Ideggyógyászati szakrendelő
17.	1800	Pszichiátria	12	1	Kedd és Péntek: 8.00 - 14.00
17.	Pszichiátria:		12	1	Igény: 1 db. az Ideggyógyászati szakrendeléssel közös Pszichiátriai szakrendelő
18.	1301	Szájsebészet	20	1	Hétfő: 8.00 - 12.00 Kedd: 12.00 - 16.00 Szerda: 8.00 - 12.00 Csütörtök: 12.00 - 16.00 Péntek: 8.00 - 12.00
19.	1306	Fogászati röntgen	10	1	Hétfő: 12.00 - 14.00 Kedd: 10.00 - 12.00 Szerda: 12.00 - 14.00 Csütörtök: 10.00 - 12.00 Péntek: 12.00 - 14.00
18.+19.	Fogászati és szájsebészeti ellátás:		30	2	Igény: 1 db. Fogászati-szájsebészeti szakrendelő és 1 d. telepített fogászati röntgen
20.	1401	Reumatológia	30	1	Hétfő - Szerda - Péntek: 8.00 - 14.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 18.00
21.	5722	Fizioterápia (asszisztensi)	30*	1	Hétfő - Szerda - Péntek: 8.00 - 14.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 18.00
22.	5711	Gyógytorna	30*	1	Hétfő - Szerda - Péntek: 8.00 - 14.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 18.00
23.	5712	Gyógymassázs	30*	1	Hétfő - Szerda - Péntek: 8.00 - 14.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 18.00
20. + 23.	Reumatológia és fizioterápia:		30+90*	4	Igény: 1 db. Reumatológiai szakrendelő 1 db. Fizioterápiás rendelő 1 db. Gyógytornarendelő 1 db. Gyógymasszőr rendelő
24.	5000	Általános lab. diagnosztika	30*	1	Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
25.	5001	Ált. kémiai lab. diagnoszt.	30	1	Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
24. + 25.	Laboratórium:		30+30*	2	1 db. FJ1 minősítésű laboratórium
26.	5100	Általános Rtg. diagnosztika	30	1	Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
27.	5301	Ultrahang diagnosztika	30	1	Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
26. +27.	Képalkotó diagnosztika: Digitális képalkotó Rtg. diagnosztika. Digitális archiválás. Digitális leletkommunikáció.		60	2	Igény: 1 db. Felvételező és átvilágító egység 1 db. Hasi és nőgyógyászati ultrahang egység 1 db. Echokardiográfiás egység 1 db. Fogászati röntgen egység is itt lenne elhelyezve.
1. + 27.	Összes szakorvosi és nem szakorvosi óra:		383+130* Összesen: 513 óra/hét	27	Igény: 19 db. szakrendelő kialakítása. Közös szakrendelők: - Fül - orr - gégeészet és Szemészet - Ideggyógyászat - Pszichiátria - Fogászati röntgen a Képalkotó diagnosztika területén külön egységként elhelyezve.



Csurgói Kistérség Egészségügyi Centrumának tervezendő szakmai és informatikai egységei:

1. Kistérségi Prevenció Szervezési Központ: 3 db. helyiség, (iroda, informatika, tárgyaló)
2. Kistérségi Egészségügyi Centrum Szakrendelő: 19 db. szakrendelő a 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet szerint.
3. Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelet: 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet szerint.
4. Kistérségi Egészségügyi Centrum teljes informatikai rendszer tervezése (hardware, software, intranet, telemedicina)

**Csurgó Kistérségi Egészségügyi Centrum szakrendeléseinek
Rendelői helyiség száma és az igényelt alapterülete
„A” változat**

64. sz. táblázat

Rendelők	Helyiség szám (db.)	Igényelt alapterület (m ²)
Általános Belgyógyászat	1	20
Diabetológia	1	18
Kardiológia	1	20
Általános sebészet	1	22
Szülészeti-nőgyógyászat	1	22
Gyermekgyógyászat	1	20
Fül-Orr-Gégészet*	1	18
Szemészet*	0	0
Bőrgyógyászat	1	18
Neurológia**	1	18
Pszichiátria**	0	0
Szájsebészet	1	20
Reumatológia	1	20
Fizioterápia	1	35
Gyógytorna	1	45
Gyógymasszázs	1	20
Általános labor FJ I	2	80
Képalkotó diagnosztika R-1***	Összes	200
Digitális rtg	1	*
Ultrahang	1	*
Echokardiográfia	1	*
Fogászati rtg	1	*
Betegfektető	1	10
Raktár	1	9
Egy napos sebészet	Összes	340
Összesen	22	955

* Fül-orr-gégészet és Szemészet szakrendelése 1 db. közös szakrendelőben működnek. **Neurológia és a Pszichiátria szakrendelése 1 db. közös szakrendelőben működnek. ***Képalkotó diagnosztika egységeinek összes alapterülete 200 m², összesen 4 egység (Digitális röntgen, Ultrahang, Echokardiográfia, Fogászati röntgen), a helyiségek száma 4 db helyiség.

A Kistérségi Egészségügyi Centrum „A” változatának (járóbeteg szakrendelések + egy napos kistérségi sebészeti ellátó egység) a „szakmai minimumfeltételekről” szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet szabályozásai szerint betegellátási helyiség szám igénye: 22 helyiség, összes alapterület igénye, pedig 955 m², a szakrendelések saját területi igénye ebből: 615 m².



**Csurgó Kistérségi Egészségügyi Centrum szakrendeléseinek
kiszolgálói helyiségszáma és az igényelt alapterülete
„A” változat**

65. sz. táblázat

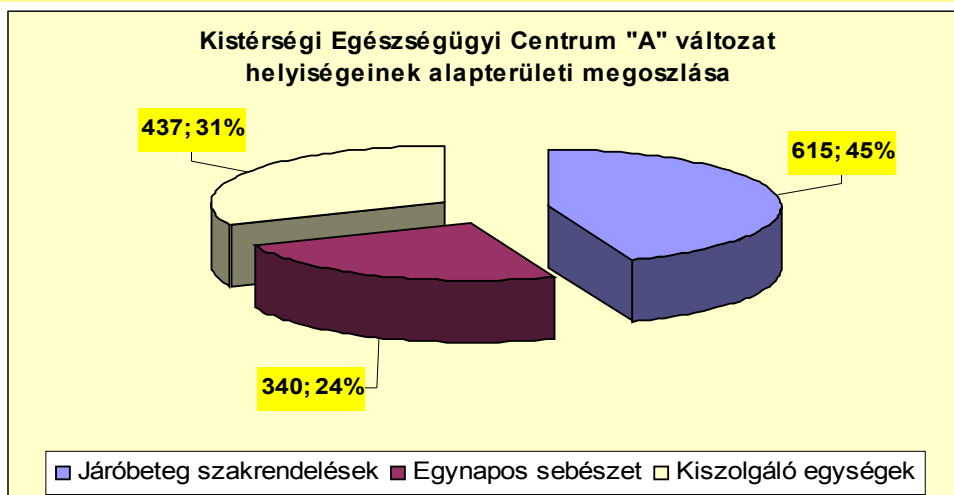
Egyéb helyiségek	Helyiségszám (db.)	Igényelt alapterület (m²)
Személyzeti öltöző + vizesblokk	1	60
Nemenként elkülönített WC	6	54
Mozgáskorlátozott WC	1	6
Teakonyha, tartózkodó	1	20
Takarítószer raktár	1	9
Takarítóeszköz tároló	1	9
Betegvárók	1	102
Gépészet	1	30
Kazán	1	20
Szennyves raktár	1	15
Raktárak	3	48
Elkülönítő helyiség	1	18
Gyógytorna-öltöző	1	15
Gyógytorna-fürdő WC	2	18
Egyéb területek összesen	0	324
Közlekedők	0	187
Igényelt terület összesen*:	0	1392
Hasznos térfogat**:	0	5011

* Az „Igényelt terület összesenben” határoztuk meg a tervezett betegellátási terület (járóbeteg szakrendelések + egynapos sebészeti ellátás) és a közvetlenül nem betegellátási feladatokat ellátó kiszolgáló egységek tervezett alapterületének együttes összegét m²-ben. Az épület földszintes épület, amely az építési előírások szerint nem lehet 13 m-nél magasabb, erre a tervezés során figyelni kell.** A felépítményi „Hasznos térfogatot” 3,6 méteres födémmagassággal számoltuk ki.



