

**Kivonat Miskolc Megyei Jogú Város Közgyűlése
2004. december 10-iki ülésének jegyzőkönyvéből**

X-273/60.707/2004. sz. H A T Á R O Z A T:

Tárgy: Miskolc város Egészségügyi Szakmai Programja

Miskolc Megyei Jogú Város Közgyűlése megtárgyalta a „**Javaslat Miskolc város Egészségügyi Szakmai Programjára**” című előterjesztést és az alábbi határozatot hozza:

A Közgyűlés:

1. Elfogadja az előterjesztés 1. számú mellékletét képező „Stratégiai Terv az egészségügyi állapot és az egészségügyi szolgáltatások fejlesztésére Miskolc városban” című tanulmányban megfogalmazott alapelveket, különösen
 - az egészségügyi ellátás együttes, rendszerben szervezett és tervezett fejlesztését,
 - az egészségügyi állapot és az ellátás költségeinek nyomonkövetésére, az optimális forrásfelhasználás megtervezésére és megszervezésére alkalmas rendszerelem létrehozásának szükségességét,
 - az ellátásszervezés hatókörének kistérségi, illetve kistérségi kiterjesztését,
 - az ellátásszervezés önkormányzati hatókörben történő megvalósítását,
 - az egészségügyi és szociális ellátó rendszer összehangolását, valamint a
 - 2.sz. mellékletben foglalt egészségterv javaslatát.
2. Egyetért azzal, hogy a végleges szakmai program kidolgozására létrejön egy szakmai munkacsoport.
A munkacsoport a regionális egészségfejlesztési tervben foglaltak figyelembe vételével gondoskodik a végleges változat elkészítéséről.
3. Felkéri a Polgármestert, hogy gondoskodik a munkacsoport tagjainak kijelöléséről, a program előkészítésével kapcsolatos további egyeztetésekről, Miskolc Megyei Jogú Város Egészségügyi Szakmai Programjára vonatkozó előterjesztés közgyűlés elé terjesztéséről.

Felelős: Polgármester

Határidő: 2005. december 31.

Közreműködnek: Egészségügyi, Családvédelmi és Foglalkoztatáspolitikai Főosztály
Pénzügyi és Vagyongazdálkodási Főosztály,
Munkacsoport tagjai

Kmft.

**Dr. Mészáros Miklós sk.
jegyző**

**K á l i Sándor sk.
polgármester**

A kiadmány hiteléül:

kiadó



E-Consult 2000 Tanácsadó Kft.

1142 Budapest Tengerszem utca 52.

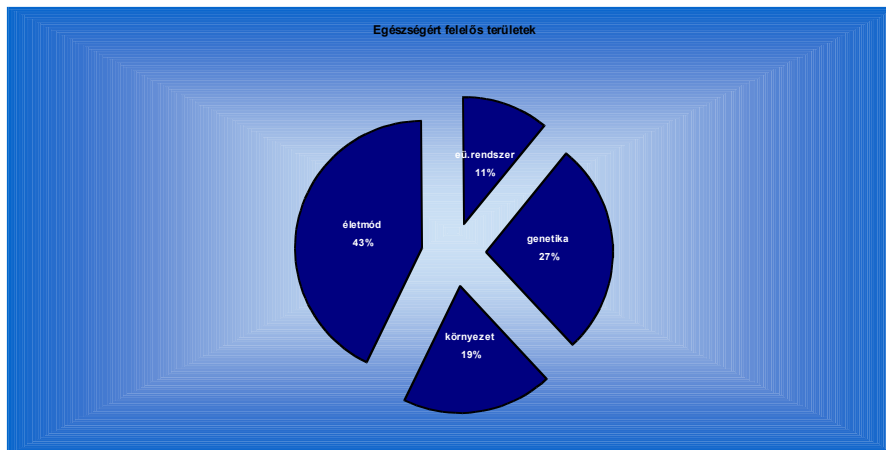
Tel.: 1-422-0793, Fax: 1-422-0794

Mobil: 20/9154320

E-mail: econt@axelero.hu ; www.e-consult.hu

STRATÉGIAI TERV

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK FEJLESZTÉSÉRE MISKOLC VÁROSÁBAN



Miskolc, 2004. október

megjelenése, fitnes centrumok, egészségterv mozgalmak, stb.) itthon is, s nemzetközi területeken pedig kiváló példákkal találkozunk.

A környezet védelme alapvetően gazdasági és politikai kérdés. Ha lassan is, de vannak eredmények. A problémák azonban az egészségügyi rendszerben csapódnak le.

Az egészségügyi ellátó rendszer igénybevétele messze nem paralel a valós morbiditással, azt a marketing, pszichológiai és tapasztalati tényezők befolyásolják.



A fenti „súlyozási tábla” mutatja az egyes területek fontosságát, valamint a helyi beavatkozás lehetőségeinek az eredményességét. Látható, hogy a két oszlop nem paralel változik, a beavatkozás lehetősége a legkevésbé meghatározó területen, az egészségügyi ellátásnál a legnagyobb. Az eredményesség céljából azonban nem elég az egészségügyi ellátó rendszerben gondolkodni, törekedni kell a környezet és az életmód változtatására is. Az utóbbi két terület a **környezetvédelmi és az egészségterv** területe.

Az ember alapvető **igénye** az egészség, de életmódjában ez sokáig nem tükröződik vissza. Amikor az első panaszai, tünetei megjelennek, lassan tudatosul, hogy tennie kell az egészségéért (**szükséglet**). Amikor a betegség funkcionális vagy organikus tünetei megjelennek, fordul az egyén segítségért, keresi az ellátás lehetőségét (**kereslet**).

Az igény – szükséglet – kereslet hármasság határozza meg a lakosság egészségi –és határterületi- állapota körüli teendőket, azok formáját és tartalmát

A mai egészségügyi elemzéseink általában kereslet alapú elemzések. Ahhoz, hogy az elkövetkező időszak ellátó rendszerét kialakíthassuk, nem elég a keresletet, a szükségletet is értékelni kell.

Az egészségügyi ellátó rendszer iránti igény különböző szinteken jelenik meg:

Komplementer ellátási formák (orvos előtti, laikus tanácsadás; természetgyógyászati ellátás; életmód-terápiák; wellnes; stb.)

Háziorvosi (alapellátási) területek

Szakellátási területek (járó, fekvőbeteg)

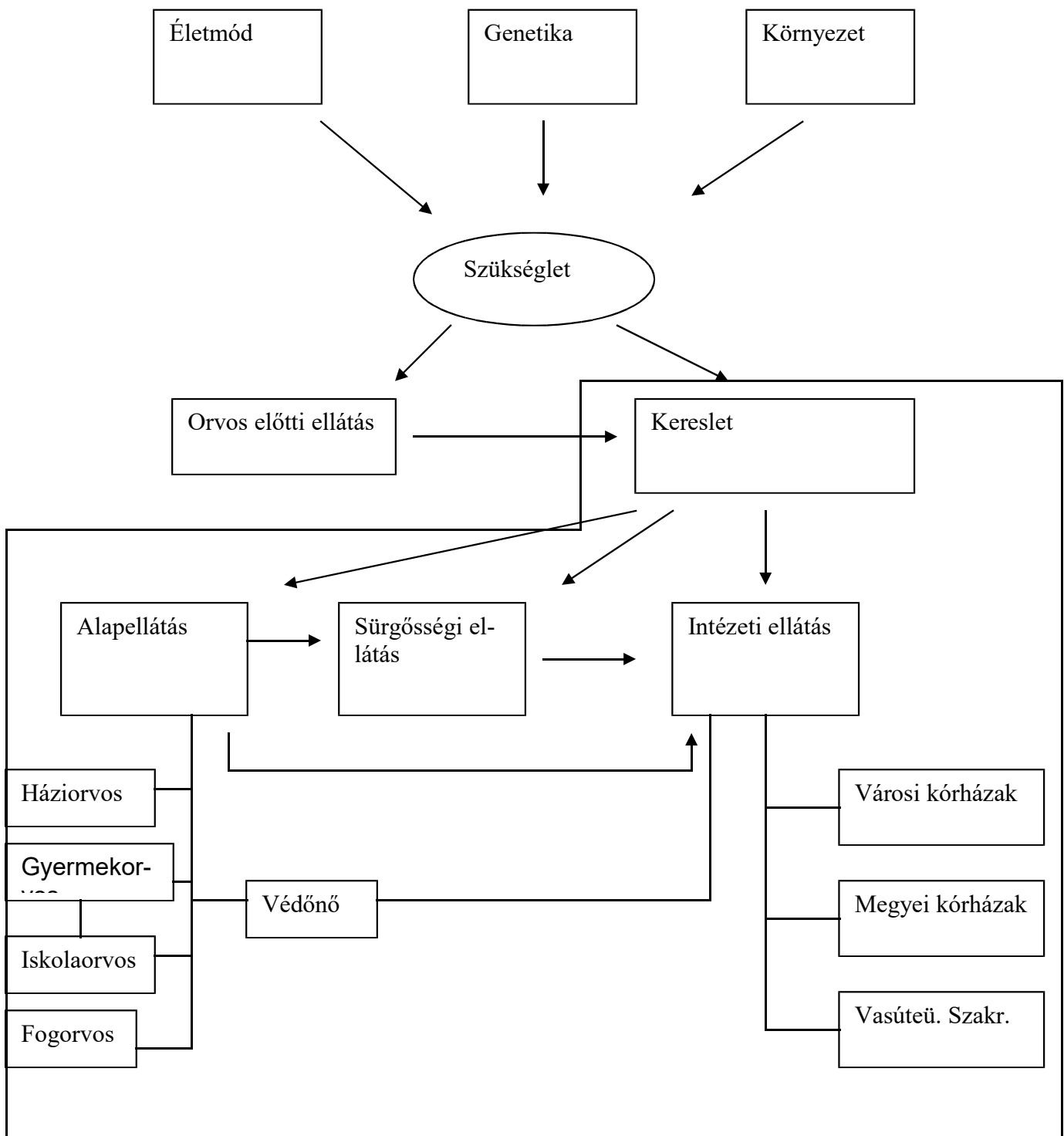
Szociális ellátási területek (időskori problémák jelentős része az egészségügyi ellátásban tárgyasul)

Ezek miatt a korrekt elemzéshez szükséges ezen területek ellátási lehetőségeinek az értékelése, illetve a céltudatos és megfelelő értékelése, valamint (az ellátást ott és olyan tartalomban, ahol és amikor szükséges) ellátás biztosítása érdekében ezen területek együttműködési rendszerének kidolgozása.

