

Békés megyei egészségügyi stratégia



Békés Megyei Önkormányzat

2016.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Tartalomjegyzék

1. Ágazati besorolás	3
2. Az ágazat hazai szerepe, jelentősége.....	5
3. Nemzetközi kitekintés	11
3.1 Nemzetközi folyamatok.....	11
3.2 „Jó gyakorlatok” az ágazat fejlesztésére	12
4. Az ágazat súlya Békés megye gazdaságában	13
4.1. Alapellátás	13
4.2. Középfokú egészségügyi ellátás	17
4.3 Fekvőbeteg ellátás	19
4.4 Mentőautó-állomány nagysága, készenléte, mentők kiérkezési ideje	20
5. Problémák feltárása	24
6. Javaslatok a befektetés-ösztönzésre és a munkahelyteremtésre.....	27

1. Ágazati besorolás

Gazdasági Tevékenységek Egységes Ágazati Osztályozási Rendszere (TEÁOR 08) szerint:

TEÁOR 08 Q, Humán egészségügyi, szociális ellátás

86 Humán-egészségügyi ellátás

861 Fekvőbeteg-ellátás

- 8610 Fekvőbeteg-ellátás

862 Járóbeteg-ellátás, fogorvosi ellátás

- 8621 Általános járóbeteg-ellátás
- 8622 Szakorvosi járóbeteg-ellátás
- 8623 Fogorvosi járóbeteg-ellátás

869 Egyéb humán-egészségügyi ellátás

- 8690 Egyéb humán-egészségügyi ellátás

87 Bentlakásos, nem kórházi ápolás

871 Bentlakásos, nem kórházi ápolás

- 8710 Bentlakásos, nem kórházi ápolás

872 Mentális, szenvedélybeteg bentlakásos ellátása

- 8720 Mentális, szenvedélybeteg bentlakásos ellátása

873 Idősek, fogyatékosok bentlakásos ellátása

- 8730 Idősek, fogyatékosok bentlakásos ellátása

879 Egyéb bentlakásos ellátás

- 8790 Egyéb bentlakásos ellátás

88 Szociális ellátás bentlakás nélkül

881 Idősek, fogyatékosok szociális ellátása bentlakás nélkül

- 8810 Idősek, fogyatékosok szociális ellátása bentlakás nélkül

889 Egyéb szociális ellátás bentlakás nélkül

- 8891 Gyermek napközbeni ellátása
- 8899 M.n.s. egyéb szociális ellátás bentlakás nélkül

2. Az ágazat hazai szerepe, jelentősége

Az egészségügy a gazdaság egyik alapja, hiszen a társadalom ellátása fontos feladat. Tekintettel arra, hogy betegek mindig voltak és lesznek, ez egy olyan ágazat, aminek a minőségi fenntartása az egyik legfontosabb tevékenység. Fontos, hogy erősítsék az emberek egészségtudatosságát, javítsák az egészségmagatartásukat, illetve kiemelt jelentőséggel bír a prevenció tevékenységek szerepének hangsúlyozása a köztudatban. A másik oldalt is figyelembe véve kiemelt cél a megfelelő infrastruktúra kialakítása, a berendezések korszerűsítése és természetesen a megfelelő bérezés sem utolsó szempont, hiszen az ágazatban még mindig rendkívül magas az elvándorlás aránya.

Hazánk jelentős lemaradással küzd a nemzetközi egészségiparhoz viszonyítva. A lakosság egészségi állapota nagymértékben eltér az Európai Unió átlagától, a születéskor várható élettartam például majdnem 8 évvel marad el. Az egészségipar hatékonyságát befolyásolják a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági tényezők és az ellátó rendszer különböző problémái is. Hazánkban nem jut jelentős szerephez a prevenció, pedig a nemzetközi példák alátámasztják, hogy az egészségipar ott működik hatékonyan, ahol átfogó programokkal segítik az ágazat boldogulását.

A magyar lakosságon belül¹ a felnőttek 55%-a szenved valamilyen krónikus betegségben, ezek közül kiemelkedő a magas vérnyomás, szív- és érrendszeri betegségek, hát- és gerincfájás, ízületi kopás és cukorbetegség. Igen magas a krónikus depresszió is a lakosság körében. Az egészségi állapotot negatívan befolyásoló tényezők közül jelentős a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a mozgásszegény, illetve egészségtelen életmód szerepe.

A várható élettartam² magasabb a nők esetében, ugyanakkor hajlamosabbak betegségekre is. Az egészségesen várható élettartam értéke magasabb a férfiak körében. Hazánkban a nők átlagos élettartama 65,5, férfiaknál 59,2 év. A nők Nyugat-Dunántúlon vannak a legjobb helyzetben, ahol várható egészséges élettartamuk 64,3 év, míg az Észak-Alföldön ugyanez a csoport 10 évvel kevesebbre számíthat. Hazánkban a várható és az egészségesen várható élettartam is alul marad az uniós átlaghoz képest.

Az egészségtelen életmód egyik tényezője a mozgáshiány, amely sok esetben túlsúlyhoz, elhízáshoz vezet. Ez hozzájárulhat a cukorbetegség, a daganatos megbetegedések, valamint a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásához is. A lakosság 2/3-a napi 10 percet sem sportol.

¹ <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

² <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/elettart.pdf>

Pedig a rendszeres gyaloglás vagy kerékpározás is egészségvédő szereppel bír. A felnőtt népesség mindössze 4,5%-a sportol rendszeresen.

A megyei lakosság körében a vezető halálokok körébe tartoznak a keringési és a daganatos megbetegedések. További súlyos problémát jelentenek a magatartási zavarok és a mentális betegségek. Az egészségtelen életmódhoz nagyban hozzájárul a túlzott alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás és a mozgásszegény életmód. Békés megyében kb. 70 ezer tartósan beteg ember él, akik életminőségének fenntartásához támogatás lenne szükséges. A lakosság munkaképességét hátrányosan befolyásolja a rossz egészségi állapot.

Erősségek	Gyengeségek
<ul style="list-style-type: none"> ➤ magas színvonalú szakember-képzés ➤ széleskörű oktatási kínálat ➤ beruházások növekedése 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ hosszú várólisták ➤ alacsony jövedelmek ➤ hálapénz ➤ ellátás színvonala ➤ betöltetlen praxisok ➤ magas adósságállomány ➤ háziorvosi rendszer finanszírozási nehézsége
Lehetőségek	Veszélyek
<ul style="list-style-type: none"> ➤ béremelés ➤ életpálya modell kialakítása ➤ ösztöndíj programok létrehozása ➤ infrastruktúra fejlesztése ➤ duális képzés erősítése ➤ paraszolvencia előfordulásának visszaszorítása ➤ ingyenes szűrővizsgálatok számának növelése 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ elvándorlás ➤ infrastruktúra további romlása ➤ szakemberhiány ➤ forráshiány ➤ előregedő korfa az orvosok körében ➤ új belépő fiatal orvosok alacsony száma

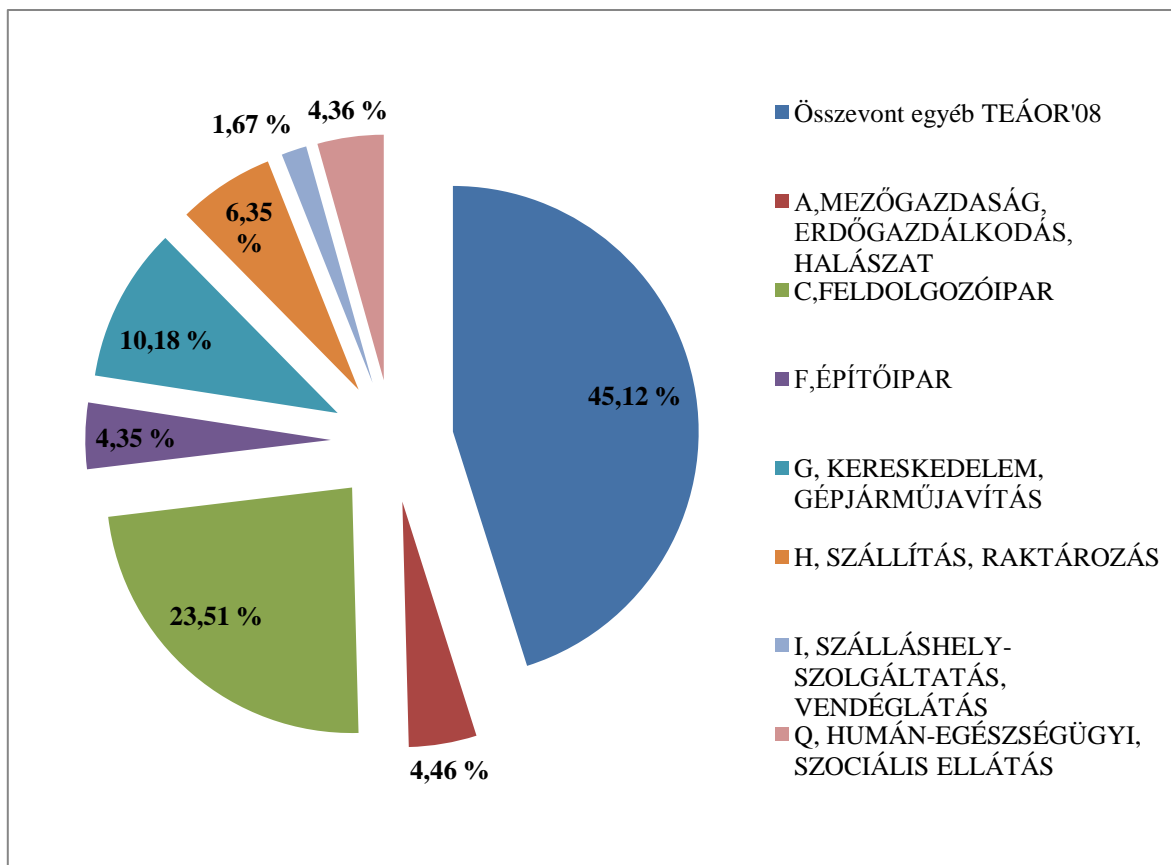
1. táblázat - Az egészségügy SWOT elemzése
(Forrás: saját szerkesztés)