**Csurgó Kistérségi Egészségügyi Centrum szakrendelése
betegellátási és a kiszolgálói egységeinek alapterületi megoszlása
„A” változat**

45. ábra



**Csurgó Kistérségi Egészségügyi Centrum „A” változat
Építési költségek becslése**

66. sz. táblázat

Építési költségek	Egységár (e Ft)	Terület (m ²)	Nettó összesen	Bruttó összesen
Épület építési költsége	322	1 392	448 224	537 868
Tervezési költség			25 535	30 642
Mindösszesen	322	1 392	473 759	568 510

A szakrendelői alapfelszerelés - az „A” változat szerint

Az alapfelszerelés minden orvosi rendelőnél lényegében azonos és csak az ettől eltérő, illetve ezen felül szükséges berendezési tárgyakat jelenítettük meg minden táblázatokban, a rendelői alapfelszerelés soron kívül. A rendelő alapfelszerelés alatt tehát az alábbiakat értjük:



67. sz. táblázat

Rendelőhelyiségek alapfelszerelése	Mennyiség	Egységár (e Ft)	Bruttó ár (e Ft)
Vizsgálóasztal (pamlag)	1	61	61
Íróasztal	2	48	96
Szék	3	12	36
Mozgatható vizsgálólámpa	1	120	120
Gyógyszerszekrény/tároló, zárható	1	78	78
Anyag- és eszköztároló szekrények	2	78	156
Dokumentáció-tároló	1	60	60
Irattároló	1	87	87
Vérnyomásmérő	1	14	14
Fonendoszkóp	1	16	16
Kötöző-kocsi (ált. és tevékenység függő felszereléssel)	1	73	73
Összesen:	-	-	796

0100 Általános Belgyógyászati szakrendelés

68. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
EKG, 3 csatornás	1	750	750
vérnyomásmérő	1	14	14
mérleg	1	25	25
Belgyógyászat összesen:	4	-	1 584

0123 Diabetológiai szakrendelés

69. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Diabetológia összesen:	1	-	796



4000 Kardiológiai szakrendelés

70. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Kerékpárergométer+12. elvezetéses EKG	1	1500	1 500
Holter, komplett rendszer	1	3000	3 000
Defibrillátor	1	1000	1 000
ABPM (ambuláns vérnyomás monitor)	1	400	400
Kardiológia összesen:	5	-	6 696

0200 Általános sebészet szakrendelés

71. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Sebészet összesen:			796

0400 Szülészeti-nőgyógyászati szakrendelés

72. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Babydop	1	150	150
Kolposzkóp	1	250	250
Nőgyógyászati Vizsgáló asztal	1	174	174
Mozgatható Vizsgálólámpa	1	250	250
Hőlégt sterilizátor vagy autokláv	1	250	250
Nőgyógyászat összesen:			1 870



0500 Gyerekgyógyászati szakrendelés

73. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Otoszkóp	1	46	46
Magasságmérő	1	15	15
Személmérleg	1	15	15
Gyerekgyógyászat összesen:	4	-	872

0600 Fül - Orr - Gégészeti szakrendelés

74. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Laringoszkóp	1	100	100
Elektrokauter	1	150	150
Szűrő-audiométer	1	250	250
Tympanométer	1	1 000	1 000
Portabilis szívó	1	100	100
Hőlégtsterilizátor, vagy autokláv	1	250	250
Fül – orr – gégészet összesen:			2 646



0700 Szemészeti szakrendelés

75. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Vízus vizsgáló egység	1	100	100
Dioptriámérő	1	1000	1 000
Réslámpa (appl. tonométer)	1	2000	2 000
Keratométer	1	5000	5 000
Szemtükör	1	150	150
Binokuláris oftalmoszkóp	1	1200	1 200
Hármastükör	1	150	150
Sciaszkóp készlet	1	300	300
Tonométer	1	400	400
Szemészet összesen:	10	-	11 096

0800 Bőrgyógyászati szakrendelés

76. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Kvarclámpa	1	100	100
Nőgyógyászati vizsgálószék	1	150	150
Binokuláris mikroszkóp	1	1 000	1 000
Fagyasztó szekrény	1	100	100
Elektrokauter	1	200	200
Sötétlátóteres mikroszkóp	1	500	500
Gram festő -felszerelés	1	100	100
dermatoszkóp	1	750	750
Bőrgyógyászat összesen	9	-	3 696



0900 Neurológiai szakrendelés

77. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Szemtükör	1	150	150
Vízustábla	1	40	40
Kalibrált hangvilla érzésvizsgálathoz	1	25	25
Reflexkalapács	1	10	10
Neurológia összesen	5	-	1 021

1800 Pszichiátriai szakrendelés

78. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
Pszichiátria összesen	1	-	796

1301 Szájsebészeti szakrendelés

79. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	452	452
Fogászati kezelő egység	1	6 000	6 000
Fogászati kezelőszék	1	100	100
Elektrokauter	1	200	200
Hőlégt sterilizátor vagy autokláv	1	250	250
AMBU ballon	1	20	20
Műszerasztal, gördíthető	1	41	41
Szájsebészeti műszertálca*	1	200	200
Fogorvosi dolgozószék	1	100	100
Szájsebészet összesen	9	-	7 363



1401 Reumatológiai szakrendelés

80. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Rendelői alapfelszerelés	1	796	796
UH terápiás készülék	1	350	350
Diadinamikus áram készülék	1	500	500
Szelektív ingeráram készülék	1	500	500
Reumatológia összesen:	4	-	2 146

1402 Fizioterápia (szakorvosi) szakrendelés

81. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Masszírozó ágy	3	59	177
Univerzális elektroterápiás berendezés	3	1 500	4 500
Fizioterápia összesen:			4 677

5711 Gyógytorna

5712 Gyógymasszázs

82. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Masszírozó ágy	1	59	59
Masszírozó szék	1	39	39
Gyógymasszázs összesen:	2	-	98



5000 Általános laboratóriumi diagnosztika FJ 1 minősítéssel

5100 Képalkotó általános röntgen diagnosztika R-1 minősítéssel

5301 Képalkotó ultrahang diagnosztika R-1 minősítéssel

83. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Röntgen digitális	1	25000	25 000
Uh berendezés	1	25000	25 000
Echocardiograf doppleres	1	25000	25 000
Fogászati Rtg.	1	5000	5 000
Labor automata	1	50000	50 000
Egyéb labor felszerelés	1	10000	10 000
Diagnosztikák összesen:	6	-	140 000