Nem elég csak a kórházakra, mint az ellátás csúcsára és az acut életmentés helyszínére koncentrálni.

A szociális és egészségügyi ellátó rendszer összekapcsolása ezért válik időszerű feladattá.

Az ellátási séma Miskolcra adaptált változatát mutatja az alábbi ábra:



Az egészségügyi ellátó rendszeren belül azokkal a területekkel foglalkozunk, amelyek kiemelt hatással vannak a lakosság egészségi állapotára, s egy egységes egészségügyi program mentén szervezhetőek.

A struktúra fejlesztését a szükségletek által kell meghatározni, alapvetően annak a kielégítése a feladat. El kell érni a megelőzhető és elkerülhető halálozás csökkenését, a népbetegségek prevenciójával és kezelésével pedig azok halálozásának csökkenését.

Az egészségügyi stratégia egy modernizációs program, amelynek négy fő célja van:

A lakosság egészségi állapotának javítása

A szükségletek és a kapacitások összhangjára való törekvés

Az egészségügyi dolgozók megnyerése a célok programok megvalósítására

Az egészségügyi szolgáltatások minőségének garantálása és a folyamatos fejlesztésre való törekvés

Az egészségügyi stratégia megvalósítása területén, a prioritások felállításánál figyelni kell az adott döntés gazdasági hatására az ellátási folyamat többi szereplője esetében. Háziorvosi ellátás bázisfinanszírozott, tehát nincs fedezete az ellátás tartalmának növelésére, a teljesítményfinanszírozott szintek nem rendelkeznek tartalékkal a bevételcsökkenés kompenzálására, stb.

Az egészségügyi ellátó rendszer átalakítását egységes szervezeti kereteken belül kívánjuk megoldani.

Elgondolás az egységes szervezeti keretre (Miskolci modell)

A Miskolci Modell területei

Miskolci Modell I. Irányító testület (beni ellátás) terület tevékenységét egy irányító testület végzi, törekedve az átfogó prevenció, egészségügyi szolgáltatások biztosítására. A modell egyben a járóbeteg-ellátás, a sürgősségi ellátás, a diszpécser központ, a háziorvosi ellátás, a védőnői ellátás, az iskolai egészségügyi szolgáltatás, a fogorvosi ellátás, a gondozói ellátás, az otthoni szakápolási rendszer, a járóbeteg szakellátás, a szakorvosi rendelések megvalósítását szolgálja az eredményt. A modell bevezetése több, eddig megoldhatatlan problémát megoldhatóvá tesz.

A modell részei és feladatuk:

Irányító testület

tagjai: szakmai vezető
 gazdasági vezető
 minőségirányítási vezető
 controller
 informatikai vezető
 marketing szakember

Informatikai munkacsoport

Döntéshozókészítő munkacsoport

tagjai: epidemiológus
 eset-menedzser
 statisztikus
 elemző

Diszpécser központ

Sürgősségi ellátás

Alapellátás

SBO II. szint

Járóbeteg alap- és szakellátás

Alapellátás: Háziorvosok

Házi gyermekorvosok

Védőnők

Iskolaorvosok

Fogorvosok

Gondozók

Otthoni szakápolási rendszer

Járóbeteg szakellátás:

Szakorvosi rendelések

Ambuláns ellátás
Központi diagnosztika, kistérségi diagnosztikai központ
Fekvőbeteg ellátás
 Aktív fekvőbeteg-ellátás

 Krónikus fekvőbeteg ellátás
Betegszállítás
 Sürgős betegszállítás (mentés)
 Nem sürgős betegszállítás
Alternatív gyógymódok
Civil szervezetek
Szociális ellátások

 Területi Gondozó Központok
 Szakosított intézményi ellátási formák

Ad I. Az irányító testület összetétele biztosítja, hogy a változások a szakmai célkitűzések (outcome) elérése érdekében, az erőforrások megfelelő átcsoportosításával, a minőségfejlesztés módszereivel és eszközeivel támogatva, a betegek és más érdekelték (biztosító, egészségügyi dolgozók, tulajdonosok) megalégedésére valósuljanak meg.

Az irányító testület a döntés-előkészítő munkacsoport munkájára támaszkodik.

A program erős informatikai támogatottságot, célszerűen sűrített, naprakész információ-szolgáltatást igényel. Javasoljuk az iparban már nálunk is bevált, a kanadai ún. "Ontario-modell" sikerét is biztosító balance-score card TQM módszert.

Ad II. Az informatikai munkacsoportnak a szoftver-hardver karbantartás mellett fontos feladata az elemzések (eset menedzsment, betegutak nyomonkövetése) és fejlesztések informatikai támogattságának biztosítása. (Ún. base-line vagy kiinduló értékek meghatározása, változások követése, indikátor fejlesztésben közreműködés.) Soha nem ad hoc jellegű, mindig jól előkészített munkának kell folyni.

Ugyancsak az informatikai munkacsoport rutin feladatai közé kell tartozzon a szűrővizsgálatok protokoll szerinti előkészítése, a lakosok behívása, kiértékelése.

Az informatikai munkacsoport munkáját a döntés előkészítő munkacsoporttal és az adatközlőkkel együttműködve végzi. A visszacsatolás biztosítja az adat validitás javulását, ami nélkül nem lehet jó döntéseket hozni.

Ad III. A döntés-előkészítő munkacsoportban azért van epidemilógusra szükség, hogy az egészségi állapot változásait szakszerűen elemezze, figyelembe véve az egészségi állapotra ható demográfiai és egyéb tényezőket.

Az esetmenedzsernek ki kell alakítania azt az egész ellátórendszert átszövő hálózatot, aminek segítségével nyomon követi a menedzsment a betegek útját, az ellátás szakszerűségét, feltárják a tipikus hibákat, amelyek akár az eredményesség és hatásosság, akár a gazdasági hatékonyság szempontjából kritikusak. A tényfeltárás mellett a helyes gyakorlat kialakítása érdekében a döntés előkészítő

munkacsoport oktatásokat, továbbképzéseket készít elő és támogatja a multidiszciplináris munkacsoportokban szervezett szakmai minőségfejlesztő munkát.

A gazdaságossági számítások és a költséghatékonysági vizsgálatok végzése is a döntés-előkészítő munkacsoport feladata.

Ad IV.A diszpécser központ a betegirányítás motorja. Feladatai közé tartozik: ellátási igények felmérése, összegyűjtése (szociális, egészségügyi)

ellátási lehetőségekről tájékoztatás biztosítása verbális és informatikai úton

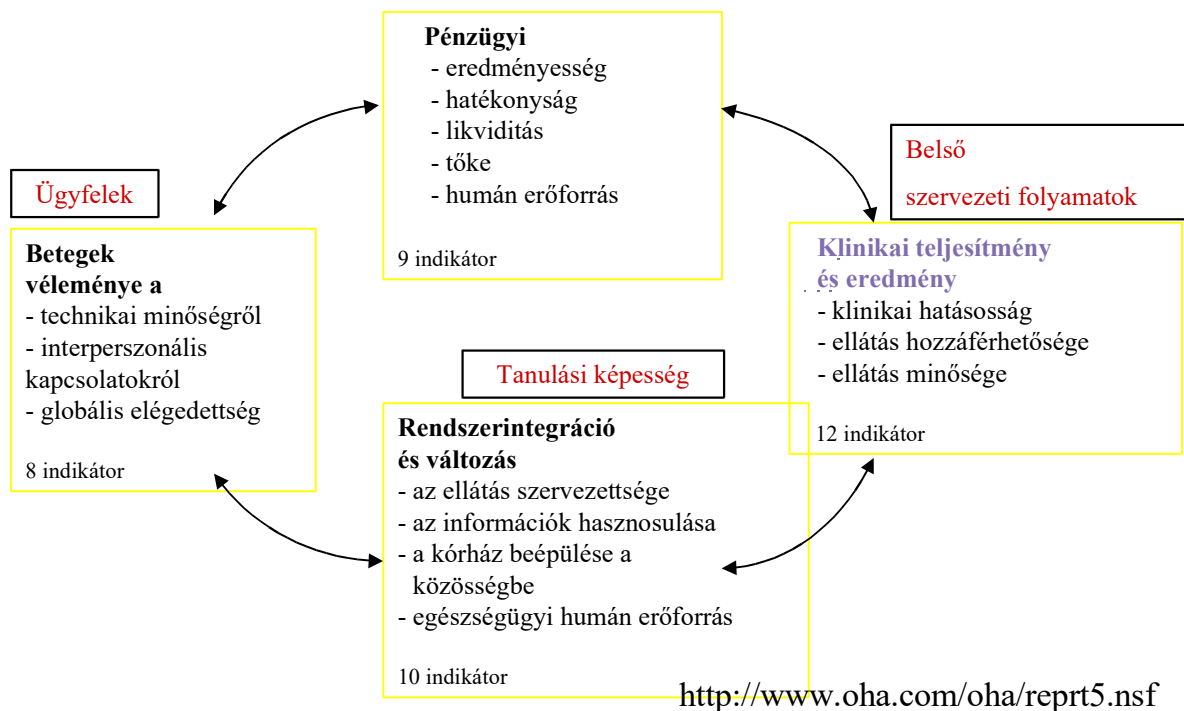
az egészségterv és ellátási feladatok összehangolása

riasztási rendszer jelzéseinek vétele, a segítség nyújtás formájának eldöntése (szociális, egészségügyi)

a sürgős betegellátás koordinálása. Már az ellátó helyre érkezése előtt fel tudja venni a kapcsolatot mind az ellátókkal, mind a betegekkel. Kompetensnek kell lennie annak eldöntésében, hogy kell-e és milyen erőforrásokat kell biztosítani, hogy a sürgős beteg mindig az állapotának megfelelő helyen és időben, lehetőleg elsőre jól, az állapotának megfelelő ellátást kapjon.