Év	Humán-egészségügyi, szociális ellátás részaránya (%) a GDP termelésében
2005	4,56
2006	4,31
2007	4,14
2008	4,11
2009	4,19
2010	4,06
2011	3,96
2012	4,34
2013	4,39
2014	4,36

2. táblázat
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)

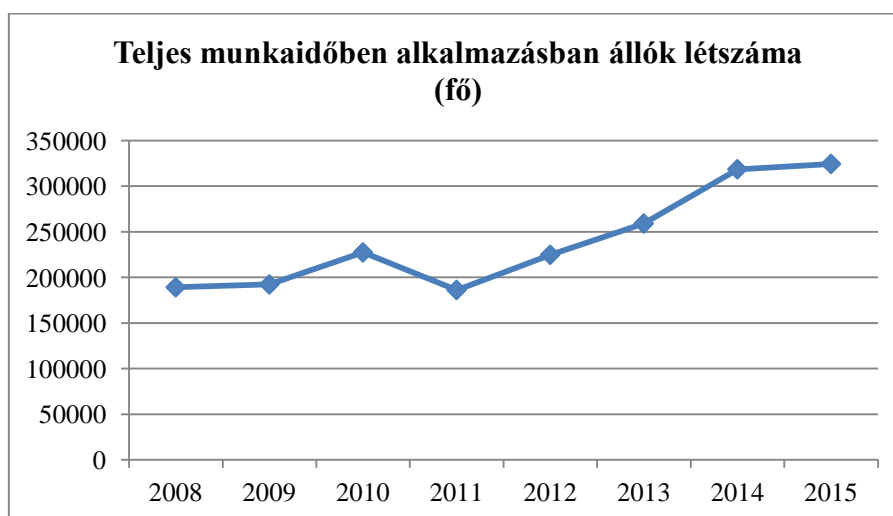
Hosszabb időszoron vizsgálva a fenti táblázatból megállapíthatjuk, hogy a „humán-egészségügyi, szociális ellátás” nemzetgazdasági ágazat GDP-hez való hozzájárulása tartósan 4% fölött alakul. Kivételt ez alól csak a 2011-es év jelentett, ahol kicsivel ez alatt, 3,96%-kal járult hozzá az ágazat a nemzetgazdaság összteljesítményéhez. Az elmúlt tíz év átlagában ez 4,24%-ot tett ki.

Részletesebben vizsgálva a „humán-egészségügyi, szociális ellátás” ágazat helyzetét - az alábbi ábrán - a 2014-es évet láthatjuk néhány nemzetgazdaságilag jelentős ágazathoz viszonyítva. Megállapítható, hogy az adott évben 4,36%-kal járult hozzá a gazdaság teljesítményéhez, ezzel azonos szinten van például az „építőiparral, a mezőgazdaság, erdőgazdálkodás, halászat” ágakkal.



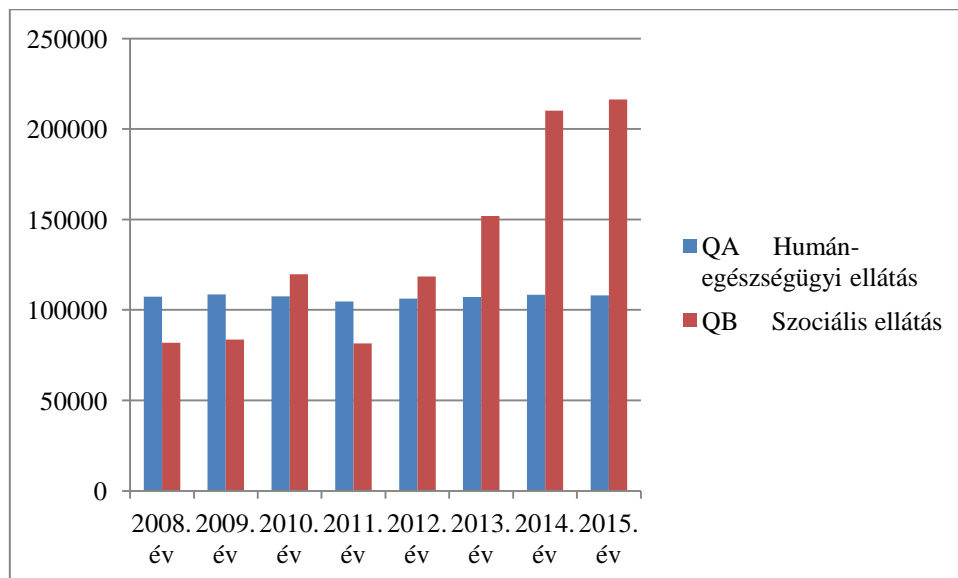
1. ábra: Bruttó hozzáadott érték nemzetgazdasági áganként, 2014
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)

Az alkalmazásban állók tekintetében országosan jelentős létszámbővülést állapíthatunk meg. 2008 után – egy évet leszámítva – folyamatosan növekedett az ágazatban foglalkoztatott teljes munkaidős munkavállalók létszáma. Míg 2008-ban számuk 189.132 főt tett ki, addig ugyanez 2015-ben már 324.391 főt jelentett, amely igen jelentős, több mint 71%-os létszámnövekedés.



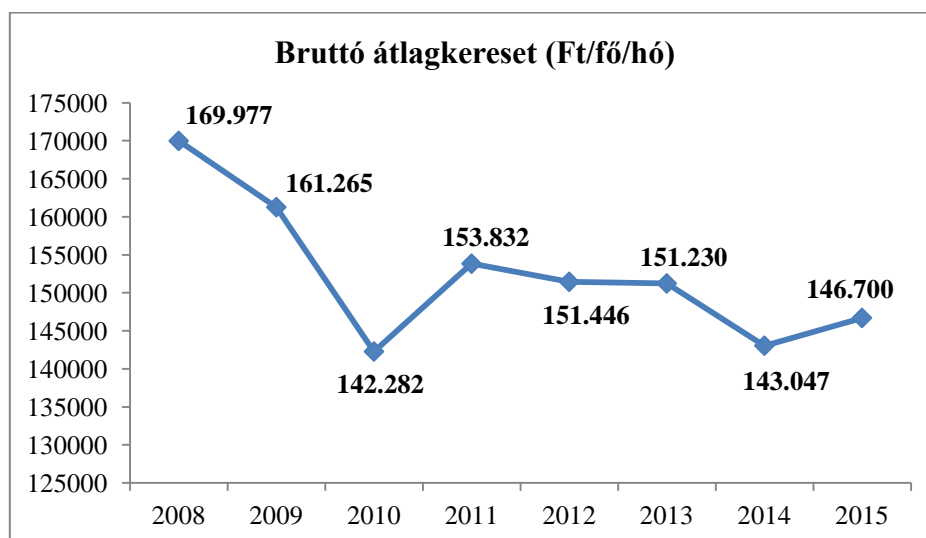
2. ábra
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)

Mint már az ágazati besorolás fejezetben bemutatásra került, a „Q” nemzetgazdasági ág külön bontható humán-egészségügyi ellátásra (QA), valamint szociális ellátásra (QB). Az alábbi ábra a foglalkoztatottak számának alakulását mutatja be. Ebből jól látszik, hogy a fentiekben már bemutatott létszámnövekedés elsősorban a szociális ellátás alágazatban következett be 2013-tól.