Betegfektető (az egynapos sebészethez)

84. sz. táblázat

Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Vizsgálóasztal (pamlag)	1	61	61
Mozgatható vizsgálólámpa	1	120	120
Anyag- és eszköztároló szekrények	1	78	78
Kiegészítő vizsgáló, fektető összesen:	3	-	259



Egy napos sebészet kórtermi feltételrendszere

85. sz. táblázat

Kórtermi felszerelés			
Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Éjjeli szekrény	6	116	695
etetőlapos	6	144	864
Kórtermi ágy	6	120	720
Ágyszív	6	29	173
Ágynemű 3 váltás	3	24	72
Asztal	6	12	72
Szék	6	30	180
Beépített szekrény			
Nővér szoba			
Íratszekrények	2	60	120
Szék	2	12	24
Íróasztal	1	48	48
Műszer szekrény	1	91	91
Beépített szekrény	1	30	30
		0	
Öltöző			
Öltözőszekrény	4	31	125
Tálaló			
Ellátotti edényzet szett	15	5 Ft	75 Ft
Konyhai edényzet	1	400 Ft	400 Ft
Minikonyha	1	150 Ft	150 Ft
Egyéb felszerelés			
Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Háttámasz	2	9	18
Antidecubitor matrac	1	90	90
Toló koci (ülő, fekvő)	1	263	263
Ágytálmósó	1	1 950	1 950
Ágyazó koci	1	98	98
Gyógyszerosztó koci	1	276	276
Vizsgáló lámpa	1	128	128
Vércukor meghatározó	1	42	42
Kórtermi ülőke	6	18	108
Hűtőszekrény 120 l	1	96	96
Mikrosütő	1	36	36
Infúziós állvány	6	20	121
Mindösszesen	-	-	7 065



Kezelő és vizsgáló felszerelések

86. sz. táblázat

Kezelő és vizsgáló felszerelések:			
Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Vizsgálóasztal (pamlag)	1	61	61
Íróasztal	1	48	48
Szék	2	12	24
Mozgatható vizsgálólámpa	1	120	120
Gyógyszerszekrény tároló, zárható	1	78	78
Anyag- és eszköztároló szekrények	2	78	156
Dokumentáció-tároló	SZ	0	0
Irattároló	1	87	87
Vérnyomásmérő	1	14	14
Fonendoszkóp	1	16	16
Kötöző-kocsi (ált. és tevékenység függő felszereléssel)	1	41	41
Mindösszesen:	-	-	644

Egynapos sebészeti ellátás műtői felszerelése

87. sz. táblázat

Műtői felszerelés			
Minimum felszerelés	Darabszám	Egységár Bruttó (e Ft)	Bruttó összesen (e Ft)
Műtőasztal cserélhető lapos	1	15000	15 000
Műtő lámpa	1	6000	6 000
Nagyfrekvenciás sebészeti vágó	2	500	1 000
Altató lélegeztető gép	2	5000	10 000
Szívó	1	500	500
Műszer szekrény	3	91	273
Műtői felszerelés összesen:	-	-	32 773



A Kistérségi Egészségügyi Centrum járóbeteg szakrendeléseinek, valamint az egynapos sebészeti ellátások szolgáltatására vonatkozó egység eszközeinek, berendezéseinek bekerülési bruttó árát (e Ft-ban) egységenként és összesenben, az alábbi táblázatban foglaljuk össze:

A berendezések, eszközök összefoglalása, az „A” változat szerint

Eszközök és berendezések bekerülési ára bruttó áron (e Ft-ban) számolva.

88. sz. táblázat

Eszköz és berendezés összesítő	Eszközök beszerzési bruttó ára (e Ft)
Általános Belgyógyászat	1 584
Diabetológia	796
Kardiológia	6 696
Általános sebészet	796
Szülészet-nőgyógyászat	1 870
Gyerekgyógyászat	872
Fül-Orr-Gégészet	2 646
Szemészet	11 096
Bőrgyógyászat	3 696
Neurológia	1 021
Pszichiátria	796
Szájsebészet	7 363
Reumatológia	2 146
Fizioterápia	4 677
Gyógytorna	
Gyógymasszázs	98
Általános labor FJ 1	60 000
Képalkotó diagnosztika R-1	80 000
Betegfektető	259
Egy napos sebészet	40 481
Összesen	226 886

Az építési és beszerzési költségek összefoglalása

„A” változat szerint

Az alábbi táblázatban, a teljes beruházási költséget összesítettük.

89. sz. táblázat

Költségnév	Bruttó költség (e Ft)
Építési költségek:	558 510
Eszközbeszerzési költség:	226 886
Összesen költségek:	785 396

7. 2. 7. A Kistérségi Egészségügyi Centrum működésének pénzügyi terve...

A Csurgó Kistérségi Egészségügyi Centrum TIOP -AT 2007-2008 támogatási konstrukcióban megvalósuló pályázati támogatásának egyik előfeltétele a megépítésre és majd működtetésre



kerülő kistérségi járóbeteg integrált szakmai ellátásokat nyújtó egészségügyi szolgáltatói közintézmény fenntarthatóságának megalapozását nyújtó pénzügyi terv bemutatása. **A kistérségi járóbeteg szakrendelő „A” szakmai változatához tartozó pénzügyi tervet mutatjuk be, az alábbiak szerint:**

Pénzügyi terv készítése legfontosabb alapvetései:

1. A TIOP - AT 2007-2008 pályázati rendszerében a kistérségi integrált járóbeteg szakrendelő létesítésére vonatkozóan csak olyan pályázat támogatható, amely tartalmazza a megvalósításra kerülő fejlesztés, beruházás fenntarthatóságára vonatkozó pénzügyi tervet.
2. A Csurgói Kistérségi Egészségügyi Centrum vonatkozásában csak olyan járóbeteg integrált szakmai szolgáltatásokat nyújtó egészségügyi intézmény tervezhető, amely minden tekintetben megfelel az egészségügyi intézmények és szakmai-szervezeti egységeik vonatkozásában meghatározott, a „szakmai minimumfeltételekről” szóló többször módosított 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet érvényes és hatályos szabályozásainak, az épített infrastruktúra (irányadó a 21/1998. NM rendelet), valamint a személyi és tárgyi feltételek (irányadó 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet) vonatkozó szabályozásainak.
3. Az intézmény várható bérköltségének (személyi juttatás + járulékok) tervezésénél a 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendeletben meghatározott és a szakmai-szervezeti egységekenként részletekben és egészében bemutatott „szakmai minimumfeltételek” szerinti létszámszükségletekből indultunk ki, a különböző munkaköri csoportokban meghatározott és alkalmazott bérbeállításoknál, részben a Kjt. szerinti, részben a hazai járóbeteg ellátási intézmények bérbeállításainak eddigi tapasztalataiból indultunk ki. A létszám és a bérköltségek tervezésénél a humánerőforrás gazdálkodási alapú szakmai hatékonysági szempontokat is maximálisan figyelembe véve, a jogszabályban meghatározott „szakmai minimumfeltételek” követelményeit vettük figyelembe, a fenti szabályozások tervezési jogkövetésére tekintettel.
4. A létszám és az ezzel összefüggő bérköltségek (kiadások) tervezésénél a Kistérségi Egészségügyi Centrum szakmai-szervezeti keretében működő Kistérségi Prevenció Iroda létszám és bérköltségeit külön terveztük meg (ez esetben is az a követelmény, hogy az iroda folyamatosan önfenntartó - önffinanszírozó - módon működjön.) jelenleg csak - a fenntarthatóság szempontjából meghatározó fontosságú - konkrét



egészségügyi szolgáltatói tevékenységekkel összefüggő járóbeteg szakellátási és egynapos sebészeti ellátási tevékenységek létszám és bérköltségeit mutatjuk be.