Adatbázis készítése és üzemeltetése

Ontario Kórházi Keretrendszer



Az Ontario Kórházi Keretrendszer a nemzetközi mintája a Miskolci Modell működési elvének.

A Modell irányító testület nagyobbik része a meglévő irányító testületek, diszpécser szolgálatok összevonásából, újrastrukturálásából (párhuzamosságok elkerülése) létrehozható.

A lakosság egészségi állapotának javítása:

A lakosság egészségi állapotának javítása az egészségterv és a stratégiai terv közös feladata. A stratégiai terven belül ehhez tartozik:

Szűrővizsgálati tevékenység

A szűrővizsgálati program azokra a betegségekre terjed ki, amelyek az elkerülhető halálozásért felelősek, vagyis:

Tumorok (emlő, méhnyak, vastagbél)

Cardiovascularis betegségek (hypertonia, infarctus, stroke)

Eszközül a népegészségügyi szűrővizsgálatok szolgálnak a betegségek minél korábbi stádiumban való kiszűrése céljából. Az aktív felkutatástól várható legrövidebb időn belül eredmény. A korai felkutatás eszköze a célzott/szervezett, népegészségügyi méretekben alkalmazható szűrővizsgálat.

- Emlőszűrés:

45-65 év közötti nők kétévenkénti mammográfiás vizsgálata.

	Hazai eredmények	Megcélzott terv
Résztvételi arány	41,5 %	min 70%
Visszahívási arány	7,11%	10% alatt
Műtétek aránya	0,56 %	2% alatt
Malignus daganatok:		
a műtéti anyagban	63 %	50 %
az összes vizsgáltak között	0,36 %	0,2 – 07 %
„kis rákok” (15mm alatt) aránya	55,8 %	50%

1. Táblázat

Jelenleg emlőszűrés mindkét városi kórházban történik, szervezett módon.

- Méhnyakszűrés:

25-65 év közötti nők egyszeri negatív szűrővizsgálata után háromévenként megismételt, citológiai vizsgálatot is alkalmazó nőgyógyászati vizsgálata.

- Vastagbéliszűrés:

50-70 év közötti férfiak és nők kétévenként megismételt, a székletbeli rejtett vér laboratóriumi kimutatásán alapuló szűrővizsgálata.

- Prostataszűrés

Panasszal rendelkező férfiak PSA szint meghatározása

A szűrővizsgálatok koncentrálása a Semmelweis Kórház Térségi Diagnosztikai és Szűrőközpontjában tervezett.(HEFOP 4.3 pályázat) a kórházi szűrőközpont végzi a tüdőszűréseket is, stabil, illetve 3 mobil állomással. Tervezett vizsgálatszám igény a miskolci lakosok körében:

Emlőszűrés:	14 000/év
Méhnyakszűrés:	10 500/év
Vastagbél:	14 000/év
Prosztataszűrés:	6 000/év

Komplex szűrővizsgálati protokoll alkalmazásával a vizsgálatok bővíthetők a kardiovasculáris (vérnyomás, koleszterin, vércukor) vizsgálatokkal.

Szűrővizsgálatok szervezésért a diszpécserközpont, a házi orvos és a szűrőközpont közösen felelősek.

Európai Unió és hazai egészségpolitikai tendenciák

1.Sürgősségi ellátás megszervezése:

A munkaidő korlát bevezetése a kórházi ügyeleti rendszer átszervezését teszi szükségessé a meglévő erőforrások optimális kihasználása érdekében. A sürgősségi betegfogadó helyek szervezését ez év decemberéig, a sürgősségi osztályokat 2005 végéig, a sürgősségi centrumokat 2006-ig kell megszervezni.

A felkészülés jegyében a háziorvosi ügyelet felosztásra került a két kórház között. Mindkét kórház rendelkezik sürgősségi betegfogadó hellyel.

A sürgősségi ellátásban való részvételről szóló döntés hosszú távra meghatározza a kórházak sorsát, fejlesztési irányát. Átmeneti megoldás nem célravezető, jelentős többletkiadásokkal (többletkapacitások fenntartási kényszerével) jár.

Ennek alapján a Semmelweis kórházat – minthogy sikeres pályázatot készített és nyert, a szűrőközpontra épülő elektív ellátás irányába célszerű fejleszteni. Ez az ellátási forma biztosítja a kiszűrt lakosok megfelelő kivizsgálását, ellátását, a kórház meglévő kapacitásának célszerű kihasználását.

A Diósgyőri Kórház, a két speciális profiljával (traumatológia, stroke) a Megyei Kórházzal együttműködésben részt vesz a sürgősségi ellátásban, mint a regionális sürgősségi központ része.

Ennek megfelelően a Semmelweis Kórházban csak sürgősségi fogadóhely, míg a Diósgyőri Kórházban sürgősségi osztály kialakítása szükséges.

Diósgyőri Kórház sürgősségi ellátáson belüli feladatköre:

traumatológiai esetek páros napi fogadó és ellátó helye

strokos betegek fogadó és ellátó helye

konzíliumot és ellátást biztosít a rendelkezésre álló szakterületeken (belgyógyászat, kardiológia, gastroenterológia, szülészet-nőgyógyászat, általános sebészet)

A Diósgyőri Kórházban ilyen profillal céltámogatásból új épület készült el, ahol az ambuláns traumatológiai, stroke betegfogadó közvetlen képalkotó diagnosztikával rendelkezésre áll, míg az egyértelműen felvételre kerülő súlyos traumás sérültek egy másik, osztályhoz kötött betegfogadón keresztül érkeznek. Koponya és érsérültek esetén konzíliárius segédlettel az akut ellátás lehetősége biztosított, a koponya trepanáció eszközei, illetve a DSA készülék rendelkezésre áll. Tekintettel a stroke osztály jelenlegi leterheltségére, az agyi haematoma miatt műtétet igénylő betegek átadásra kerülnek a Megyei Kórház idegsebészeti és neurológiai osztályára további kezelés végett.

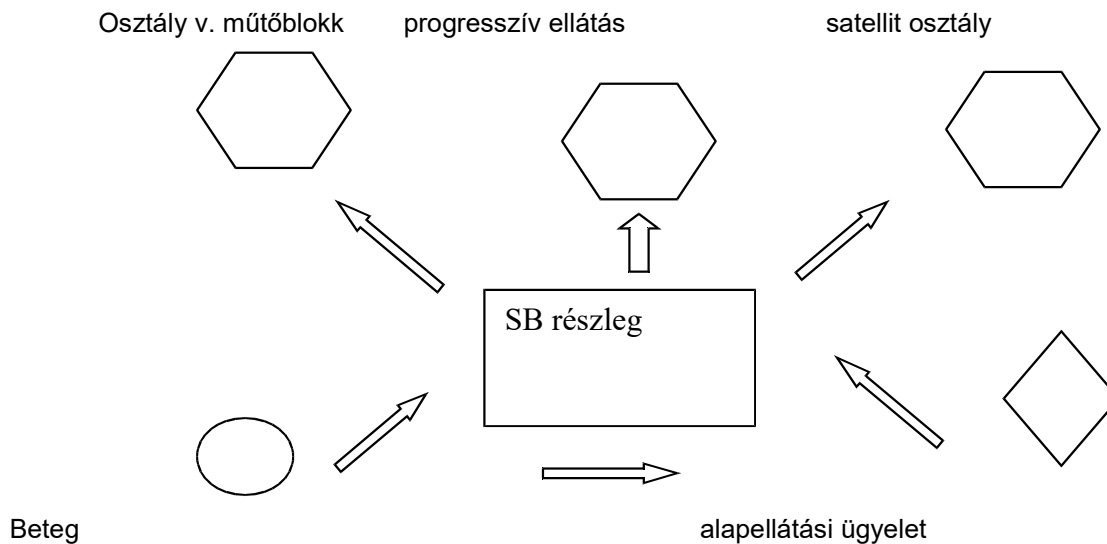
Tervezett betegút:

⇒ trauma és stroke eset mind laikus, mind alapellátási ügyelet, illetve mentőszállítás szintjén jól definiálható kórkép. Ezek az esetek a Diósgyőri Kórház sürgősségi ügyeletére kerülnek.