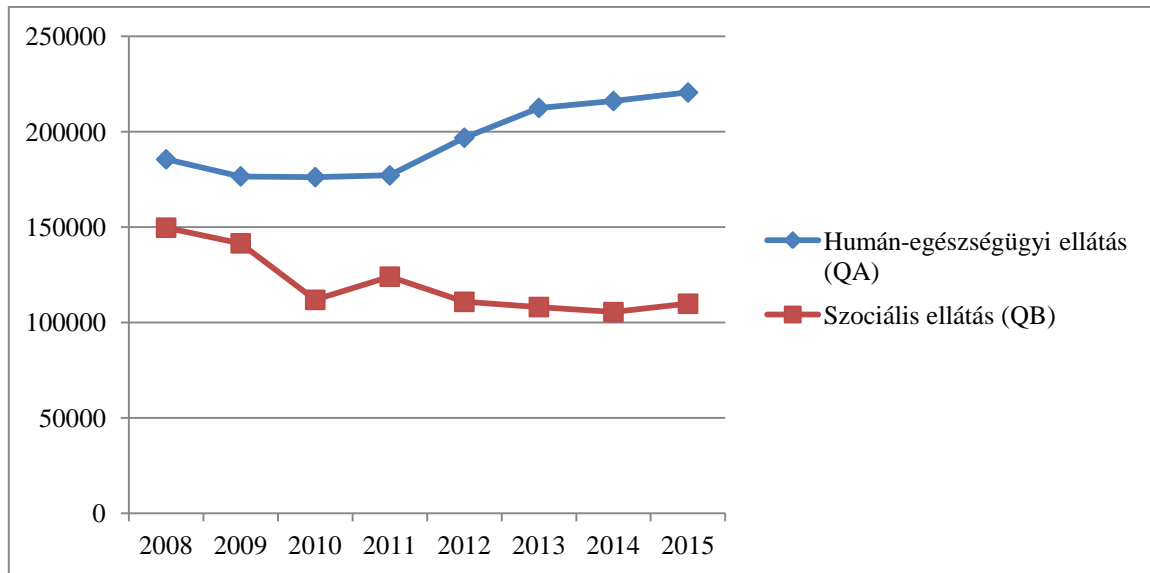
3. ábra: Teljes munkaidőben alkalmazásban állók létszáma alágazatonként 2008-2015 (fő)
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)

Az országos bruttó átlagkeresetek alakulását az alábbi grafikon szemlélteti. Ebből megállapítható, hogy 2008 után 2010-ig 16%-os visszaesés következett be a bérek tekintetében. Ezt követően némi ingadozás után, 2015-ben átlagosan bruttó 146.700 forintot keresnek az ágazatban dolgozók.



4. ábra
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)

Alágazatonként vizsgálva látható, hogy magasabb bérek a humán-egészségügyi ellátásban (QA) vannak. Itt 2008 és 2011 között stagnálás, 2012-től viszont folyamatos növekedés következett be. Fordított a helyzet a szociális ellátás (QB) alágazatban. Itt a bérek csökkenése állapítható meg, a 2008-as állapothoz viszonyítva.



5. ábra: Bruttó átlagkeresetek a humán-egészségügyi ellátás és a szociális ellátás alágazatban (2008-2015)
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)

3. Nemzetközi kitekintés

3.1 Nemzetközi folyamatok

Több ország átfogó stratégiával rendelkezik a népegészségügyi kérdésekre vonatkozóan. **Hollandiában** például olyan részletes népegészségügyi stratégia került kidolgozásra, amelyet akciótervek és szervezett irányítás kísér, majd helyi megvalósítás követ. A stratégia magába foglalja a depresszió, alkoholizmus és a fiatalok egészségügye témakörökre vonatkozó intézkedéseket. **Ausztráliában** és **Skóciában** a mentálhigiéné a kiemelt terület, míg az **Egyesült Királyságban** és **Svédországban** Hollandiához hasonlóan prioritást élvez a fiatalok egészségi állapotára vonatkozó terület. A dohányzás, alkoholizmus és depresszió csökkentése szintén fontos területe az országok népegészségügyi programjainak. A prevenció szerepének jelentőségét is mutatja, hogy **Németországban**, **Olaszországban** és az Egyesült Királyságban térítésmentesen végeznek vastag-és végbélrák szűréseket, és az eredmények függvényében azonnal megkezdik a beteg kezelését a legmodernebb technológiák segítségével. **Kína** gazdasági fejlődésének köszönhetően rengeteget javult a lakosság várható élettartama és csökkent a csecsemőhalandóság, ugyanakkor továbbra is gondot jelent az egészségügyi szolgáltatások elérésnek egyenlőtlensége a különböző társadalmi rétegek között. További problémát jelent számukra a víz-és légszennyezettségéből fakadó betegségforrás, illetve a krónikus, nem fertőző betegségek növekvő tendenciája (daganatos megbetegedések, cukorbetegség, szív-és érrendszeri megbetegedések). **Törökországban** a területi különbségek csökkentése érdekében kötelező szolgálatot vezettek be a frissen végzett szakemberek számára, illetve növelték az egészségügyi dolgozók kereseteit. Különválasztották egymástól a klinikai és működési menedzsmentet, és nagy hangsúlyt fektettek az orvoslástól független tudományág fejlesztésére is. Az amerikai egészségügyi rendszer a legköltségesebb a világon, mégis sokkal rosszabbul teljesítenek más országokhoz viszonyítva. Az egészségügyi rendszerek minősítésére szolgáló öt dimenzióból (az ellátás minősége, elérhetősége, hatékonysága, méltányossága és egészséges ételek) az **Egyesült Államok** négy dimenzióban az utolsó helyen végzett egy felmérés szerint (minőség, hatékonyság, méltányosság, egészséges ételek). Ugyanezen rangsorolás alapján az első három helyen az Egyesült Királyság, Svájc és Svédország áll.

3.2 „Jó gyakorlatok” az ágazat fejlesztésére

Az Egészségfejlesztő Kórházak Hálózatának (Health Promoting Hospitals Network - HTH) Egészségfejlesztő Gyermekkorházak Munkacsoportja célként határozta meg, hogy a gyermekek és serdülők egészségfejlesztésével kapcsolatos speciális kérdésekre megoldást találjon. Úgy gondolják, hogy az egészségügyben dolgozó szakemberek és vezetők felelőssége, hogy az egészségfejlesztési feladatok a kórházakban is megvalósuljanak. A Munkacsoport a gyermekkorházak és gyermekosztályok számára hozta létre az útmutatót, amely jó gyakorlattá nőtte ki magát az évek során. A Munkacsoporthoz 2007-ben az alábbi országok csatlakoztak, hogy elterjesszék a gyakorlatot a kórházakban: Belgium, Franciaország, Spanyolország, Ausztria, Olaszország, Írország, Dánia, Görögország, Egyesült Királyság. A gyakorlat értelmében figyelmet fordítanak a holisztikus szemléletű gyógyítás alkalmazására, erősíti az egyenlőség elvét, tehát mindenki azonos bánásmódban részesül, és az ellátás minőségének folyamatos javulásához nagyban hozzájárul.

Dániában másfél évtizeddel ezelőtt újraszervezték az egészségügyi rendszert, melynek legnagyobb áttörését a népegészségügyi programok bevezetése hozta meg. A világ egyik legjobb eljárásrendjét dolgozták ki, ezáltal képesek magas színvonalú, hatékony ellátást biztosítani. Hazánk is szeretné átvenni ezt a rendszert, ennek érdekében 2014-ben aláírtak egy egészségügyi együttműködési megállapodást a dánokkal, melynek célja volt a jó gyakorlatok átadása egymás számára.

Követendő példa lehetne Hollandia, Svájc és Norvégia egészségipara.