5. Az üzemeltetési költségek (a dologi kiadások) az intézmény egészére (valamennyi tevékenységével összefüggően) kerültek meghatározása, bruttó módon, a pályázat írásakor ismert és alkalmazható jelenlegi hazai „árfekvések” figyelembe vétele mellett. Mind a bérköltségek, mint az üzemeltetéssel összefüggő dologi jellegű költségek egy költségvetési évre vonatkozóan kerültek, külön-külön és együttesen is meghatározásra és bemutatásra.
6. A Kistérségi Egészségügyi Centrum egy évre szóló pénzügyi tervezése azt a hazai tapasztalatot és gyakorlatot is figyelembe vette, hogy a tisztán járóbeteg szakellátási szolgáltatásokat nyújtó egészségügyi intézményekben a bérköltségek, valamint a dologi jellegű költségek jelenleg átlagosan 70 %-os arányokat képviselnek az intézmények költségvetésében.
7. A Kistérségi Egészségügyi Centrum tevékenységétől elvárható bevételek tervezésénél abból indultunk ki, hogy a várhatóan a Csurgó Kistérség Többcélú Társulása tulajdonában és fenntartásában költségvetési szervként működő, szakmailag engedélyezett és finanszírozott járóbeteg integrált szakellátásokat és egynapos sebészeti ellátásokat nyújtó, közfinanszírozású és lakossági („lakossághoz közeli”) közellátásokat nyújtó intézmény tervezett szakmai kapacitásai a 361/2006. (XII. 28.) Kormányrendelet 8. § (1) bekezdése szerint előzetes kapacitásbefogadással illetve a RET-nél történő pályázattal befogadásra kerülnek. Az engedélyezett és a finanszírozásba befogadott (az EüM jelenlegi szóbeli, de még írásban nem rögzített tájékoztatása szerint 200 szakorvosi óra/hét szakorvosi kapacitás automatikusan majd befogadásra kerül a pályázat elfogadásakor, az e feletti többletkapacitási részt és az egynapos sebészeti ellátást kell majd a RET-en keresztül külön pályázni) kapacitásokra, valamint a területi ellátási kötelezettségére vonatkozóan az OEP által megállapított Teljesítmény Volumen Korlát meghatározásánál a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet jelenleg érvényes és hatályos szabályozási szerint jártunk el. A bevételi tervezésnél, valamint a fenntarthatósággal szorosan összefüggő költségvetési egyensúly tervezésénél is abból indultunk ki, hogy a Kistérségi Egészségügyi Centrum, a Többcélú Társulásnak az államháztartás szervezetéhez tartozó költségvetési intézményeként, az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény hatálya alá tartozó, költségvetésből gazdálkodó szervként fog működni, amelynek



költségvetési tervezésére és a költségvetésének végrehajtására az e törvényben és annak végrehajtási jogszabályaiban meghatározott szabályozások az irányadók.

8. A bevételi elvárhatóság tervezésének alapja tehát az volt, hogy meghatároztuk a jogszabályok szerinti személyi és tárgyi feltételekre vonatkozó várható kiadási szinteket és ezekhez a finanszírozási szabályok szerinti elvárható bevételi szinteket.

Béreköltségek tervezése I. „A változat” szerint

Járóbeteg szakellátás és egynapos sebészeti ellátás szakmai egységeinek létszám és bérköltségei

Az alábbi táblázatban, a 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendeletben meghatározott „szakmai minimum” létszámkövetelményekkel összefüggő bérköltségeket határozzuk meg, mutatjuk be összességében és munkaköri csoportonként, egy költségvetési évre vonatkozóan:

90. sz. táblázat

Munkakör	Létszám	Személyi juttatás bruttó eFt/fő/hó járulékokkal	Összesen/hó járulékkal eFt	Személyi juttatás/év járulékokkal eFt
Orvosi létszám:	-	-	-	-
Intézetvezető igazgató főorvos:	1	300	396	5 148
Szakorvosi létszám:	11	250	3 630	47 190
Egészségügyi szakdolgozók:				
Intézetvezető asszisztens, nem főállású:	1	180	238	3 089
Asszisztensek:	16	150	3 168	41 184
Gyógytornász:	1	160	211	2 746
Fizioterápiás asszisztens:	1	150	198	2 574
Gyógymasszőr.	1	130	172	2 231
Egynapos sebészet:				
Diplomás ápoló	1	170	224	2 917
Szakápoló	4	150	792	10 296
Műtősnő	2	160	422	5 491
Műtősfő	2	120	317	4 118
Takarítás				
Takarítónő	4	80	422	5 491
Egyéb létszám				
Adminisztrátor	1	110	145	1 888
Karbantartó	1	120	158	2 059
Összesen:	47	2230	10 494	136 422



Bérektervezés II. „A” változat szerint

Kistérségi Egészségügyi Centrum Kistérségi Prevenció Iroda

Létszám és bérektervezés, egy költségvetési évre.

91. sz. táblázat

Munkakör	Létszám	Személyi juttatás bruttó eFt/fő/hó járulékokkal	Összesen/hó járulékkal eFt	Személyi juttatás/év járulékokkal eFt
Kistérségi Prevenció Iroda:	-	-	-	-
Irodavezető-diplomás ápolónő	1	200	264	3 432
Kistérségi epidemiológus	1	150	198	2 574
Kistérségi egészségügyi adatbázis kezelője - informatikus	1	150	198	2 574
Összesen:	3	500	660	8 760

Bérektervezés III. „A” változat szerint

Kistérségi Egészségügyi Centrum gazdasági hivatala

Létszám és bérektervezés, egy költségvetési évre.

92. sz. táblázat

Munkakör	Létszám	Személyi juttatás bruttó eFt/fő/hó járulékokkal	Összesen/hó járulékkal eFt	Személyi juttatás/év járulékokkal eFt
Gazdasági hivatal:	-	-	-	-
Gazdasági igazgató:	1	250	330	4 290
Pénzügyi-számviteli ügyintéző:	1	160	211	2 743
Műszaki - Gazdálkodási ügyintéző:	1	160	211	2 743
Titkárság-adminisztrátor:	1	120	158	2 054
Finanszírozó-informatikus:	1	160	211	2 743
Összesen:	5	850	1 121	14 573



Bérektervezés IV. „A” változat szerint

Kistérségi Egészségügyi Centrum valamennyi egységének teljes létszám és bérektervezése
 Létszám és bérektervezés, egy költségvetési évre.