⇒ megfigyelés, illetve akut műtéti ellátás a saját osztályon

⇒ szükség esetén progresszív ellátás a Megyei Kórházban (idegseb, érseb)

beteg mozgása a sürgősségi ellátó rendszerben:



Belgyógyászat, ideggyógyászat és sebészet területén satellit kórházként működik a Megyei kórház számára

2. Munkaidő szabályzás

A munkaidő szabályzásáról szóló törvény megjelent, betartása kötelező. Bár jelen pillanatban az unióban is vitatják a betarthatóságát, megváltoztatása nem valószínű. Jelenleg ellentétes törekvések vannak arról, hogy az ügyeletet teljesen, vagy csak részben számítson munkaidőnek. Az utóbbi esetben jelentősebb problémával állunk szemben. Ennek a megoldására több lehetőség van:

Azon osztályok ügyeleit, ahol 7-nél kevesebb orvos található, össze kell vonni. Meggondolandó osztályösszevonás, vagy betegátadás ügyelő osztályoknak is.

Központi műtőblokk létrehozása célszerű ügyeleti műtővel.

Vállalkozó orvosok megjelenése várható, akik csak ügyeletet látnak el. Legdrágább és legkevésbé optimális megoldás.

Növelni az orvoslétszámot, amely szintén drága megoldás.

3. Az unión belüli betegáramlás

Bár napjainkban főleg a brit betegek keresnek ellátást külföldön, megfelelő szolgáltatás esetében a vándorlás iránya megváltozik. Miskolc vonatkozásában főleg a Kassa környéki betegek beáramlása várható. Tekintettel arra, hogy ez segít a meglévő kapacitások feltöltésében, mindenféleképpen kívánatos ezen betegek – otthoni biztosító támogatása esetén – kórházainkba irányítása.

4. Finanszírozási korlát (degresszio)

A 2004 elején bevezetett volumenkorlát továbbra is fennmarad. A korlát bevezetése és fenntartása meggátolja, hogy a kórházak teljesítménynöveléssel kompenzálják a gazdasági helyzet romlását. Ez év végére kórházaink közül a Semmelweis kórház kerül miatta nehéz helyzetbe. A volumen korlát negatív hatásának kivédésére a struktúraátalakítás, illetve az ellátási költségek csökkentése a célravezető.

5. Irányított betegellátási rendszer

Az irányított betegellátási rendszer, bár nem új, de 2005-ben előre láthatóan 4 millió lakosra terjesztik ki. A rendszer előnye az egységnyi költség csökkentése, a megtakarítás nagyságrendje résztvevők függvényében 1-13% között mozgott. Miskolcon a kórházi konkurencia miatt kb 5% körüli megtakarítás várható. Előnyt jelent a Semmelweis Kórház szűrőcentruma, amely biztosítja, hogy a kiszűrt betegek alacsonyabb költségigénnyel kerüljenek ellátásra, változatlan bevétel biztosítása mellett. Az első évek kórházi betegdömpingje után azonban betegszám csökkenés várható, amely a kórházak számára átprofilírozást tesz szükségessé.

Az irányított betegellátási rendszerben való részvétel miatt ki kell dolgozni az alábbi ellátási folyamatokat:

szívinfartus ellátási protokoll

agyvérzés ellátási protokoll

egynapos sebészeti protokoll

kúraszerű tumoros ellátási protokoll

sürgősségi betegfogadás és ellátás

szűrési protokollok

6. Meglévő ellátási rendszeren belőli ellenőrzések szigorodása

A betervezett reform elmaradása miatt az egészségügyi finanszírozás költséghatékonyságának növelése érdekében fokozottan ellenőrzik a finanszírozott pénzek felhasználását. Első menetben ez a táppénzbe vétel, a nagy értékű gyógyszerek és eszközök felhasználására terjed ki. Az ellenőrzésre való felkészülés érdekében a kórházaknak át kell tekinteni a drága gyógyszerek, vérkészítmények, diagnosztikai vizsgálatok helyzetét, használatuk indokoltságát. A gazdálkodás és ráfordítás elemzésére fejleszteni kell a kórházak controlling rendszereit.

Működési és gazdálkodási formaváltás lehetséges módjai, hatásuk az egészségügyi ellátásra

1. Tervezés, szabályozási környezet

Az egészségügyi intézmények (házi és fogorvos kivételével) önkormányzati tulajdonú intézmények. A költségvetési szervek beszámolási és könyvvezetési kötelezettsége ugyancsak kötött¹, pénzforgalmi szemléletű kettős könyvvitel. A kórházak ebből kifolyólag „számos olyan információt állítanak elő, amelyek legfeljebb a rájuk nem vonatkozó bázisfinanszírozás igényeit elégítenék ki, így azok - a saját gazdaságszervező munkájuk mellett – a központi tervezésben és a finanszírozásban nem hasznosulnak. ...hasznosíthatóbbak lennének a gyógyítás költségeire, illetve az elvégzett vizsgálatok ráfordításaira vonatkozó adatok. ...A kórházakban a korszerű üzemgazdasági szemlélet sürgető általánossá válásának ma a legnagyobb gátja a pénzforgalmi szemléletű számvitel alapján előállított információk használhatatlansága”.² Az OEP finanszírozás csak a működési költségeket fedezi, a fenntartás, fejlesztés költsége a tulajdonost terheli, amelynek az nem képes teljes mértékben megfelelni. Ezt kompenzálják az állami céltámogatások. Ebből fakad az amortizációs probléma is, minthogy költségvetésben nem amortizáció, hanem értékcsökkenés van. Az egészségügyi intézményekben ezért található sok „0”-ra íródott eszköz.

A költségvetési gazdasági irányítással szemben –amely a bázisfinanszírozás elveire épül – a működés finanszírozása piaci elveken, a teljesítmény függvényében történik. A teljesítményelvű tervezés, elszámolás, gazdaságirányítás pedig üzemgazdasági típusú számvitelt követelne meg.

A közalkalmazotti életpálya modell gazdasági és működési stabilitást feltételez, nem piaci működést. A másik probléma az egészségügyi intézményeknél, hogy a piaci körülményekhez való alkalmazkodás, vagy azok irányítása (marketing) sokkal szabadabb létszámgazdálkodást igényel (létszámnövelés, csökkentés, átcsoportosítás).

Mindezen problémákat megoldja a gazdálkodási forma váltás (amely nem privatizáció). Gazdálkodási forma váltás esetében (KHT, Kft, Rt) az előző két gátló tényező kiküszöbölhető. Amennyiben ezen

¹ A költségvetési szervek beszámolási és könyvvezetési kötelezettségéről szóló módosított 54/1996. Korm. r.

² Állami Számvevőszék jelentése az önkormányzati tulajdonban lévő kórházak pénzügyi helyzetének, gazdálkodásának vizsgálatáról. 2000. július

szervezetek önkormányzati, vagy többségi önkormányzati tulajdonban vannak, a politikai, közösség érdekében történő döntések továbbra is biztosítottak.

Az intézmények közötti verseny egyenlőtlen. Az egészségügyi piac „kínálati piac” jellegéből adódóan a nagyobb kapacitásokkal bíró területek jobban bírták fokozni a teljesítményüket és a bevételeiket. Emiatt Észak-Magyarország halmozottan hátrányos helyzetű, mert ebben a régióban volt és van biztosítva lakossággal arányosan a legkevesebb szakorvosi óra, a legkevesebb gyermekorvos, a legkevesebb speciális diagnosztikai eszköz. Az aktív ágyellátottság alig jobb a minimumnál és krónikus ágyakban is van elmaradás. Míg más hátrányos helyzetű régiókban kompenzáló szerepet töltenek be az egyetemi klinikák, itt ez a lehetőség sincs meg.

Ugyanakkor itt a legalacsonyabb a férfiak születéskor várható élettartama, legnagyobb a korai halálozás miatt elvesztett életévek száma, ami a rossz egészségi állapotnak csak a végkifejletet jelző mutatója.

2. Az magyar egészségügy forráshiánya

Az Európai Unió tagállamok átlagosan nemzeti össztermékük mintegy 9-9,5%-át fordítják az egészségügyre. Ezzel szemben Magyarország - hivatalos adatok szerint - GDP-je 6,5-6,8%-fordítja az egészségügyre. Ez a fennálló 25-30%-os különbség abszolút értékben jóval nagyobb mértékű, hiszen az EU átlagnál lényegesen alacsonyabb magyar GDP-nek az alacsonyabb százalékáról van szó, miközben az eszközök, a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, műszerek, nagy értékű állóeszközök szinte kizárólag importból származnak, a magyar egészségügy lényegében az EU országok árszínvonalán juthat ma már csak hozzájuk.

A magyar egészségügy hosszú évek óta a bérek visszafogásával, a beruházások, felújítások gazdaságilag nem hatékony mértékével (elhalasztásával) és a tőkeköltségek vissza nem pótlásával kompenzál. A krónikus forráshiány negatív hatásai szinte minden területen megmutatkoznak, pl: alacsony bérek, az ügyeleti díjak fedezetének hiánya, étkeztetés színvonala, lepusztult eszköz- és épület állomány. (Pl. az orvosok bére a más ágazatban dolgozó diplomások bérének kb 60 %-át éri el a béremelés ellenére.)