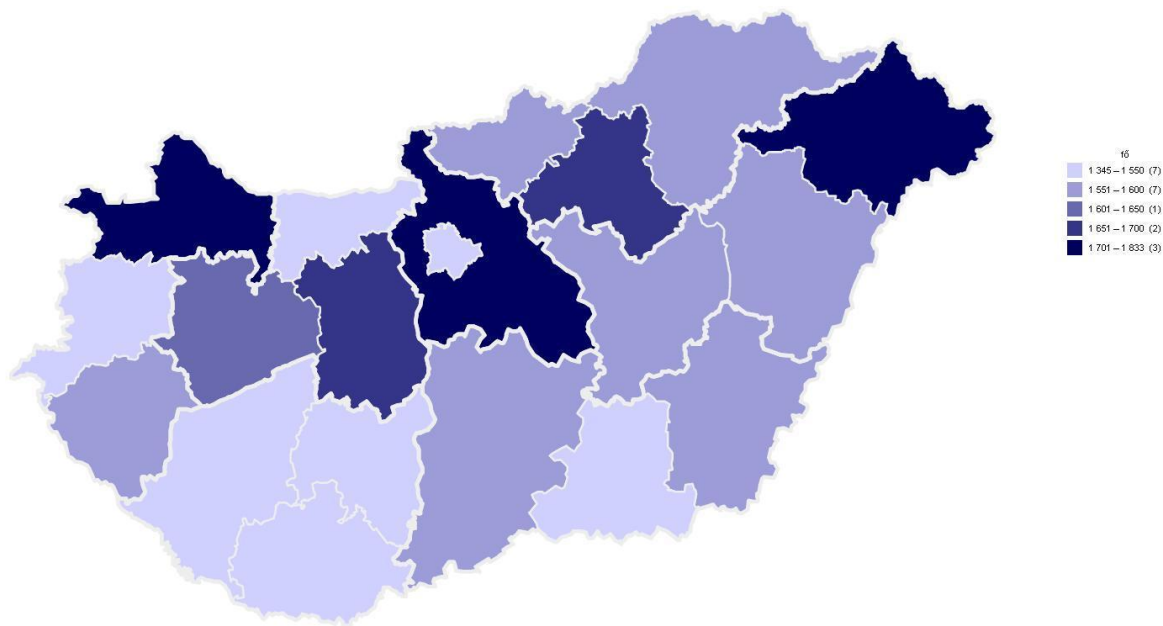
4. Az ágazat súlya Békés megye gazdaságában

Békés megyében a születéskor várható élettartam jelentősen elmarad az országos, illetve a Dél-Alföldi régióktól is. A demográfiai helyzetet súlyosbítja, hogy a lakosság folyamatosan öregedik, a születések száma pedig csökken. Halandóság tekintetében elmondható, hogy a megye összhalálási aránya kedvezőtlenebb az országosnál. Az öregedési index és a halálzás mértéke Békés és Nógrád megyében a legmagasabb az országban.

4.1. Alapellátás

Az alapellátás nem vesz részt kellő mértékben a lakosság egészségtudatosságának növelésében, amelynek oka a szakemberhiány okozta kapacitáshiány, illetve a prevencióhoz kapcsolódó tudás elérhetőségének hiánya. A lakosság egészsége és a betöltetlen³ praxisok aránya szoros kapcsolatban állnak egymással. A megye hátrányos helyzetét fokozza az országos szinten is magas arányú házi orvos és védőnő hiány. Az elmúlt évtizedben közel 10%-kal csökkent a Békés megyében dolgozók száma. A felnőtt lakosság ellátását 2013-ban Békés megyében 176 házi orvos, illetve 53 házi gyermekorvos látta el. Összesen 20 olyan felnőtt, illetve 5 gyermek körzet van, melynek nincs saját orvosa és jelenleg helyettesítéssel oldják meg az ellátást. Ez a szám az elmúlt 8-10 évben mindkét esetben folyamatosan növekedett. Az egy házi orvosi praxisra jutó páciensek száma (lásd 6. ábra) az elmúlt évek során folyamatosan csökkent, ugyanakkor a betegforgalom (lásd 7. ábra) érezhetően nőtt, a gyógykezelési forgalom napi átlaga 2013-ban 50 páciens a felnőtt, 28 a gyermek házi orvosi szolgálatban. Ezek az értékek érdemben nem rosszabbak az országos szintnél, de településenként komoly eltérések tapasztalhatók.

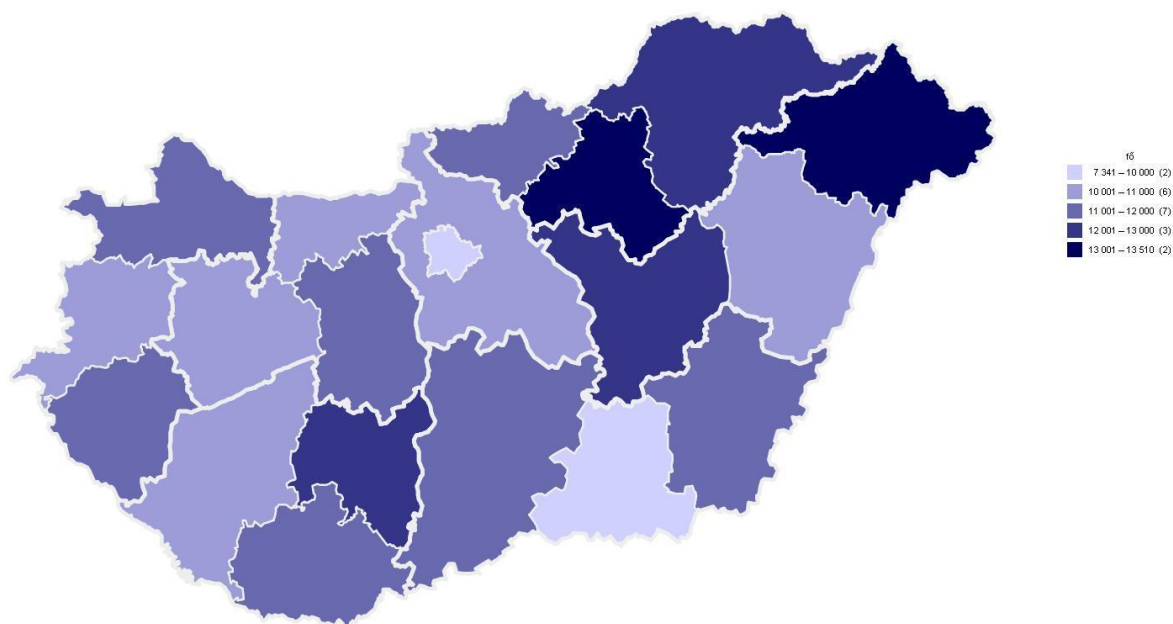
³ http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/thk/thk10_egeszseg.pdf



6.ábra: Egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok száma megyénként (2013)
(Forrás: KSH)

A rendeléseken megjelentek száma 2000-2010 között 14%-kal emelkedett, ugyanakkor 2010-2013 között érdemben nem változott a szám, a lakásokon történt látogatások mintegy harmadával csökkentek 2010-2013 között, de 2000-hez képest kevesebb, mint felére. A gyermekorvosi rendelésen történt megjelenések, és a háznál történt látogatások száma is hasonlóan alakult.

Az asszisztensek leterheltsége is az orvosokéhoz hasonlóan alakult. A lakáson történő látogatások száma 2010 óta és azt megelőzően is csökkent, viszont a háziorvosi rendszer racionalizálása miatt érdeké vált a költséghatékony működés - így az adminisztratív feladatok is az ápolókra hárultak. A látogatások száma minden évben 20-40%-kal meghaladja a régiós és az országos átlagot. A háziorvosi ellátáshoz szorosan kapcsolódnak a központi háziorvosi ügyeletetek. Az elmúlt 35 év alatt ezen a területen is jelentős fejlődés történt: 1980-ban még csak 5 ilyen ügyeleti szolgálat látott el 55 települést, 2005-től már mind a 75 település ellátottsága biztosított volt 14 ügyeleti szolgálattal.



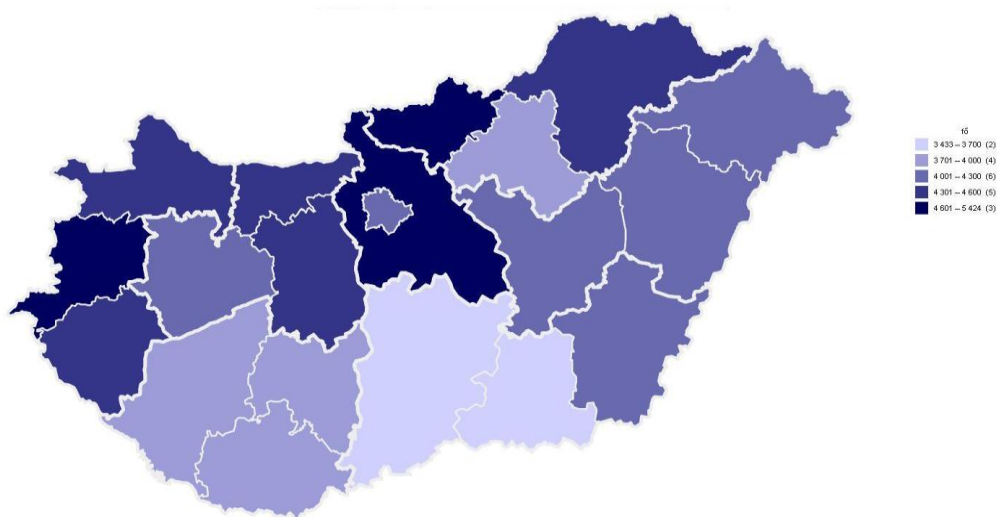
7.ábra: Egy házi orvosra és házi gyermekorvosra jutó betegforgalom megyénként (2013)
(Forrás: KSH)