93. sz. táblázat

Munkakör	Létszám	Személyi juttatás bruttó eFt/fő/hó járulékokkal	Összesen/hó járulékkal eFt	Személyi juttatás/év járulékokkal eFt
Intézeti menedzsment:				
Intézetvezető igazgató főorvos:	1	300	396	5 148
Kistérségi Prevenció irodavezető	1	200	264	3 432
Gazdasági igazgató:	1	250	330	4 290
Intézetvezető asszisztens	1	180	238	3 089
Összesen:	4	-	1 228	15 959
Gyógyító-megelőző ellátások:				
Járóbeteg szakellátás:				
Járóbeteg szakellátás szakorvosai:	11	250	3 630	47 190
Járóbeteg szakellátás egészségügyi szakdolgozói:	19	590	3 749	48 735
Összesen:	30	-	7 379	95 925
Gyógyító-megelőző ellátások:				
Egynapos sebészeti ellátás:				
Egynapos sebészeti ellátás egészségügyi szakdolgozói:	9	600	1 755	22 822
Összesen:	9	-	1 755	22 822
Kistérségi epidemiológia és informatika Finanszírozás és kontrolling				
Kistérségi epidemiológus:	1	150	198	
Kistérségi adatbázis kezelő informatikus	1	150	198	
Összesen:	2	-	396	5 148
Gazdálkodás szervezete, adminisztr.				
Pénzügy, gazdálkodás, műszak, titkárság				
Pénzügyi-számviteli ügyintéző:	1	160	211	2 743
Műszaki-gazdálkodási ügyintéző:	1	160	211	2 743
Titkárnő ügyintéző:	1	120	158	2 054
Egészségügyi adminisztrátor	1	110	145	1 885
Finanszírozó-informatikus	1	160	211	2 743
Takarítónő:	4	80	422	5 486
Karbantartó:	1	120	158	2 054
Összesen:	10	-	1 516	19 708
Mindösszesen létszám és bérektervezés:	55	-	12 274	159 562



A Csurgoi Kistérség Egészségügyi Centrumának „A” változatának létszám és bérköltség tervezése az intézmény egészére vonatkozóan, a létszámban: 55 fővel, a havi bérköltségben 12 274 eFt-al, éves bérköltség szintjén 159 562 eFt-al számol. Valamennyi, a létszámmal és a bérköltséggel foglalkozó tervezés az éves szintű bérköltségbe a Kjt. szerinti 13. havi juttatást is beleszámítja, így a költségvetési évre kiszámított bérköltség 13 hónapra kiszámított.

Kistérségi Egészségügyi Centrum teljes üzemeltetési költségei „A” változat szerint

94. sz. táblázat

Költség név	Fajlagos / egységár (e Ft)	Érték	Érték mértékegység	Nettó Költség (eFt)	Bruttó költség (eFt)
Energia és hulladékkezelési	2,7	5 710	lm3	15 416	18 499
Ingatlan fenntartási	2%	536 228	építési költség	10 725	12 869
Élelmezési	1,5	1 000	adag	1 500	1 800
Eszköz karbantartási	4%	226 886	beszerzési költség	9 075	10 891
Mosatási költségek	0,18	2 500	kg	438	525
Takarítási	14	1 500	m2	5040	6 048
Sterilizálás	2,51	6 250	doboz	15 706	18 848
Éves összesen:	-	-	-	57 900	69 480

Kistérségi Egészségügyi Centrum fenntartása költsége „A” változat szerint egy költségvetési évre számítva.

95. sz. táblázat

Költség megnevezése	Bruttó költség (e Ft-ban)	Összes költség %-ában
Bérköltségek összesen:	159 562	70 %
Üzemeltetési költségek:	69 480	30 %
Teljes fenntartási költség:	229 042	100 %

A Csurgo Kistérségi Egészségügyi Centrum éves szintű és teljes körű fenntartási költségei, az „A” szakmai változat szerinti pénzügyi modellezés alapján közelítően és nagyságrendjében 300 millió Ft/év nek megfelelő összegnek felelnek meg, ennek várhatóan mintegy a 70 %- át bérköltségek és 30 %-át az üzemeltetési (dologi) költségek teszik ki.

Elvart OEP bevételek ismertetése

A Kistérségi Egészségügyi Centrum működésének fenntartásához szükséges elvart bevételek meghatározását, az alábbi szempontok figyelembe vételével végeztük el:

1. A pályázat benyújtásának és a támogatási konstrukcióhoz kapcsolódó pénzügyi támogatás elnyerésének alapvető feltétele az intézmény fenntartható működésének



legalább középtávú biztosítása, amennyiben a pályázat benyújtására jogosult Többcélú Társulásnak, mint az intézmény jövőbeli tulajdonosának és fenntartójának kötelezettséget kell vállalnia arra vonatkozóan, hogy legalább 5 éves időtartamra biztosítja az intézmény működésének a pályázati céloknak megfelelő fenntartását.

2. A fenntarthatóság alapkérdése, hogy az intézmény működését a szakmai-gazdasági egyensúly mellett a bevétel és a kiadás folyamatosan fennálló egyensúlya jellemezze, azaz az intézmény likviditása és szolvenciája folyamatosan fennálló és érvényesülő legyen az intézmény működése során.
3. A fenntarthatóság három pénzügyi tartóoszlopaként szerepel, egyrészt a gyógyító-megelőző betegellátási szolgáltatásokért - járóbeteg szakellátás és az egynapos sebészeti ellátások vonatkozásában. - a teljesítményelvű finanszírozással, a járóbeteg szakellátásra és az egynapos sebészeti ellátások finanszírozására biztosított intézményi Teljesítmény Volumen Korlát szerinti OEP finanszírozás, másrészt a prevenciók tevékenység (valamint az ezt szervező és irányító Kistérségi Prevenciók Iroda) működtetésének és fenntarthatóságának alapját képező és az II. NFT TÁMOP-AT 2007-2008 támogatási konstrukciói szerinti pályázati támogatások, végül a tulajdonosi és a fenntartói kötelezettségekkel rendelkező Többcélú Társulás működési jellegű hozzájárulásai. Tekintettel arra, hogy a Csurgói kistérség a 28 hazai leghátrányosabb helyzetű kistérség egyike és településeinek igen széles köre számít a leghátrányosabb helyzetű települések közé, a bevételi tervezést, illetve az intézményi likviditási tervezést úgy kell kialakítani, hogy az intézmény meghatározó önfinanszírozó képességgel rendelkezzen (bevételiből fedezze kiadásait) és az intézményi fenntartó képesség meghatározó tényezője legyen az intézmény önfenntartó képessége.
4. A bevételi tervezés azzal számol, hogy a Kistérségi Egészségügyi Centrum területi ellátási kötelezettsége valamennyi járóbeteg szakfeladatban kiterjed majd a kistérség egészére és járóbeteg ellátási szakfeladatai és az egynapos sebészeti ellátása a tervezésnek megfelelő szakmastruktúrában és kapacitásméretben, valamint kapacitásstruktúrában finanszírozási befogadásra kerül majd, részben a pályázat elfogadása, részben a RET-nél esetlegesen szükségessé váló külön pályázat alapján.
5. Az intézmény fenntarthatóságának (a megfinanszírozható hozzáférhetőség) alapvető kérdése, hogy az intézmény az engedélyezett és finanszírozott kapacitásait maximálisan használja ki, tehát a tervezett és vállalt betegforgalom és az ezzel kapcsolatos OEP bevételek megfelelő méretben és megfelelő havi ütemezéssel folyamatosan rendelkezésre álljanak az intézmény finanszírozásához. A bevételi