3. Forrás bevonási kísérletek

Az elmúlt 10-15 év során számos forrás bevonási kísérlet történt – részben elméleti síkon - a magyar egészségügyben. A fő motívum valamilyen privatizációs jellegű megoldással befektetői forrást vonni be az egészségügybe. Elsőként a gyógyszerkereskedelem privatizálása ment végbe. A háziorvosi ellátásban a „funkcionális privatizáció” (szokás kvázi privatizációnak is nevezni) már csaknem teljes körű. A kórházainkban magánkézbe vagy külső vállalkozóval leszerződésre kerültek résztvevőeségek, elsősorban képalkotó diagnosztikai, járóbeteg és ügyeleti ellátást és a támogató szolgáltatások (mosás, takarítás, rendészet, biztonság és vagyonvédelem, energetika,) működtetése.

Mindezek a forrásbevonási kísérletek sem megvalósulásuk módja, sem pedig a mobilizált források mértéke miatt nem eredményeztek megoldást a magyar egészségügy általános forráshiányára. Egyik

igen komoly veszélyük az eddigi tapasztalatok alapján, hogy „nem érvényesíthetőek az egyes szétaprózott helyi befektetések esetén az egészségpolitikai szempontok, illetőleg az összehangolt egészség- és gazdasági tervezésből következő prioritások. Ugyanakkor az egyes beruházások a finanszírozási rendszer anomáliái miatt függetlenedhetnek az egészségi szükségletekből következő racionalitástól, mert üzleti racionalitást követnek. Ez egyben az egyenlő esélyű elérhetőség és hozzáférés szempontjait is alááshatja. E forrásbevonási kísérletek, minthogy valóságos közgazdasági tartalmuk szerint nem jelentenek privát forrás bevonást, az EUROSTAT klasszifikációs szabályai szerint is kivétel nélkül közteher növekedésnek (közkiadás, államadósság stb.) minősülnek.”³

4 Egyéb forrásbevonási lehetőségek

Az egészségügyi törvény lehetőséget teremt az átlagos szolgáltatási nívót meghaladó szolgáltatások beteggel történő finanszírozására. Ez nem terjed ki a szolgáltatás tartalmára, az OEP által finanszírozott szolgáltatás minden szolgáltatást igénylőnek egyformán jár.

Co-payment jellegű szolgáltatások:

- 2-3 ágyas fürdőszobás, kiemelt ellátási körülmények
- a la carte étkezés lehetőségének biztosítása
- TV, számítógép, Internet biztosítása
- személyi ápoló biztosítása
- OEP által nem finanszírozott ellátások biztosítása

A fenti szolgáltatások finanszírozása lehetséges a beteg által, illetve kiegészítő biztosítókon keresztül.

Tulajdonforma váltás (közhasznú társasággá alakulás)

Az egészségügyi intézményrendszer legköltségesebb elemei, a kórházak költségvetési szervként működnek, gazdálkodási tevékenységük rendjét az Államháztartási törvény és az államháztartás működési rendjéről szóló kormányrendelet szigorú szabályai határozzák meg⁴. A teljesítményelvű finanszírozás és az egyre kiszélesedő privatizáció révén jelentkező piaci hatások azonban olyan szemléletváltást igényelnének, amely nehezen egyeztethető össze a hagyományos, szigorú gazdálkodás szabályaival.

A tulajdonforma megváltoztatásának koncepciója mögött az az elképzelés húzódik meg, hogy ettől az intézményi gazdálkodás hatékonyabbá válik, mert az ellátó intézmények gazdasági társaságként működve kötelesek a számviteli törvény előírásainak megfelelően gazdálkodni, eredményorientált tevékenységük jobban mérhető és értékelhető. Ezen elképzelések hiányossága, hogy a számviteli kérdések rendezése önmagában nem ad megoldást a források hiányának problémájára, jóllehet megteremti

³ NEK 2004. augusztus 30.-i anyaga (Az egészségügyi intézményrendszer megerősítése központi forrásbevonás útján, a finanszírozás mértékének rendezése)

⁴ Az államháztartásról szóló, többször módosított 1992. évi XXXVIII. Tv. és az államháztartás működési rendjéről szóló 217/1998 (XII.30.) Korm. rendelet

a források bevonásának, átlátható és hatékony felhasználásának a feltételeit. A rugalmasabb működés javít a forráshiányos helyzeten, de nem oldja önagában meg. Intézményi szinten nem is ez a célja, ez kormányzati elgondolás volt.

A gazdálkodási forma váltás előnye az üzemgazdasági elvek megjelenése a gazdálkodásban, a folyamatszemplélet kihasználása, a közalkalmazotti kötöttségek megszűnése a humánpolitikai szervezésben. Az átalakulás folyamán bár törvényi kötöttségek még a közalkalmazotti jogok „béklyóját” felrakják az új szervezetre, a kontraszelekcióval szembeni szelekció azonban beindulhat.

A tulajdonforma váltás másik lehetséges útja a tőkebevonással járó privatizáció, illetve a PPP program, de ezekre igazából példa a magyar egészségügyben nincs. Tőke csak ott jelenik meg, ahol annak megtérülése biztosított, ez csak bizonyos jól finanszírozott, a finanszírozás oldaláról az amortizációt is tartalmazó területeken lehetséges jelenleg (képalkotó diagnosztika, IVF, művese, haemodinamika), illetve pótlólagos források bevonását lehetővé tévő részeken.

A forráshiány megoldása kormányzati feladat. A meglévő források optimális kihasználása már regionális, illetve városi feladat.

A meglévő források optimális kihasználásának egyik megoldása az irányított betegellátás néven ismert project. Ennél a projectnél a különböző ellátási formák közötti forrás átcsoportosítás elvileg lehetséges, gyakorlatilag azonban továbbra is akadályokba ütközik.

Különböző tulajdonformák jellemzőinek összehasonlítása:

Típus	Szakmai vezethetőség	Gazdasági vezethetőség	Politikai hatás	Fenntarthatóság	Eredményesség	Összesen értékelés
Önkormányzati	XX	X	XXX	XX	XX	XX
Non profit	XXX	XX	XX	XX	X	XX
For profit	XXX	XXX	X	XXX	XXX	XXX

6. Forrásoptimalizálás lehetséges módjai:

- Az önkormányzati egészségügyi intézményeket egy ellátó rendszerbe beolvasztani, azok működését a betegutak optimális kihasználásával harmonizálni, amely költségek - de jelen finanszírozás mellett bevétel – csökkenéssel is járna

A kórházi tagozat, mint a legdrágább és fontosabb elem gazdaságos működésének biztosítására törekedve a két kórház kihasználatlan párhuzamosságainak megszüntetésével optimalizálni a költségeket
A tervezett Dél-Borsodi ellátási régió kialakítása, amely lehetővé teszi az IBR-nek megfelelő forrásmegosztás elérését

A szociális (idősellátás) és egészségügyi terület összevonásával létrehozni a Dél-Borsodi ellátási régiót, amely csökkenti az aktív kórházi ágyak szociális célú leterhelését.

Kiegészítő egészségpénztári szerződések megkötése kiemelt szolgáltatások nyújtása és finanszírozása érdekében

A fenti forrásoptimalizálások nem teszik kötelezővé, de nem is negálják a gazdálkodási forma váltást és/vagy a privatizációt. Eredményes működésük érdekében azonban mindenféleképpen szükséges az üzemgazdasági elemzések, tervezések és döntés-előkészítések bevezetése, a rugalmas létszámpolitika alkalmazása.

Az egészségügyi ellátó rendszer határterületei

1. Gyógyfürdő – wellnes

Napjainkban az egészségügyi ellátás, a wellnes és a komplementer medicina egyre inkább közeledik egymáshoz, helyenként – alapvetően a for profit szférában – átfedésbe kerülnek.

A lehetőségek elemzésénél külön kell választani a gyógyturizmust és a wellnes turizmust. A gyógyturizmus – mely jellemzője a barlangfürdőnek – alapvetően a nyugdíjas korosztály érdeklődésére tart számot, célja a gyógyulás keresése, a kezelések jelentős része OEP finanszírozásban történik. Gazdaságilag ez az ág alacsony profitabilitású.

A wellnes a mentális, fizikai és biológiai egészséget keresi, célja egészségesnek maradni. A wellnes iránt érdeklődők az aktív korosztályból kerülnek ki.

A wellnes turizmusra az alábbiak a jellemzők:

hosszabb tartózkodási idő

relatív magas költség

jelentős forrásszükséglet

kisebb a szezonalitása

jelentőse a preventív, betegségmegelőző hatása, az egészségtudatos életre nevelés (az egyén felelőssége a saját egészségért), ebből következően népegészségügyi szempontból jelentősebb, mint az egészségturizmus.

A KPMG egy felméréséből ismert, hogy az utazást tervezők közül az egészségturizmus az alábbiak szerint jelenik meg:

Gyógyturizmus 7,6%

Rehabilitáció 1,9%

Prevenció 5,6%

Wellnes 13,6%

Látható, hogy a preventív szolgáltatások iránti igény a domináns.

Az egészségturizmus mint a turizmus egyik formája az elmúlt években kormányprogrammá vált. A város és a régió az egészségturizmus egyik résztvevője lehet, miskolctapolcai tavasbarlang és termálvíz, illetve a környező termálfürdők kapcsán (Szikszó, Sárospatak, Mezőkövesd, Bogács, Tiszaújváros). A város sajátossága, hogy az egészségturizmust aktív turizmussal is kapcsolni tudja, annak részévé teheti (Bükk nyújtotta lehetőségek).

Az országos tendenciákkal ellentétben, az Észak-Magyarországi régió vendégforgalma 2002-ben emelkedett (1,2%), ami a hazai vendégkör növekedésének eredménye (5,3%) átlag tartózkodási idő 2,6 nap volt. A vendégek 85%-a belföldi vendég volt.