Az alapellátás további fontos elemei a védőnői hálózat, illetve az iskolaorvosi ellátás. Békés megyében a születésszám csökkenésének eredményeként a védőnői állások 2000-2006 között 5%-kal csökkentek, ami már akkor jóval meghaladta a régiós, illetve az országos átlagot. 2006-2013 között további jelentős 20%-os csökkenés volt tapasztalható részben. A csökkenés mértéke - ami az országos adatok többszöröse - igen komoly, főleg, hogy a védőnőkre felelősségteljes prevenciós munka is hárul. A várandós anyáknál tett látogatások száma 2000-2013 között 50%-kal, 2010-2013 között vizsgálva közel 10%-kal lett kevesebb, a fennmaradó látogatások között a fokozott gondozást igénylő családok száma is hasonló visszaesést mutat. A védőnői hálózat pozitívumaként említhető meg, hogy a 171 védőnő közül 30-an dolgoznak iskolai védőnőként, s ez a 2000. évi állapothoz képest 230%-os javulást jelent, azonban 2010-hez képest már közel 30% visszaesés látható, a tendencia pedig évről-évre csökkenést mutat. A javulás másik mércéje, hogy amíg 2000-ben több helyen a területi védőnő rész munkaidőben látta el az iskolavédőnői feladatokat, addig 2013-ra a fent említett létszám már teljes munkaidőben végzi ugyanezt. Az ehhez kapcsolódó iskolaorvosi ellátást a gyermekorvosi praxisok látják el. A prevenciós munka napjainkban is meglévő hiányossága, hogy az iskolák részére nincs - más tantárgyakhoz hasonlóan - központi „kötelező” tanmenete, így minden iskola ad hoc módon, saját belátása szerint oldja meg ezt a feladatot.

Mindehhez társul még az is, hogy a tanintézmények éves programjaikat sok esetben sem az alapellátási intézményekkel, sem a prevenciót végző szakemberekkel nem egyeztetik.

Az alapellátás részét képezi a lakosság gyógyszerellátásának biztosítása is. A 2006-2007-es évben az egészségügyben végrehajtott reformoknak köszönhetően a gyógyszertárak száma szinte gombamód szaporodott, ezzel egy időben egyre több nagyáruházban, benzinkúton jelentek meg a vény nélkül kapható gyógyszerek.

Gyógyszertárak elsősorban egészségügyi intézmények közvetlen közelébe telepednek, ezért azoknak a településeknek az ellátása kiemelkedő, ahol nagyobb egészségügyi intézmény (klinika, kórház, nagyobb rendelőintézet) található. Az egészségügynek ez az ága az üzleti élet középpontjába került. A megyén belül 2015-ben 32 településen nincs közforgalmi gyógyszertár, ezeket a szomszédos nagyobb települések, vagy városok látják el. Ennek ellenére nem rosszabb az ellátás, mint az ország más részén. Összesen 88 gyógyszertár működik 2015-ben a megyében; a területi differenciáltság, a településszerkezet és a közlekedés nehézségei miatt viszont sok esetben a lakosságnak komoly problémát jelent az elérés. A legtöbb gyógyszertár (19 db) Békéscsabán található, ezt követi Gyula (10 db), a megyei kórháznak köszönhetően. Sajnálatos módon azonban a kis települések ellátottsága továbbra sem javult, mivel üzleti szempontból előnytelen helyzetben vannak (lásd 8. ábra).



8.ábra: Egy gyógyszertárra jutó lakosok száma megyénként és Békés megyében (2013)
(Forrás: KSH)

4.2. Középfokú egészségügyi ellátás

A középfokú egészségügyi ellátás közé sorolandók a fogászatok, a járóbeteg-szakrendelések, szakambulanciák, valamint a gondozóintézetek, otthonápolási szolgálatok által nyújtott ellátások. A járóbeteg-ellátási intézmények többnyire a városokban találhatóak, a megyén belül a kórházzal is ellátott településeken a rendelőintézet azzal integráltan működik. A kisebb városokban a szakrendelések sok esetben az alapellátást nyújtó háziorvosokkal egy intézményben végzik gyógyító tevékenységüket. Jelenleg az alábbi településeken területi egészségügyi központ található:

- Békéscsaba (Dr. Réthy Pál Kórház és Rendelőintézet)
- Gyula (Pándy Kálmán Megyei Kórház, a békéscsabai és a gyulai kórházat 2016 elején Békés Megyei Központi Kórház néven egyesítették)
- Mezőhegyes (Pándy Kálmán Megyei Kórház Mezőhegyesi Részlege)
- Mezőkovácsháza (szakrendelő, nappali kórház)
- Orosháza (kórház és szakrendelő)
- Sarkad (járóbeteg-szakellátó központ)
- Szarvas (szakrendelő)
- Szeghalom (Pándy Kálmán Megyei Kórház Fekvő- és Járóbeteg Egysége)

A megyén belül a járóbeteg-ellátó intézmények igen differenciált ellátási lehetőséggel bírnak, egyes rendelőintézetek vonzáskörzetének sugara átlagosan 30 km. Azokon a helyeken, ahol ez a távolság ennél nagyobb, területi egészségügyi központok európai uniós pályázati forrásokból történő létesítésével csökkentek az ellátási egyenlőtlenségek. Ennek köszönhető, hogy Békés megyében is egy új területi egészségügyi központ létrehozása valósulhatott meg TIOP pályázati forrásból a sarkadi kistérségben, mely működését 2011 szeptemberében kezdte meg. Az új rendelő ellátási körzetéhez tartozik: Biharugra, Kötegyán, Körösnagyharsány, Méhkerék, Okány, Sarkad, Sarkadkeresztúr, Újszalonta, Zsadány, Mezőgyán, Geszt.

A régió és a megyén belül jellemző a szakellátás koncentrációja, ezáltal az ellátást végző főállású szakorvosok koncentrációja is. A régió belüli a legkevesebb főfoglalkozású orvos Békés megyében található. A megjelenési esetszámok (2.628.400) 2004 óta csökkentek, 2010 óta stagnálnak (2.310.000-2.320.000), a beavatkozások száma lassan csökkent (11.900-11.800)

eset). A régió belül Csongrád megyében van a legtöbb gyógykezelési eset, de Békés megye is folyamatosan az országos átlag felett van. A teljesített szakorvosi munkaóra (146-163 munkaóra) átlaga lassú emelkedést mutat. Ennek egyik oka, hogy a kórházzal rendelkező nagyvárosokban a kórházak fekvőbeteg ellátásában dolgozó orvosok látják el a szakrendeléseket is, másik pedig a napjainkra felgyorsuló elvándorlás, mely az egészségügyi dolgozók körében az egyik legmagasabb, a státuszok feltöltésére nincs helyben megfelelő munkaerő. A kis települések jelentős részében nem lehet helyben szakorvosi ellátáshoz jutni, ami az idősebb korosztály számára komoly problémát jelent. Ezért is bírnak nagy jelentőséggel a fejlesztések, illetve a mozgó szakorvosi szolgáltatások.

Magyarországon a nyugat-európai gyakorlattól eltérően bizonyos betegségekben szenvedők gondozására - pszichiátriai, szenvedély-, daganatos, tüdő-, bőr- és nemi betegek - külön hálózat jött létre. Ezeknek a hálózatoknak a gondozás mellett nagyon fontos feladata a szűrés és a prevenció. A gondozók betegforgalma - az onkológiai és a pszichiátriai gondozók kivételével - folyamatosan csökkent a régióban, kivétel ez alól Békés megye, ahol a 90-es évek végéig ez a tendencia igaz volt, de 2000-2006 között némi emelkedés figyelhető meg.

A pszichiátriai gondozók betegforgalmának emelkedése jelzésértékű a társadalmi problémák tekintetében, egyben mutatja annak a szociális hálónak a hiányát is, amely az egyén megküzdését segítené egyes élethelyzetekben. Jelzi azt is, hogy a családok gazdasági helyzetének folyamatos romlása, a foglalkoztatás hiánya egyfajta kényszerpályát alakít ki.

A tüdőgondozók forgalomemelkedésének hátterében elsősorban az asztmatikus megbetegedések növekedése áll. Szerencsére a megyében a hajléktalanság és az ehhez kapcsolódó fizikai elhanyagoltság nem jelentkezett olyan mértékben, hogy az a TBC-s betegek számának emelkedéséhez vezetett volna.