tervezés azzal számolt, hogy a legalább 30 szakorvosi óra/hét rendelési idejű járóbeteg szakfeladati ellátásokat nyújtó szakrendelések a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendeletben meghatározott 5 perces időtartamú kötelező normatív ellátási idő figyelembe vétele mellett, a reálisan ellátási időként számított átlagos 10 perces ellátási időtartamot figyelembe véve folyamatosan legalább 80 %-os kapacitáskihasználtságuk legyenek. A bevételi terv - betegforgalmi tervezési alapja. - azzal számol, hogy a 30 szakorvosi óra/hét finanszírozott kapacitású szakrendelések heti betegforgalmának a reális 10 perces átlagos ellátási időtartamában maximálisan ellátható heti 180 eset 80 %-a, azaz 144 beteg ellátása várható el, a napi elvárt betegforgalom így 5 napos folyamatos rendelés mellett 28,8 eset/rendelési napnak felel meg. Ezt a betegforgalmi elvárást érvényes szintre vetítve, ez azt jelenti, hogy a heti 30 szakorvosi óra/hét kapacitással és reálisan 10 perces átlagos ellátási idővel, valamint az így számított 80 %-os átlagos kihasználtsággal működő szakrendelés éves betegforgalmi elvárása - átlagosan évi 50 munkahétre számítva. - közel 7200 eset/évnek felel meg. A 15-30 szakorvosi óra/hét kapacitással rendelkező szakrendeléseknél a fenti szisztéma szerinti betegforgalmi tervezésnél az elvárás a reális 10 perces ellátási időnek megfelelő legalább 70 %-os, a 15 szakorvosi óraszám/hét (töredékórás) alatti kapacitással működő szakrendeléseknél a legalább átlagosan 60 %-os kihasználás. Az elvárt esetszám mellett, valamennyi szakrendelés vonatkozásában olyan teljesítendő járóbeteg CM-indexel számoltunk, hogy éves szinten átlagosan a 1 járóbeteg ellátott és finanszírozott esetre jutó német pontszám legalább 1 eset/800 német pont, az 1 laborpontra 1 eset/1000 pont legyen.

6. Az egynapos sebészeti ellátás során, az éves szinten ellátott esetszám-tervet évi 1000 esetre vonatkozóan készítettük el, ennek megfelelően a havi esetszámban közel 84 esettel számoltunk, hetente, pedig két műtétes napon, naponta 10-10 eset ellátásával számoltunk. Az egynapos sebészeti beavatkozások után jelenleg átlagosan elszámolható 0,6 HBCS-t vettük figyelembe az 1000 éves esetszám 80 %-ára számítva. A 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet szabályozásait és a kihirdetett - 2007. április 1.-től hatályos díjtételeket követve - a németpont esetében 1,46 Ft, a HBCS vonatkozásában a 146 eFt/HBCS díjtételekkel számoltunk a pénzügyi tervezésnél.
7. A Kistérségi Prevenció Iroda működését az önfinanszírozó alaphelyzetre terveztük, azaz a pénzügyi tervezés azzal számol, hogy az Iroda tevékenységét és a fenntartási költségeit teljes körben fedezik a pályázati támogatások forrásai (természetesen nemcsak az európai uniós pályázatok, hanem más hazai és nemzetközi kiírású pályázatok is.), azaz az Iroda fenntartási és működtetési költségei érdemben nem



fogják csak az általános (ráosztott) üzemeltetési költségek szintjén fogja terhelni az intézmény költségvetését. A szakértői tanulmány nem javasolja, és nem támogatja azt a megoldást, hogy a kistérségi prevenciós kiadások a gyógyító jellegű egészségügyi szolgáltatások bevételeiből kerüljenek finanszírozásra.

8. A Kistérségi Egészségügyi Centrummal szakmai integrációban fog a szakmai tervezésben foglaltak szerint működni a Kistérségi Központi Háziiorvosi Ügyelet (várhatóan a jelenlegi telephelyi elhelyezése mellett.), amelynek fenntartása a Többcélú Társuláshoz, működtetése a szakértői javaslatban foglaltak szerint továbbra is közreműködőként az Emergency Service Kft.-hez tartozna. A Kistérségi Központi Háziiorvosi Ügyelet jelenlegi finanszírozási konstrukciója továbbra is a jelenlegi rendszerben működne, a Többcélú Társulás a Feladatellátási szerződésben foglaltak szerint látná el továbbra is az ügyelet finanszírozását (OEP finanszírozás és önkormányzati hozzájárulás), a szerződésben meghatározott formában, mértékben és teljesítésben.
9. A 8840 Csurgó Bakay u 9 sz. alatt működő intézményben - a szakrendelő kivételével - a jelenlegi elhelyezések megmaradnának, de a tagintézmények - a Bölcsőde kivételével - szakmailag a Kistérségi Egészségügyi Centrumhoz integrálódnának, bizonyos mértékű - SZMSZ szerint szabályozandó - szervezeti és gazdálkodási önállóság (részjogkör) meghagyása mellett. Gazdálkodásuk és finanszírozásuk nem kapcsolódna a Kistérségi egészségügyi Centrum költségvetésének folyó és éves teljesítéséhez.
10. A Kistérségi Egészségügyi Központ „A” változatú szakmai terve szerinti és az 5. pontban meghatározott betegforgalmi (elvárási) tervezéséből jól látható, hogy az intézmény csak és kizárólag a Csurgói kistérségben élő kb. 18 500 fős népesség (az igen kedvezőtlen morbiditási és mortalitás mutatók alapján) folyamatos ellátásából biztosan nem tartható fenn. **Az „A” változat, amely egy szakmailag vállalható, számos ellátási igényt lefedő, a fenntarthatóságot illetően azzal számol, hogy az intézet területi ellátási kötelezettsége jelentősen meg fogja haladni a Csurgói kistérséget és elsősorban a Barcsi kistérséggel közös ellátási övezet alakul ki.**



**Csurgói Kistérség Egészségügyi Centrumának
szakmai és kapacitásterve (szakmai szempontú súlyozásokkal is.)**

96. sz. táblázat

Sorszám	Szakmakód	Szakma megnevezése	Kapacitás óra/hét	Éves szintű esetszám (fő)	Rendelési idő
1.	0100	Általános belgyógyászat és hypertonológia	30	7200	Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
2.	0123	Diabetológia	10+10*	2500	Kedd és Csütörtök 14.00 - 19.00 Diétás tanácsadás Hétfő és Szerda 14.00 - 19.00
1.+2.	Belgyógyászat és társszakmai:		40 + 10*	9 700	Igény: 2 db. Belgyógyászati szakrendelő
3.	4000	Klinikai Kardiológia	18		Hétfő - Szerda - Péntek: 9.00 - 15.00
4.	4004	Echokardiográfiás diagn.	8		Kedd és Csütörtök: 8.00 - 12.00
5.	4005	EKG és Holter diagn.	4		Hétfő - Szerda: 8.00 - 9.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 13.00
3. + 5.	Kardiológia:		30	7200	Igény: 1 db. Kardiológiai szakrendelő
6.	0200	Általános sebészet	20		Hétfő - Péntek: 8.00 - 12.00
7.	0206	Proctológia	10		Hétfő - Péntek: 12.00 - 14.00
6+7.	Sebészet és társszakmai:		30	7 200	Igény: 1 db. Sebészeti szakrendelő
8.	0400	Ált. szülészet-nőgyógyászat	20		Hétfő - Péntek: 8.00 - 12.00
9.	0401	Terhesgondozás	10		Hétfő - Péntek: 12.00 - 14.00
10.	0402	Nőgyógy. onkológiai szűrés	6		Kedd és Csütörtök: 14.00 - 17.00
8.+10.	Szülészet - Nőgyógyászat:		36	7 200	Igény: 1 db. Szül. - Nőgyógy. szakrendelő
11.	0500	Csecsemő-és gyermekgy.	15		Hétfő: 8.00 - 13.00 Szerda: 13.00 - 18.00 Péntek: 8.00 - 13.00
12.	0512	Gyermek pszichiátria	10		Kedd és Csütörtök: 14.00 - 19.00
11. + 12.	Csecsemő és gyermekgyógyászat:		25	2 000	Igény: 1 db. Csecs. - gyermek. szakrendelő
13.	0600	Általános fül-orr-gége	12		Kedd: 8.00 - 14.00 Csütörtök: 12.00 - 18.00
13.	Fül - orr - gégészet:		12		Igény: 1. db. a Szemészeti szakrendeléssel közös Fül-orr-gégészeti szakrendelő
14.	0700	Általános szemészet	18		Hétfő: 8.00 - 14.00 Szerda: 12.00 - 18.00 Péntek: 8.00 - 14.00
14.	Szemészet:		18		Igény: 1. db. Fül-orr-gégészeti szakrendeléssel közös Szemészeti szakrendelő
15.	0800	Bőrgyógyászat	12		Hétfő: 8.00 - 12.00 Szerda: 14.00 - 18.00 Péntek: 8.00 - 12.00
15.	Bőrgyógyászat:		12		Igény: 1. db. Bőrgyógyászati szakrendelő
16.	0900	Általános ideggyógyászat	18		Hétfő: 12.00 - 18.00 Szerda: 8.00 - 14.00 Csütörtök: 12.00 - 18.00