A megye öt turisztikai centruma közül az egyik Miskolc és agglomeráció települései a Mályi tóvidékkel együtt. Ezen belül az egészségturizmus számára fontos terület Miskolctapolca, a Mályi tóvidék, illetve a határon Tiszaújváros. A Miskolctapolcai termál Barlangfürdő hivatalosan gyógyfürdővé lett nyilvánítva. A fejlesztése folyamatos, egyszerre kíván a látványfürdő és a gyógyfürdő szerepkörnek megfelelni. A barlangfürdő látogatottsága ennek megfelelően 168 096-ról 314.486 főre növekedett. (1991-2002) A barlangfürdő hiányossága, hogy az egészségturisztikai és OEP finanszírozott ellátások dominálnak, a jóval jelentősebb és gazdaságilag – népegészségügyileg eredményesebb prevenciók – wellnes ellátások azonban nem. A szállodák közül egyedül a Bástya Hotel rendelkezik wellnes szolgáltatással. A hazánkban megszokott tradicionális gyógyfürdő mellett ismert a Day Spa, amely egynapos kezeléseket, csomagokat szolgáltat, valamint a Holisztikus Spa, amely alapvetően wellnes, természetgyógyászati és életmód kezeléseket nyújt. A két utóbbi kezelési (szolgáltatási) forma megvalósítható Miskolctapolcán extrem beruházás nélkül is.

Az Avas szálló felújítása kapcsán wellnes központ kialakítása is várható.

Miskolc közelében Szikszón és Tiszaújvárosban tervezik a fekvőbetegellátás és a Spa szolgáltatás közelítését, együttes megjelenítését.

2. Komplementer medicina

A komplementer medicina a természetgyógyászat szinonim megnevezése, amely arra utal, hogy a hagyományos európai orvoslás kiegészítő gyógyászati ága. Miskolcon több természetgyógyász rendel, illetve kozmetikai szalonok végeznek határterületi ellátást (mágnéskezelés, masszázs, fénykezelés). Tekintettel azokra a vizsgálatokra, melyeket Magyarországon is elvégeztek (Dr. Buda László: Az alternatív medicina igénybevételének és az egészségügyben betöltött szerepének vizsgálata szociológiai módszerekkel; A természetgyógyászat szerepe az egészségügy, az egészségmagatartás és az egészségfelfogás átalakulási folyamataiban), a lakosság mintegy 60%-a tervezi, 30%-a meg is keresi panaszaiával a természetgyógyászt. A természetgyógyászat elveiből következően kiváló eszköz a népbetegségek megelőzésében és kezelésében (stressz ellenes kezelések, táplálkozással kapcsolatos elváltozások, mozgáshiány korrigálása, stb). az orvos előtti, illetve kiegészítő kezeléseik jelentősen elősegítik a lakosság egészségi állapotának javulását. Természetesen a gyógyászat szereplőivel konkurencia harc alakult ki az egészségpiac felosztására, ez azonban a jogszabályi keretek felhasználásával, egymás elveinek, módszereinek és eredményeinek megismerésével megfelelő mederben tartható. Mindenféleképpen javult a természetgyógyászati kezelések kórházon belüli megjelenítése. Ennek megfelelő alapot ad a Magyar Tudományos Akadémia állásfoglalása, amely osztályozza a természetgyógyászati területeket. A természetgyógyászat – mely egyes elemeit a fizioterápiás rendelők régóta alkalmazzák (mágnés, fénykezelések, speciális masszázsok) – jelentős kiegészítő forrás is lehet a kórházak finanszírozásában.

A rendszer kialakítási stratégiája:

Szakmai terv és elgondolás kidolgozása

Szakmai lehetőségek elemzése, oktatása és bevezetése az ellátásban

A stratégiai terv megvalósulásának célértékei:

Az egészségi állapot javításának célértékei

megnevezés	férfi	nő	összesen
évközepi lakosságszám	83 084	95 962	179 046
15-64 éves felnőttek	83 084	95 962	179 046
hypertonia prevalencia 20 %	16 617	19 192	35 809
kiszűrt hypertonia, célérték 75 %	12 463	14 394	26 857
vérnyomás csökkenés, célérték 60%	7 478	8 637	16 114
normotenzio, célérték 30%	3 739	4 318	8 057
hypertonia halálozás max	93	107	200
min	59	68	126
átlag	76	88	163
hypertonia halálozás csökkenés, minimum	23	26	49
dohányzás férfiak 37%, nők 27%	20 411	16 010	36 421
eredményes leszoktatás, célérték 20%	4 082	3 202	7 284
leszoktató programba bevontak (sikeres minden 3.)	12 246	9 606	21 853
testmozgás, felnőttek 21,4:13,6 %-a	11 805	8 065	19 870
testmozgás, célérték 35%	19 307	20 754	40 062
testmozgásba bevontak száma	7 502	12 690	20 192
emlőrák szűrés kétévenként		27 130	
halálozás megelőzés/év		9	9
méhnyakrák szűrés 3 évenként		46 262	
halálozás megelőzés/év		5	5
vastagbélrák szűrés kétévenként	18 573	24 956	
halálozás megelőzés/év			9

Az egészségügyi ellátó rendszer jellemzése, veszélyei és lehetőségei (SWOT analízis)

ERŐSSÉGEK

A miskolci egészségügyi intézmények vezetése elkötelezett és stabil.

A Megyei Kórház jelenléte jó hozzáférést biztosít a secunder kórházi ellátáshoz.

A Semmelweis Kórház térségi diagnosztikai és szűrőközpont pályázata (HEFOP/2004/4.3., értéke 2 120,4 MFT) egyaránt javítja az ellátás hatékonyságát és az esélyegyenlőséget.

A szűrőprogramok szervezése teljes körű népességnyilvántartásra támaszkodik.

A Megyei Kórház által elnyert informatikai pályázat (RIER)⁵ megvalósulása erősíti a szinergiát a szolgáltatások között (a családorvosi ellátástól a kórházi ellátásig) és támogatja a betegutak tervezését és beteg menedzsmentet.

A struktúra módosítás és a párhuzamos szolgáltatások csökkentése már jelen stratégia készítése előtt jelentős mértékben előrehaladt.

Az egészségügy kulcsszereplői nyitottak a változásokra és a modern management struktúra bevezetésére. A Diósgyőri Kórház ISO 9000:2000 szabvány szerint minőség tanúsított.

A Miskolc MJV Önkormányzat az egészségügyet stratégiai ágazatnak tekinti a városban.

GYENGESÉGEK

1. A nemzeti egészségpolitika és stratégia céljai nem kellően világosak.

2. A városban a különböző tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatók között hiányos az együttműködés, ami tradicionális politikai, tulajdonosi és szakmai érdekellentétekre vezethető vissza.

3. A város jelenlegi fragmentált és compartmentizált egészségügye gátolja az optimális betegutak kialakítását.

4. A jelenlegi finanszírozási rendszer által teremtett kényszer gyakran érdekellentétek és céltalan versengés forrása.

5. A városban hiányzik az egészségügyön belüli tevékenységi körök integrációja és a kívánatosnál messze elmarad az egészségügyi ellátás és a kulcsfontosságú szociális és jóléti rendszerek közötti együttműködés.

6. A források hiánya és pazarlása még mindig jelen van az egészségügyben.

7. A jelenlegi rendszer sokkal inkább az egészségügyre mint az egészségre koncentrál.

8. Egyenlőtlen és igazságtalan az alapellátásban a feladatok megoszlása, aránytalan a körzetek lélekszáma és nagyok a különbségek a lakosság egészségi állapotában is.

9. Nincs a város egészségügyi ellátási rendszerének javítását és a változások bevezetését támogató modern pénzügyi és általános menedzsment. A tervezéshez szükséges információk hiánya is akadályozza az ellátórendszer fejlesztését.

10. Nincs a változást előmozdító pozitív jutalmazási, sem egyéb motivációs rendszer.

11. Gátolják a változást és fejlődést a pénzügyi rendszer egyes elemei, nevezetesen: a költségvetési számviteli és amortizációs elvek alkalmazása az egészségügyben,

⁵ Regionális Integrált Egészségügyi Informatikai Rendszer

- a fejlett szerződéskötési mechanizmusok hiánya,
a fekvőbetegellátás túlsúlya a rendszerben,
az eredményességet előmozdító ösztönzők hiánya az ellátó rendszerben.
12. Nem a kívánatos mértékben van jelen a betegellátásban
a prevenció és szűrés,
az egynapos ellátási formák
a közösségi alapú egészségügyi szolgáltatások és alternatív ápolási formák.
13. A kórházakban a betegközpontú ellátási modell helyett még mindig a hagyományos (feudális) osztályos modell uralkodik.
14. Az elsődleges ellátásban individuálisan dolgozó orvosok akadályozzák a közösségi alapú ellátás gyakorlatát, ami nincs összhangban a nemzetközi trendekkel.
15. A sürgősségi betegellátás széttagolt a városban.
16. A lakosság általában kevésbé érdeklődik az egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatos kérdések iránt.
17. Az egyén saját egészsége iránt érzett felelősségének kultúrája egyes társadalmi rétegekben csaknem teljes mértékben hiányzik.