A középfokú szakellátás harmadik szerves komponense a fogászati ellátás, mely ugyan - mivel beutaló nélkül igénybe vehető - az alapellátáshoz sorolható, de miután konkrét szakellátás történik, ezért ebbe az ellátási típusba sorolható. Az ellátás az elmúlt évtizedben számos változáson ment át, ennek egyik sarkalatos pontja, hogy jelentős része (így a fogpótlás is) térítéskötelessé vált. Kivétel képeznek ez alól a 18 év alattiak, terhes nők, valamint azok a nyugdíjasok, akik közgyógyellátásban részesülnek. Ennek következtében a lakosság szájhigiéniai állapota folyamatosan romlott. A térítéskötelességnek köszönhetően a szabad orvosválasztás is erőteljesebben érvényesül, mint a házi orvosoknál. Több fogorvos a megyén belül több településen is dolgozik. Az ellátottságot tekintve megyénk helyzete megfelel az országos átlagnak. Az átalakulás a gyermekfogászatot sem kímélte, hazánkban 1986 óta zajlik

szervezett formában az iskola fogászat, melynek elsődleges célja a prevenció. Ez az ellátási forma napjainkban is megmaradt, de a szülő dönthet úgy, hogy gyermekével nem kívánja igénybe venni azt.

4.3 Fekvőbeteg ellátás

A megye területén jelenleg három fekvőbeteg ellátó intézmény működik. Ezek közül kettő - Békéscsaba és Orosháza - területi kórház, míg a harmadik, a gyulai Pándy Kálmán Megyei Kórház a megye kiemelt súlyponti kórháza (2012 közepétől állami fenntartásban), mely az anyaintézmény mellett két külső telephellyel is rendelkezik (Mezőhegyesen és Szeghalmon), ahol krónikus betegellátás folyik.

A tízezer lakosra jutó kórházi ágyak száma (68,8) 2000 óta (70,6) folyamatosan csökkent. A reformok után jelentős mértékben megváltozott a krónikus, illetve aktív ágyszám aránya, további változást jelentett, hogy a negyedik speciális - tüdőbeteg - ellátást biztosító intézményt a Pándy Kálmán Megyei Kórházhoz integrálták, jelentős krónikus kapacitással (50 aktív, 150 krónikus ágy).

A krónikus kapacitások emelkedésén túl jellemző, hogy az intézmények teljes ágyszáma mintegy 14%-kal csökkent 2000-2013 között. Az átalakításokat elsősorban a népesség demográfiai mutatóinak változásával és az ellátások racionalizálásával indokolták. Az ellátási terület is folyamatosan változott, a legtöbb speciális terület esetében a fekvőbeteg ellátást a gyulai kiemelt súlyponti kórház biztosítja, ezek a következők:

- Onkológia
- Sugárterápia és onkoradiológia
- Bőr- és nemi beteg ellátás
- Reumatológia
- Infektológia
- Pszichiátria
- Gyermek- és ifjúságpszichiátria
- Hematológia
- Angiológia, phlebológia
- Allergológia és klinikai immunológia

- Érsebészeti
- Idegsebészeti
- Gyermek gastroenterológia

A békéscsabai Réthy Pál területi kórház - a gyulai kórházhoz hasonlóan - megyei ellátási kötelezettséggel bír ortopédiai területen. Az alapszakmák ellátási területe megoszlik a három kórház között. Ezek az ellátási területek azonban csak a kötelezettséget jelentik, a szabad orvosválasztásnak köszönhetően ezek szinte minden területen jelentős mértékben módosulnak, sőt sok esetben - pl. idegsebészeti, onkológia - a megye határán is túlnyúlik a „valós” ellátási terület. A fekvőbeteg ellátásban a területi felosztás - az endokrinológia és a nephrológia ellátást kivéve - alapvetően a békéscsabai és a gyulai kórház között váltakozik. Alkalmanként a békéscsabai kórház lát el több lakost, melynek egyik oka, hogy a fent felsorolt speciális területeken viszont a megyei kórház a megye összalakosságáért felel.

A tüdőkórház az integrálást követően is megőrizte speciális funkcióját, a tüdőgyógyászati ellátás két megye között oszlik meg. A gyulai és békéscsabai ellátási területekhez tartozó betegeket a békés megyei, míg az orosházi ellátási területre tartozókat a deszki kórház látja el.

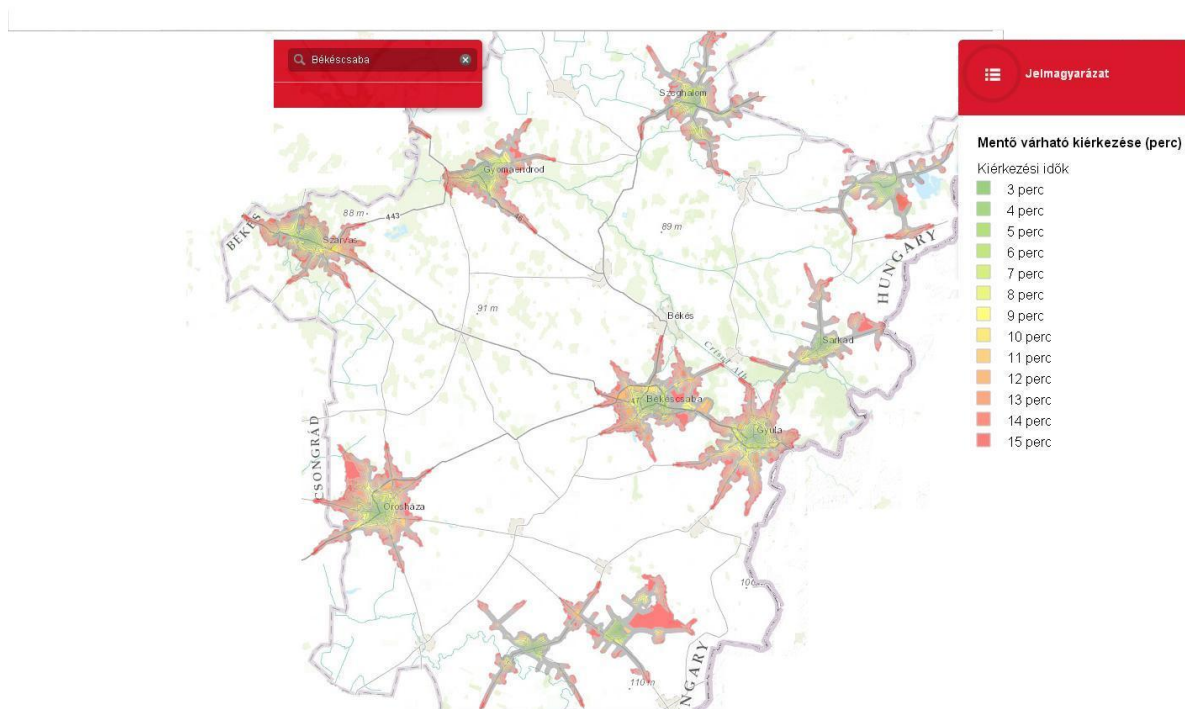
Az intézmények humán erőforrás ellátottsága megfelel az országos átlagnak, az orvosi és szakkollegisták állások 96%-a betöltött. A szakképzettségi mutatók - a Gyulán működő főiskolának és képzőintézménynek köszönhetően - a megyei kórházban a legmagasabbak (az ágy mellett dolgozó ápolók 12%-a főiskolai vagy egyetemi végzettséggel és 44%-a felsőfokú OKJ-s képesítéssel rendelkezik). Békéscsabán is jobb az országos átlagnál, míg az orosházi kórházban megfelelnek annak.

4.4 Mentőautó-állomány nagysága, készenléte, mentők kiérkezési ideje

Békés megyében a futó mentőautók száma 2013-ban 37 db volt, ami az idősorokat vizsgálva egy lassú csökkenés eredménye (2000-ben 48, 2010-ben már csak 41 mentőautó szolgált). Ugyanakkor a mentőfeladatok száma a 2010-es 35.294 esetről 2013-ra 37.297-re emelkedett. A növekedés az eseteket vizsgálva a mentési feladatok számának folyamatos növekedéséből állt elő (16.081-ről 19.916-ra nőtt 2010-2013 között).

Békés megyében napjainkban 10 településen működik mentőállomás. Ebből 8 városi jogállású: Békéscsaba, Gyomaendrőd, Gyula, Mezőkovácsháza, Orosháza, Sarkad, Szarvas, Szeghalom, kettő pedig község: Kunágota és Zsadány.