96. sz. táblázat folytatása

Sorszám	Szakmakód	Szakma megnevezése	Kapacitás óra/hét	Éves szintű esetszám (fő)	Rendelési idő
16.	Ideggyógyászat:		18	3 000	Igény: 1. db. a Pszichiátriai szakrendeléssel közös Ideggyógyászati szakrendelő
17.	1800	Pszichiátria	12		Kedd és Péntek: 8.00 - 14.00
17.	Pszichiátria:		12	2 400	Igény: 1 db. az Ideggyógyászati szakrendeléssel közös Pszichiátriai szakrendelő
18.	1301	Szájsebészet	20		Hétfő: 8.00 - 12.00 Kedd: 12.00 - 16.00 Szerda: 8.00 - 12.00 Csütörtök: 12.00 - 16.00 Péntek: 8.00 - 12.00
19.	1306	Fogászati röntgen	10		Hétfő: 12.00 - 14.00 Kedd: 10.00 - 12.00 Szerda: 12.00 - 14.00 Csütörtök: 10.00 - 12.00 Péntek: 12.00 - 14.00
18.+19.	Fogászati és szájsebészeti ellátás:		30	1 500	Igény: 1 db. Fogászati-szájsebészeti szakrendelő és 1 d. telepített fogászati röntgen
20.	1401	Reumatológia	30		Hétfő - Szerda - Péntek: 8.00 - 14.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 18.00
21.	5722	Fizioterápia (asszisztensi)	30*		Hétfő - Szerda - Péntek: 8.00 - 14.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 18.00
22.	5711	Gyógytorna	30*		Hétfő - Szerda - Péntek: 8.00 - 14.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 18.00
23.	5712	Gyógymassázs	30*		Hétfő - Szerda - Péntek: 8.00 - 14.00 Kedd és Csütörtök: 12.00 - 18.00
20. + 23.	Reumatológia és fizioterápia:		30+90*	9 000	Igény: 1 db. Reumatológiai szakrendelő 1 db. Fizioterápiás rendelő 1 db. Gyógytornarendelő 1 db. Gyógymasszőr rendelő
24.	5000	Általános lab. diagnosztika	30*		Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
25.	5001	Ált. kémiai lab. diagnoszt.	30		Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
24. + 25.	Laboratórium:		30+30*	72 000	1 db. FJ1 minősítésű laboratórium
26.	5100	Általános Rtg. diagnosztika	30	1	Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
27.	5301	Ultrahang diagnosztika	30	1	Hétfő - Péntek: 8.00 - 14.00
26. +27.	Képalkotó diagnosztika: Digitális képalkotó Rtg. diagnosztika. Digitális archiválás. Digitális leletkommunikáció.		60	3000	Igény: 1 db. Felvételező és átvilágító egység 1 db. Hasi és nőgyógyászati ultrahang egység 1 db. Echokardiográfiás egység 1 db. Fogászati röntgen egység is itt lenne elhelyezve.



96. sz. táblázat folytatása

Sorszám	Szakmakód	Szakma megnevezése	Kapacitás óra/hét	Éves szintű esetszám (fő)	Rendelési idő
1. + 27.		Összes szakorvosi és nem szakorvosi óra:	383+130* Összesen: 513 óra/hét	59 700 járó eset. 72 000 labor eset.	Járó CM-index átlag: 800 pont/eset Labor CM index átlag: 1000 pont/es. Szakmai súlyozások is tervezendők. Járóbeteg alapdíj: 1,46 Ft/pont Irány kihasználtsági %: Heti 30 óra esetén: 80 % Heti 15-30 óra esetén: 70 % Heti 15 óra alatti esetén: 60 % Normatív ellátási idő: 5 perc/eset Reális ellátási idő: 10 perc/eset
Járóbeteg szakellátásból számított éves bevétel:			383+130*	59 700 eset	800 pont/eset
Labor ellátásból számított éves bevétel:				72 000 eset	1000 pont/eset
Egynapos sebészeti ellátás 80 %-os kihasználással:			1000 eset	800 eset	0,6 HBCS/eset
Éves intézményi bevétel összesen:					244 929 600 Ft

Kistérségi Egészségügyi Központ pénzügyi fenntarthatósági tervezése
Tervezett bevételek és tervezett kiadások egyeztetése egy költségvetési évre számolva

97. sz. táblázat

Megnevezés	Költségvetési tétel (e Ft-ban)
Összes tervezett éves szintű bevétel:	244 929 000
Összes tervezett éves szintű kiadás:	229 042 000
Tervezett bevétel és tervezett kiadás eltérése:	15 887 000

Kistérségi Egészségügyi Központ „A” változat szakmai, pénzügyi értékelése

A Csurgói Kistérségi Egészségügyi Központ „A” változatú („A”- akcióterv változat) szakmai és pénzügyi tervezésének értékeléséhez, a következő megállapításokat tehetjük meg:

1. A Kistérségi Egészségügyi Központ szakmai és pénzügyi terve egymást kölcsönösen feltételező és egymással összeérő, a szakmai terv a betegforgalmi tervezéseknél a szakmai súlyozási szempontok és a tényleges betegigények, valamint a jogos szükségletek és a kapacitások kihasználására vetített forgalmi elvárhatóság mellett a finanszírozhatóság szempontjait is figyelembe veszi.
2. Alapkérdés, hogy az intézmény tervezett kiadásai a tervezett bevételiből önfinanszírozó módon biztosíthatóak legyenek, tehát a létesítendő intézmény, figyelembe véve a Többcélú Társulás igen korlátozott pénzügyi lehetőségeit feltétlenül önfenntartó legyen, azaz működése a Többcélú Társulás, illetve a kistérségi önkormányzatok számára a fenntartói oldalról többletköltséggel ne járjon.
3. Az intézmény pénzügyi fenntarthatósága szorosan összekapcsolódik azzal, hogy megkapja-e az OEP-től a járóbeteg szakellátás és a laboratóriumi diagnosztika



finanszírozhatóságához szükséges megfelelő méretű és németpont alapú Teljesítmény Volumen Korlátot , valamint az egynapos sebészeti ellátások finanszírozhatóságához szükséges HBCS alapú Teljesítmény Volumen Korlátot.