LEHETŐSÉGEK

1. Miskolc MJV Önkormányzata elhatározta saját programjának összeállítását, nyitott a változások bevezetésére és ehhez az EU pályázatok jelentős forrás kiegészítést jelentenek.
2. A város gazdaságában és infrastruktúrájában bekövetkező változások (pl. kommunikáció, lakáshelyzet és oktatás területén) támogatják az egészség és az egészségügyi rendszer fejlődését.
3. A fokozódó privatizáció és verseny stimulálhatja az egészségügyi szolgáltatások gyorsabb ütemű javulását.
4. Az Európai Unióba történő belépés és további európai programok pénzügyi forrást kínálnak a változások és a modernizáció támogatásához.
5. Az OEP vásárlói szerepkörének erősítését hirdette meg. Az ellenőrzések fokozása az egészségügyi ellátórendszer fejlődését és a járulékfizetők érdekeinek fokozott képviselését szolgálja, amire fel kell készülni az egészségügyi szolgáltatóknak.
6. Várható a minőség fokozott figyelembevétele a finanszírozásban ("output" finanszírozás felváltása "outcome" finanszírozással).
7. További struktúra módosítás révén mód van források átcsoportosítására, (fekvőbeteg ellátásból a járóbeteg ellátásba, az aktív ellátásból a krónikusba, az egészségügyből a szociális szférába) a hatékonyság és eredményesség javítása érdekében.
8. A források hatékonyabb felhasználásával, új szakmai technikák, technológiák bevezetésével fokozni lehet az egészségügyi szolgáltatók alkalmazkodó képességét.
9. A városban folyamatban lévő regionális informatikai beruházás elő fogja segíteni az erőforrás felhasználás menedzselését és mérését az egészségügyben.
10. A nyitottság és átláthatóság a helyi egészségpolitikában és fejlesztésben, az egészségügyben dolgozók és Miskolc lakosságának bevonása a változtatási folyamatba növeli a siker esélyét.

FENYEGETÉSEK

1. A kormányzati reform és átalakítási törekvések bevezetési ideje tolódik, tartalma nem előrelátható
2. A tulajdonosi, politikai és szakmai érdekek tradicionális konfliktusa gátolja a pozitív együttműködést.
3. A teljesítményre épülő és a minőséget figyelmen kívül hagyó finanszírozási rendszer nem stimulálja az alapvető professzionális és szervezeti változásokat az egészségügyben.
4. Amíg a finanszírozási rendszer a jövőben nem veszi figyelembe az amortizációt, a technológiák megújítása és pótlása egyre fokozódó gondot okoz az önkormányzatnak és az egészségügynek.
5. A paraszolvencia (hálapénz) kiterjedt gyakorlata a változtatások lényeges akadálya.
6. Nem áll kívánatos minőségben és mennyiségben rendelkezésünkre a változások fenntartására irányuló képzettség az egészségügyi és üzleti tervezés, epidemiológia, az egészségügyi közgazdaságtan és az információ technológiai menedzsment területén.
7. Az EU csatlakozás megnyitotta a szabad munkavállalás lehetőségét, amely annak a veszéllyel jár, hogy a legtehetségesebb szakembereink távoznak külföldre.
8. A gazdasági élet más fejlődő területeinek fokozódó versenye menedzsment szakembereket vonhat el az egészségügytől.
9. Az 1990-es évek kezdete óta a munkanélküliség, a kilátástalanság, elszegényedés számos fontos területen járult hozzá a város romló morbiditási és mortalitási mutatóihoz, különösen a szív-érrendszeri betegségek, légúti betegségek, daganatok és balesetek vonatkozásában.
10. A lakosság jelentős hányada későn jelentkezik orvosi vizsgálatra és kezelésre, alig érdeklődik az egészség iránt, viszont annál többet az egészségügy visszáságai iránt.
11. A szociális és jóléti szektorban mutatkozó hiányosságok azt eredményezik, hogy az egészségügyi intézmények olyan eseteket is kénytelenek ellátni, melyek nem igényelnének hospitalizációt (fogyatékosok, szenvedélybetegek, hajléktalanok).
12. A többszörösen hátrányos helyzetű csoportokkal különösen nehéz megteremteni a kölcsönös kétirányú kapcsolatot.

LOGIKAI KERETMÁTRIX

	A beavatkozás területei	Az elért eredmények objektíven meghatározható mutatói	A mutatók ellenőrizhető ségének forrásai és eszközei	Feltételezések és kockázatok
HOSSZÚTÁVÚ CÉLKITŰ- ZÉSEK	A lakosság testi-lelki egészsége javul Magasabb számban tudnak megjelenni a munkaerőpiacon Értékteremtő munkájukkal javul a gazdasági teljesítmény Javul a lakosság életminősége	Korai halálozás csökken, ezen belül a 35-65 év közötti AMI, stroke 2010-re 20 %-os mértékben. Új rokkantak aránya 10 ezer lakosra csökken Maradandó egészségkárosodással gyógyultak száma csökken (rokkantsági fokozat javul) Az életmódi rizikóval gondozottak aránya nő Gondozottak körében a sürgős kórházba utalások aránya csökken Gondozottak körében a táppénzes mutatók javulnak	KSH eü. stat. adatok ANTSZ szakfőo. jelentések OOSZI (rokkantak számának alakulása, rokkantság mértékének változása) MEP táppénzes adatok Háziorvosi adatok Kórházi betegforgalmi adatok	Egyének motiváltsága egészségük megőrzésében Egyének érdekeltsége munkaképességük visszanyerésében Betegségelőny egészségelőnyre változik (kényszer rokkantosság esetszáma csökken)
RÖVIDTÁVÚ CÉLKITŰ- ZÉSEK	Megelőzés hatékonyságának javulása aktív felkutatással (szűrővizsgálatok) Életmódi rizikók feltárása és kezelése gyermek- és felnőttkorban Csatlakozás az „ÉP SZÍV” programhoz Csatlakozás a WHO „Egészséges városok” programjához	Korai stádiumban kiszűrt emlőrák, méhnyakrák, vastagbélrák esetek száma nő. Háziorvosok által elvégzett rizikósűrűrések száma nő, átszűrtek aránya javul Heveny koszorúér betegség ellátása javul az ellátás minden szintjén Magasvérnyomásos betegek 70%-a ismert, 60%-a adekvátan gondozott legyen 15-65 év közöttiek 35 %-a rendszeresen mozogjon Serdülők és aktív korúak körében a dohányzás 10 %-kal csökkenjen A felnőtt lakosság koleszterin szintjének csökkentése átlag 5,3mmol/l-re	Nemzeti rákregiszter Háziorvosi nyilvántartás adatai Kórházi és háziorvosi adatok Iskolaegészségügyi adatok Laboratóriumi adatok (TAJ számmal)	Megkezdni munkáját az új városi diagnosztikai központ A Nemzeti Népegészségügyi Program folytatódik Megtörténik az ellátók felkészítése (intézményvezetők, háziorvosok, védőnők, iskolaorvosok, kórházi személyzet) Háziorvosok együttműködő támogatása. Hatékony információ menedzsment A lakosság motiválttá válik az egészsége megőrzésére és helyreállítására

	A beavatkozás területei	Az elért eredmények objektíven meghatározható mutatói	A mutatók ellenőrizhető ségének forrásai és eszközei	Feltételezések és kockázatok
VÁRHATÓ EREDMÉNYEK	<p>Diagnosztikai munka hozzáférhetősege, minősége javul</p> <p>Munkafeltételek megteremtődnek</p> <p>Létrejön a betegellátás minőségbiztosítási rendszere</p> <p>Betegmenedzsment gyakorlata kialakul</p> <p>Háziorvoslásban az ún. praxis variációk csökkennek</p> <p>A szűrőprogramok szervezetté válnak</p> <p>A szűrésekbe bevont lakosok száma nő</p>	<p>Elkészül az új diagnosztikai központ (épület rekonstrukció - m2, MFT, műszerpark – db, MFT)</p> <p>Védőnői központok elkészülnek</p> <p>Minőségirányítási szervezet menedzsmentje, szabályozó rendszere és információs rendszere (útmutatók, protokollok, kérdőívek, adatlapok)</p> <p>Minőség mérőszámok (folyamat és kimenet indikátorok)</p> <p>Betegforgalmi statisztikák</p>	<p>Beruházási dokumentáció, Semmelweis Kh.</p> <p>Tervdokumentumok</p> <p>Igazoló feljegyzések a minőségirányítási szervezet működéséről</p> <p>Munkaterv</p> <p>Szűrőállomás adatai</p> <p>Háziorvosi jelentések</p> <p>Betegút elemzések</p> <p>Akció tervek</p> <p>ÁNTSz jelentések</p>	<p>Szakmai konszenzus kialakulása</p> <p>Ellátók közötti jó kommunikáció</p> <p>OEP finanszírozás változása (IBR)</p> <p>Szolgáltatások OEP finanszírozása stabil maradajon</p> <p>Kiképzett szakemberek ismeretének érvényrejutását idősebb vezetők szakmai féltékenysége ne hátráltassa</p> <p>A lakosság és az egészségügyi központ közötti interaktív kommunikáció létrejötte</p>
TEVÉKENYSÉGEK	<p>Dg. Központ épület rekonstrukciója</p> <p>Eszközbeszerzés</p> <p>Diszpécser szolgálat létrehozása a sürgősségi betegellátás összehangolására. Védőnői központok kialakítása. Program menedzsment felállítása</p> <p>Csatlakozás az „ÉP SZÍV” kezdeményezéshez</p> <p>Rizikó csökkentést célzó cselekvési program kidolgozása</p> <p>Miskolci egészségügyi szolgáltatók minőség menedzsment programjának az összehangolása</p> <p>Dolgozók folyamatos továbbképzése. Folyamatos visszajelzés az elért eredményekről</p> <p>Kiterjedt propaganda a lakosság tájékoztatására</p>	<p>ESZKÖZÖK:</p> <p>HEFOP/2004/4.3 elnyerése</p> <p>MJVÖ? Védőnői központok beruházásának megvalósítása</p> <p>Saját szakemberek mind egészségügyi-szakmai, pénzügyi, mind egyéb szakmai területen (pl.: menedzsment)</p> <p>Külső, segítő szakmai szolgáltatások (építés- műszaki vezető, közbeszerzés stb.)</p> <p>Külső szakmai referensek, oktatók, oktatási intézmény</p>	<p>Saját belső monitoring</p> <p>Külső független szakértői vélemények</p>	<p>A városi önkormányzat (fenntartó) és képviselő-testület támogatása</p> <p>Pályázati források elnyerése</p> <p>Civil szervezetek támogatása</p>