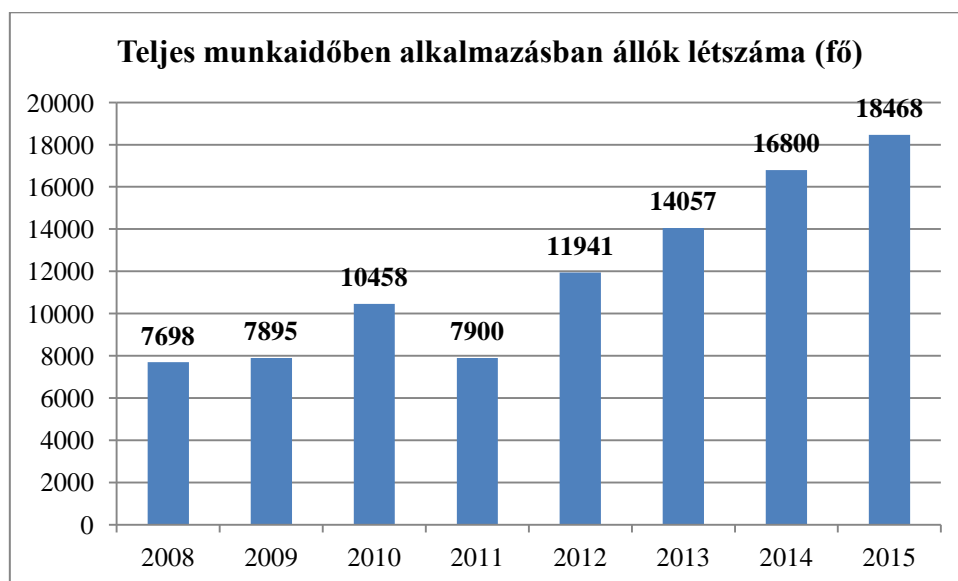
Az ESRI Magyarország 2014-ben elkészítette a legfrissebb izochron térképet, amely 15 percig skálázva megmutatja, hogy a mentőállomások hány km-es körzetébe érnek ki ennyi időn belül a mentők. A területi lefedettség Békés megyében az országos szinttől lényegében nem különbözik, azonban 12 város is bőven a 15 perces kritikus időn kívülre kerül. Ilyen Dévaványa és Füzesgyarmat térsége, Vésztő környéke, a viszonylag kis távolság ellenére Békés és Mezőberény, Kondoros, Csorvás, Dél-Békésben Medgyesegyháza, Tótkomlós, Mezőhegyes, Battonya és a Gyulától délre fekvő Elek. A legjobb a lefedettség a Békéscsaba-Gyula-Sarkad háromszögben, valamint a fent említett mentőállomásokon és szomszédos településeiken van. Békés megye 75 települése közül mindössze 26-ra ér ki a mentőautó 15 perc alatt vagy azon belül (lásd 9. ábra).



9.ábra: Békés megye mentő-ellátottsági és kikerkezési izochron térképe

Forrás: <http://www.esrihu.hu/maps/mentok/>

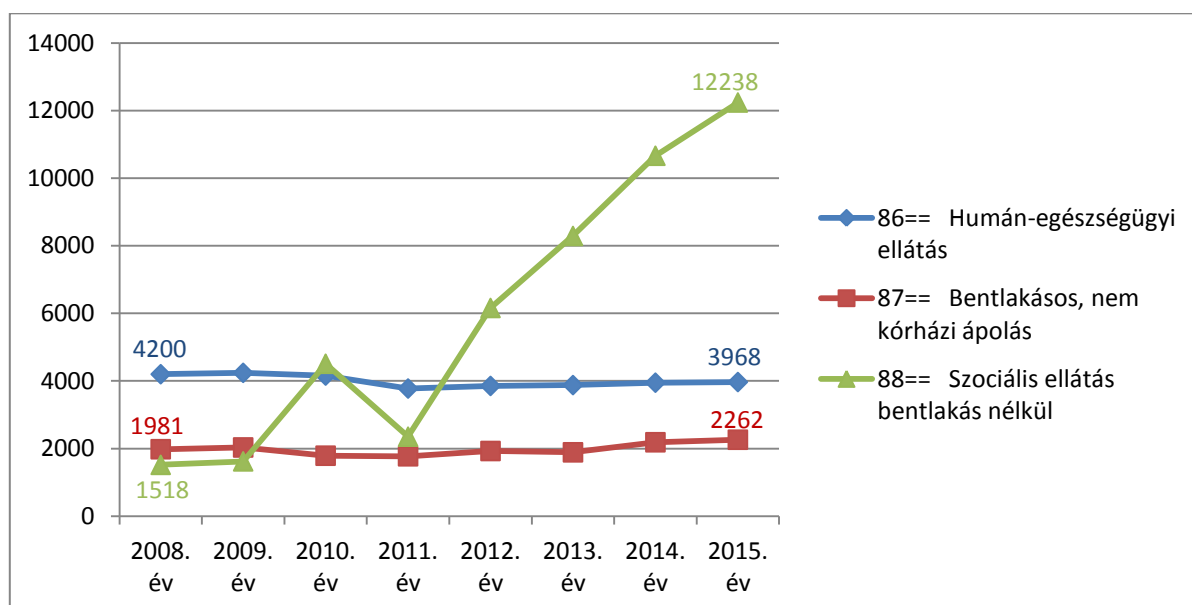
Békés megyében a foglalkoztatottak számát tekintve jelentős növekedés következett be. Míg 2008-ban 7698 fő dolgozott az ágazatban, addigra ez 2015-re, több mint 2,3 szeresére, 18.468 főre növekedett.



10. ábra

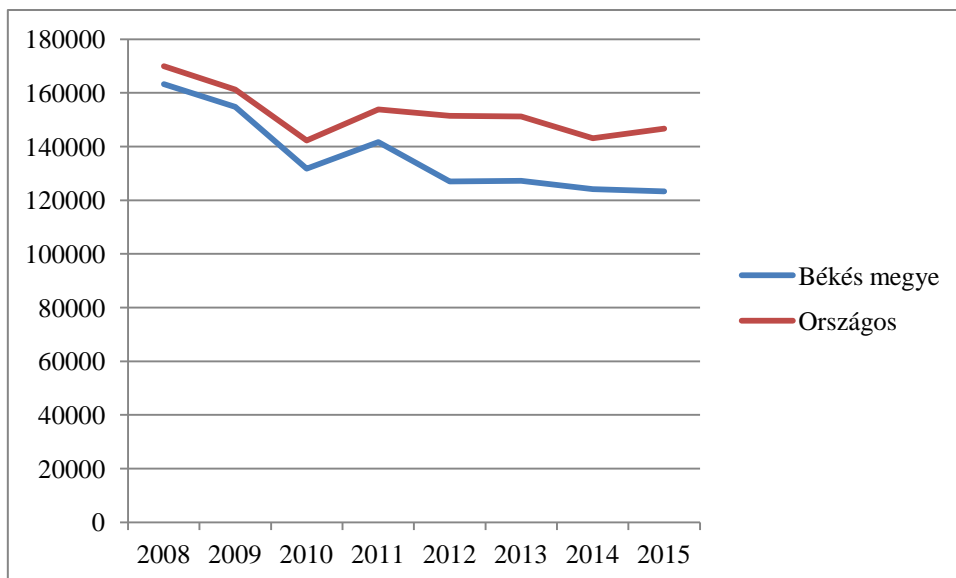
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)

A jelentős létszámbővülés a „szociális ellátás bentlakás nélkül” alágazatban bekövetkezett növekedés eredményének köszönhető. Míg a „humán-egészségügyi ellátásban”, valamint a „bentlakásos, nem kórházi ápolásban” dolgozó munkavállalók létszáma az elmúlt 8 évben közel azonos szinten mozgott.



11. ábra

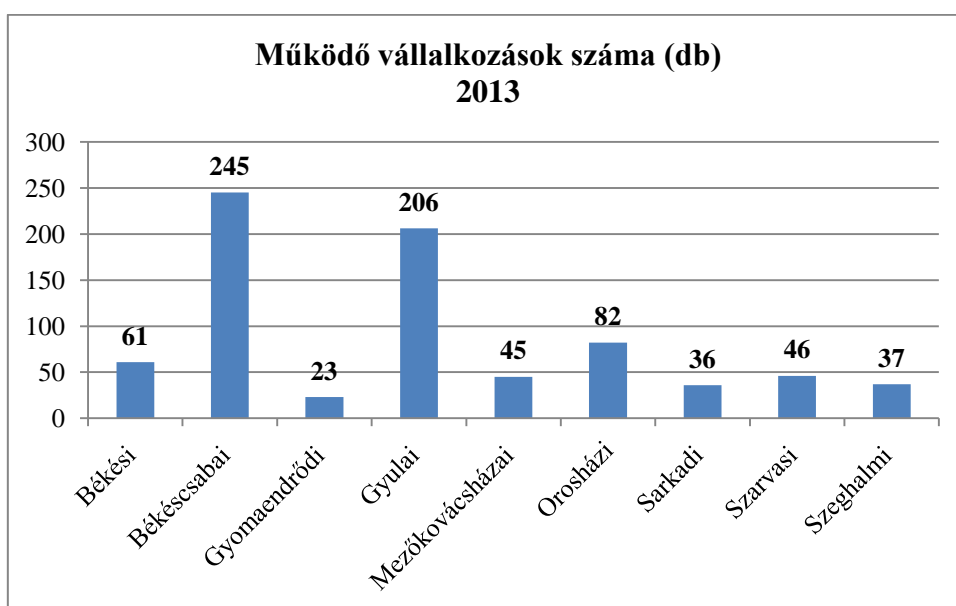
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)



12. ábra: Bruttó átlagkeresetek a humán egészségügyi, szociális ellátás nemzetgazdasági ágazatban
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)

A Békés megyei átlagkeresetek kissé az országos alatt, de azzal közel azonos tendenciák szerint alakult. Országosan 2015-ben 146.700 forintot, míg megyénkben ugyanez 123.278 forintot jelentett.