4. Az intézmény működési kiadásainak fedezetül szolgáló bevételekhez szükséges, hogy az intézmény járóbeteg szakellátási TVK-ja éves szinten legalább 47 760 000 német pont (3 980 000 német pont/hó) legyen, amely éves szinten a jelenlegi 1,46 Ft/pont értéken finanszírozva éves szinten 69 729 600 Ft bevételhez kell, hogy juttassa az intézményt. Az ehhez tartozó éves szinten elvártan ellátott esetszámot 59 700 eset/év szinten határoztuk meg és feltételezve, hogy a kistérségi járóbeteg szakellátás a járóbeteg szakellátás progresszivitási alapszintjén fogja a betegellátást biztosítani az 1 esetszám alapján elvárható átlagos német pontszámot (járóbeteg CM-index) 800 pont/ esetben határoztuk meg. Megjegyezni kívánjuk a betegforgalmi tervezéshez, hogy a Városi Egészségügyi Szolgálat kimutatása szerint a 2006. évben az összesen 52 szakorvosi óra/hét kapacitás használata mellett 6 240 eset ellátására került sor a csurgó szórvány szakrendeléseken, míg a heti 1 szakorvosi órára befogadott laboratórium (egyedül Szerdai napon rendelve) éves szinten mintegy 11 520 esetet látott el és tudott elszámolni. A szakmai tervben meghatározott szakorvosi kapacitás a jelenlegi kapacitásról (összesen 52 szakorvosi óra/hét), igen jelentősen 383 szakorvosi óra/hét kapacitásra növekedne, a jelenlegi hiányzó nem szakorvosi óraszám 130 nem szakorvosi óra/hét kapacitásra növekedne, a betegforgalom várható alakulása is lényegében ezt követné. A szakmai terv azzal számol, hogy éves szinten mintegy 72 000 laboreset ellátására kerülne sor, tehát 1 járóbetegként ellátott esetre lényegében 1,2 labor eset jutna. Az 1 laboresetre jutó német pontszám átlagosan 1000 pont/laboreset , a 72 000 eset/év esetszám után várható éves szintű bevétel nagysága 105 120 000 Ft. Ez a bevétel azt feltételezi, hogy 1000 pont/laboresettel és német pontonként 1,46 Ft-al számolva az intézménynek a labor TVK vonatkozásában éves szinten összesen: 72 000 000 német pontra lenne szüksége. Az egynapos sebészeti ellátások vonatkozásában a szakmai terv azzal számolt, hogy 1000 eset 80 %-át tudja majd átlagosan 0,6 HBCS/eset CM-index mellet teljesíteni, ami azt jelenti, hogy az egynapos sebészeti ellátásokból legalább 70 080 000 Ft-ot kell az intézménynek realizálni. Ez azt jelenti, hogy az egynapos sebészeti ellátások vonatkozásában a HBCS 146 000 Ft-os díját figyelembe véve az intézménynek legalább 480 HBCs/év TVK-ra van szüksége a finanszírozhatóságához.



5. **A fentieket figyelembe véve és azokat összegezve megállapítható, hogy a Kistérségi Egészségügyi Központ szakmai tervében meghatározott kistérségi szakrendelő működése a szakmai és a pénzügyi tervezés jelenlegi adatai alapján fenntartható, ha a bevételi tervezés során meghatározott szakmákban és kapacitásokban valamint a TVK igények vonatkozásában az OEP támogatja a Többcélú Társulás fenntartói igényeit. Összegezve az éves szintű TVK igényeket: 1. Járóbeteg szakellátás: 47 760 000 német pont, 2. Járóbeteg laborellátás: 72 000 000 német pont, 3. Egynapos sebészeti ellátás: 480 HBCS.**
6. A prevenciók tevékenységekkel összefüggő pályázati bevételeket a bevételi tervezésnél nem kalkuláltuk, de feltételeztük azt, hogy a Kistérségi Prevenciók Iroda működése a pályázati támogatásokból fenntartható, önfinanszírozó jellegű lesz.
7. A szakmai és a pénzügyi terv hangsúlyosan számol azzal, hogy az intézmény területi ellátási kötelezettsége a kistérség népességénél nagyobb népességre fog kiterjedni, amelynek nagyságát 30-40 ezer főben javasoljuk (Barcsi kistérség) kialakítani.



8. Összefoglaló és szakértői ajánlások

A Csurgói Kistérség Egészségügyi Centrumának szakmai és pénzügyi tervezésével összefüggően, a leírtak összefoglalásául és javaslati oldalról is, a következőket mondhatjuk el:

1. A Csurgói Kistérségi Egészségügyi Centrum létesítése a kistérség életének a közeli jövő egyik meghatározó szakmai és pénzügyi fejlesztési projektje, amely messzemenő hatással fog majd bírni a kistérség egészségügyi infrastruktúrájának fejlesztésére, a kistérségben élő népesség életkörülményeinek alakulására, életminőségének, egészségvédelmének javítására és betegségei esetén a korszerű feltételű ellátásokhoz való hozzáférésére.
2. A kistérség jelenlegi leghátrányosabb helyzete, a kistérségre vonatkozó alap és számított mutatók alapján minden tekintetben megfelel az TIOP-AT 2007-2008 előzetes pályázati tervezési követelményeinek, tehát a kistérség Többcélú Társulása igen jó eséllyel pályázhat a Kistérségi Egészségügyi Centrum megépítésére vonatkozó támogatási konstrukcióra, „zöld mezős” beruházási formációban.
3. A szakmai terv részletesen körvonalazta a létesítendő intézmény szakmai feladatainak körét a járóbeteg szakellátásban, az egynapos sebészeti ellátásokban, valamint a Kistérségi Prevenációs Iroda működésében. Bemutatta a szakmai koordinációk irányát és feltételeit a Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelet, valamint a szociális szolgálatok vonatkozásában és világosan tisztázta viszonyát a jelenlegi Városi Egészségügyi Szolgálatához. Az integrált járóbeteg szakellátási feladatok ellátása mellett meghatározó hangsúlyokkal szerepel a szakmai tervben a kistérségi prevenció feltételrendszerének alapvető javítása is.
4. A pénzügyi tervezés tisztázta, hogy a tervben meghatározott feltételek teljesítése esetén a létesítendő intézmény fenntartható, likviditása biztosított, solvenciája folyamatosan fenntartható.
5. Lényegi kérdés, hogy a szakmai és pénzügyi tervben meghatározott ajánlások alapján a Többcélú Társulás alakítsa meg mihamarabb a projekt-menedzsmentet, és ütemezetten készüljön fel a közeli jövőben kiírandó pályázatra, ütemezetten és időarányosan kezdje meg és folytassa le a pályázatot, előkészítő egyeztetéseket és megbeszéléseket az érdekelt és



érintett felekkel (partnerekkel), hozzon határozatot a Többcélú Társulás a pályázaton való részvétel tárgyában, készítsem intézkedési tervet a várható feladatok ütemezésére.

6. A Többcélú Társulás folytasson egyeztetéseket a területi ellátási kötelezettség bővítésére, további települési önkormányzatok (főleg a Barcsi kistérség) bevonására, az ellátandó lakosságszám legalább 30-40 ezer főre történő növelése érdekében, amely az intézményi fenntartó képesség egyik fontos tartóoszlopa lesz a betegforgalmi teljesítés oldaláról.

Budapest, 2007. június

Kató és Társa 2003. Tanácsadó Kft.