Békés megye kilenc járásából, a működő vállalkozások számát tekintve kettő, a Békéscsabai, valamint a Gyulai járás emelkedik ki. A maradék hét járás átlaga (47) fölött az Orosházi és a Békési járás helyezkedik el. Legkevesebb működő vállalkozással a Gyomaendrődi járás rendelkezik.



13. ábra
(Forrás: saját szerkesztés, KSH adatok alapján)

5. Problémák feltárása

Az ágazatban nagyon sok problémával találkozhatunk, amit laikus szemmel is észre lehet venni. Az egyik legjelentősebb probléma a **humánerőforrás megtartási képesség hiánya**, hiszen évről évre egyre több szakorvos és ápoló hagyja el a megyét és az országot a jobb élet reményében, és próbál szerencsét külföldön. A határon túli bérek össze sem hasonlíthatóak azzal, amit itt kapnak az egészségügyi szakemberek. Az **elmaradott egészségügyi infrastruktúra**, a korszerűtlen berendezések és a nem megfelelő intézményi háttér mind hozzájárulnak az elvándorlás erősítéséhez, ugyanakkor ezek önmagukban is jelentős problémakört alkotnak a kórházak és egészségügyi intézmények mindennapi életében. További gondot jelent az **egészségügyi finanszírozás** jelenlegi rendszere, hiszen a kórházaknak egy adott keretösszegeből kell egész évben gazdálkodniuk, és bár szépen hangzik, hogy ennyi meg annyi százalékkal emelik a dolgozók bérét, a keretösszeget nem emelik meg ezzel arányosan, így a folyamat végén a beteg lesz az, aki ennek kárát látja. Hiszen ugyanannyi pénzből magasabb béreket kell kifizetni, de így nem marad elegendő forrás az eszközök, gyógyszerek beszerzésére, és sokszor előfordul, hogy a beteg maga viszi a kötszert, gyógyszert, hogy el tudják látni. Békés megyében kiemelt probléma a **praxisok betöltetlensége**, a házi orvosok között nagyon sokan már nyugdíjkorhatár fölött végzik munkájukat, mert nincsen, aki átvegye a praxist. Ez nemcsak a szakemberhiány miatt alakult így, hanem azért is, mert ehhez olyan magas tőkére lenne szükség, amivel egy pályakezdő orvos nem rendelkezik, és az állam sem nyújt kellő támogatást hozzá. Így előfordul, hogy egyetlen orvos lát el 2-3 praxist is, ami még egy fiatal szakember számára is megterhelő lenne, nemhogy az idősebb orvosoknak, akik koruknál fogva maguk is sok esetben ellátásra szorulnának. További problémaforrás az **ellátás színvonalbeli különbsége** a nyugati országokhoz képest, ami a megyében még az országos átlaghoz képest is alulmarad. Ennek elsősorban a **forráshiány** az oka és nem a szakmaiság hiánya. A megyében található kórházak eszközei, berendezései elavultak, a technika nyújtotta lehetőségek kihasználatlanok, az új eljárások ismeretlenek. Az **orvosok** és az **ápolók túlterheltek** és nincsenek megfizetve, a **várólisták** sokszor 2-3 hónapra előre be vannak telve a szakrendeléseken. Sokszor mire a beteg orvoshoz kerülne, már nem lehet rajta segíteni vagy krónikussá válik addig akutnak számító betegsége. Sajnos sok esetben a magánrendelés az egyetlen megoldás, ezt viszont a legtöbb beteg nem engedheti meg magának anyagilag. A megyében további gondot jelent a **szakemberhiány** is, így a betegek sokszor kénytelenek elhagyni Békés megyét gyógyulásuk érdekében. Elsősorban Szeged, Debrecen és Budapest a kiemelt városok egészségügyi

szempontból. Az **egészségügyi ellátások kínálata** legtöbbször **nem illeszkedik a kereslethez**, és az árakat sem a kereslet-kínálat viszonya határozza meg. A nyújtott szolgáltatások mennyisége nem a lakosság egészségi állapota által meghatározott szükséglet szerint alakul, hanem a szolgáltatások kapacitása és hozzáférhetősége szerint.

A Békés Megyei Önkormányzat a minél komplexebb helyzetkép feltárása érdekében egészségügyi munkacsoportos megbeszélést tartott, melyre meghívta az ágazatban működő cégek, vállalkozások, egészségügyi intézmények képviselőit is. A megbeszélés elsődleges célja a szektorban működő foglalkoztatók munkaerő piaci igényének felmérése, problémáinak megismerése volt, hiszen a „Terület- és Településfejlesztési Operatív Program TOP-5.1.1-15 Megyei szintű foglalkoztatási megállapodások, foglalkoztatási – gazdaságfejlesztési együttműködések” című felhívás keretén belül lehetőség van munkaerő piaci programok támogatására. Ennek segítségével lehetőség nyílik a munkáltatói igények figyelembe vételével képzések szervezésére, a foglalkoztatás bővítésére, a hátrányos helyzetű álláskeresők munkához juttatására.

A megbeszélésen elhangzottak általános és ágazathoz kapcsolódó problémák, javaslatok egyaránt:

Javaslat:

- a nem csak fürdővárosokhoz köthető, egészségturizmussal kapcsolatos fejlesztések támogatása
- az egészségturisztikai szempontú lovas turizmus támogatása (mint a gyógytorna egy ága)
- egészségügyi informatikai hálózat fejlesztése
- a béremelésből kimaradt, nem egészségügyi dolgozók bérkérdésének rendezése
- lakhatás támogatása az orvoshiány mérséklésére

Probléma:

- a vidéken tapasztalható orvoshiány
- a meglévő munkaerő állomány folyamatos továbbképzése nagy terhet ró a foglalkoztatóra, fenntartóra

- az orvosok között nincs megoldva a leletek átadása, ennek felelőssége a betegekre van bízva
- a bérfeszültség miatt a kiszolgáló, fenntartó személyzet leépülése
- külföldi munkavállalás mind az orvosok, mind az ápolók vonatkozásában
- a szakképzett munkaerő egyre nagyobb hiánya

6. Javaslatok a befektetés-ösztönzésre és a munkahelyteremtésre

- orvos technológiai fejlesztések támogatása
- egészségügyi intézmények infrastrukturális fejlesztése
- duális képzések, gyakornoki programok, ösztöndíj rendszer kialakítása
- ellátási színvonal térségen belüli aránytalanságának kiküszöbölése
- fenntartható forrásmenedzsment, azaz a bevételek és kiadások egyensúlyának megteremtése
- a praxisok átvételéhez szükséges támogatás megteremtése
- egészségturizmus fejlesztése az arra alkalmas településeken - Gyula, Orosháza-Gyopárosfürdő, Gyomaendrőd
- szakmai minimum feltételek biztosítása
- tekintettel arra, hogy rengeteg a betöltetlen pozíció az egészségügyben, elsősorban nem munkahelyteremtésre, hanem motivációra, anyagi elismerésre van szükség
- a háziorvos és a szakdolgozók együttműködésének javítása
- komplex betegellátás eszközrendszerének megteremtése
- járóbeteg szakellátás fejlesztése
- betegellátáshoz való hozzáférés azonos szintre emelése
- keresetek megfelelő szintre emelése
- várólisták lerövidítése
- sürgősségi betegellátás megerősítése
- új ellátási szükségletként jelenik meg a személyre szabott orvoslás, amelynek a központi eleme, hogy a betegek egyéni jellegzetességeit felmérve könnyebben tudnak segíteni az egyes betegségek megelőzésében, illetve hatékonyabban alkalmazhatják a gyógyszeres terápiákat és kerülhetik el a mellékhatásokat
- fontos lenne a holisztikus szemléletű gyógyítás alkalmazása
- az egészségügyi rendszer hatékonyságának növelése érdekében szükséges lenne csökkenteni az indokolatlan kórházi beutalásokat, és az indokolatlanul hosszú kórházi tartózkodások időtartamát.
- a betegjogok hatékonyabb érvényesítése
- hálapénz rendszer felszámolása
- népegészségügyi szolgáltatások megújítása az egészségmagatartás megreformálásában
- prevenciósz szemléletű egészségügyi ellátás bevezetése
- egészségtudatosság fejlesztése

- a krónikus betegségben szenvedők életminőségének javítása