KONCEPCIÓ	STRATÉGIAI CÉLOK	OPERATÍV PROGRAMOK
1. Egészség megőrzésének segítése	1.1 Fiatalkori abortuszok számának csökkentése	1.1.1 Egészségnevelés, oktatás (védőnői hálózat, iskolaegészségügy, oktatási intézmények) 1.1.2 Csatlakozás a WHO "Egészséges Városok" programjához
	1.2 Egészségkockázatok csökkentése	1.2.1 Mozgásos életmód propagálása 1.2.2 Egészséges táplálkozás megtanítása célzott lakosságcsoportoknak (iskolás korúak, terhesek, kismamák, kisgyermekesek, elhízottak, betegcsoportok, egyedül-lők, vegetariánusok)
2. Betegek egészségi állapotának javítása	2.1 Szív-érrendszeri betegségek miatti halálozás csökkentése	2.1.1 ÉP SZÍV programhoz való csatlakozás
	2.2 Daganatos betegségek miatti halálozás csökkentése	2.2.1 Népegészségügyi szűrővizsgálatok: emlőszűrés méhnyakrák szűrés vastagbél elváltozások
3. Egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának fokozása I.	3.1 Minden beteg a megfelelő időben, a megfelelő helyen kapja meg az állapotának megfelelő mértékű és minőségű ellátást, "elsőre jól", a beteggel kommunikálva	3.1.1 "Miskolci Modell" menedzsmentjének felállítása
		3.1.2 Integrált betegirányítási rendszer módszereinek alkalmazása (betegút elemzés, eset-menedzsment rendszer, szakmai protokollok fejlesztése)
	3.2 Átláthatóság megteremtése	3.1.3 Sürgősségi betegellátás fejlesztése
		3.1.4 Kórházi ellátás minőségfejlesztési programja
		3.1.5 Informatikai rendszer fejlesztése
	3.2.1 Pénzforgalmú szemléletű gazdálkodási rendszer helyett üzemgazdasági szemléletű rendszer	
	3.2.2 Önértékelési rendszer alkalmazása az ellátórendszer minden szintjén	
	3.2.3 Benchmarking (a kiválóaktól való tanulást segítő indikátor-rendszer) alkalmazása	
		3.3.1 EFQM Kiválósági Modell szerinti önértékelés

3. Egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának fokozása II. (folyt.)	3.3 A minőség mérhetővé tétele	3.3.2 Az önértékelésre alapozott összehangolt stratégiai tervezés az intézmények szintjén
	3.4 Európai Minőségdíj megszerzése	3.4.1 Díjra való pályázás
4. Egészségügyi ellátás és természetgyógyászat szinergizmusa	4.1 Átlátható és ellenőrzött módon kerüljenek alkalmazásra a természetgyógyászat elfogadott módszerei	4.1.1 Természetgyógyászokkal való együttműködés, szakmai és laikus közvélemény tájékoztatásának megteremtése
		4.1.2 Természetgyógyászati képzés
		4.1.3 Egészség erősítését szolgáló programok összehangolása
		4.1.4 Betegek gyógyulását segítő programok
		4.1.5 Programok eredményességének monitorozása
5. Egészségügyi és szociális ellátás összehangolása	5.1 A szociális indokkal fekvőbeteg-ellátásban rekedt ellátások megszüntetése	5.1.1 Helyzetfelmérés, valós adatok előállítás a tervezéshez
		5.1.2 Szolgáltatási rendszer átalakításának tervezése
		5.1.3 Tervek megvalósítása
		5.1.4 Eredmények monitorozása



E-Consult 2000 Tanácsadó Kft.

1142 Budapest Tengerszem utca 52.

Tel.: 1-422-0793, Fax: 1-422-0794

Mobil: 20/9154320

E-mail: econt@axelcro.hu ; www.e-consult.hu

EGÉSZSÉGTERV

Miskolc Megyei Jogú Város



Miskolc, 2004. október

Mottó: „Fejleszteni kell a csoportok, szervezetek, közösségek készségét és lehetőségét arra, hogy az egészséget meghatározó tényezőket pozitívan befolyásolják. Az egészségmegőrzési lehetőségek javítása nevelést, képzést, forrásokat igényel.”
Dzsakartai Nyilatkozat /részlet/

BEVEZETŐ

Miskolc város vezetése küldetésének tartja a lakosság egészségi állapotának és életminőségének javítását, melyet az egészségügyi és szociális intézményhálózat hatékonyságának fokozásával, tervszerű fejlesztésével, a civil szervezetek és a lakosság közreműködésének megnyerésével kíván következetesen megvalósítani. Az egészségügyi ellátást stratégiai ágazatnak tekinti, amely a polgárok munkavégző-képességének helyreállítása, javítása, erősítése révén alapvető termelési tényező. Másrészt az egészségügyi ágazat – a város gazdasági szerkezetének megváltozása révén – mind a foglalkoztatásban betöltött szerepe, mind a felhasznált erőforrások mértéke miatt, maga is jelentős gazdasági tényezővé vált.

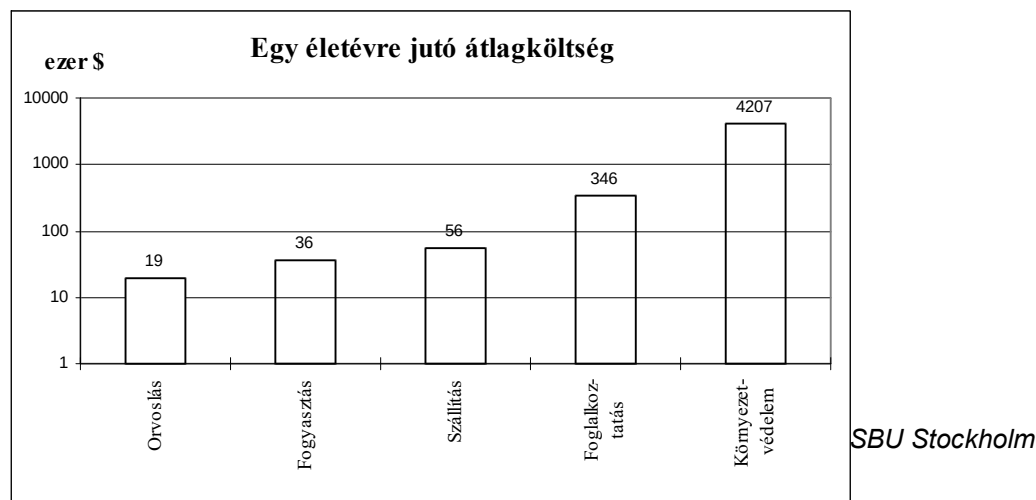
La Londe, kanadai egészségügyi miniszter 1971-ben közzétett vizsgálata óta közismert, hogy az egészségi állapotot döntő módon az egészségügyön kívüli tényezők határozzák meg. Ha egy ország, vagy egy város vezetése tenni akar valamit az életkilátások javításáért, akkor elsősorban a gazdasági felemelkedés útját-módját kell meghatározni és előmozdítani az ott élő emberek együttműködésével.

Miskolc vezetése középtávú területfejlesztési tervekben fektette le azokat a programokat, amelyeknek célja a város gazdaságának, infrastruktúrájának, társadalmi viszonyainak és kapcsolatrendszerének fejlesztése. Ezeknek a programoknak a megvalósításával egyre közelebb kerül kitűzött céljához, melyet így fogalmazott meg 1996-ban:

Városunk legyen harmonikusan fejlődő polgárváros, váljon a régió pénzügyi-kereskedelmi-ipari-tudományos-oktatási központjává, váljon alkalmassá eurorégiós feladatok ellátására.

Ami 1996-ban távlati cél volt, ma egyre inkább valóság és újabb célokat kell a miskolci polgárok érdekében kitűzni és elérni.

Az egészségügy (orvoslás) az az ágazat, amely a legkisebb ráfordítással képes egységnyi egészségnyereséget (egy többlet életévet) elérni – mint a svéd Jons-son professzor számításokkal is alátámasztotta.



Jogos tehát az egészségügyet stratégiai ágazatnak tekinteni és fejlesztésére – a város fejlesztésével összhangban – hosszútávú tervet készíteni (amire egyébként rendelet kötelezi magukat az egészségügyi közintézményeket).⁶ Ez a tervezés nem előzmény nélkül való. Utoljára 1993-ban volt napirenden Miskolcon az egészségügyi ellátás korszerűsítése, ám azóta a feltételrendszer sok tekintetben megváltozott.

A lakosság egészségi állapotának javítására sem először készít Miskolc tervet. A 2003-2004 évi célok és feladatok megvalósításához elnyerte az EszCsM Johan Béla programjának keretében települési egészségterv pályázatokhoz nyújtott támogatását.

Először készít viszont a város olyan programot, amelynek keretében egy helyzetelemzéssel, egészségképpel megalapozott hosszútávú egészségpolitikai koncepció alapján, az egészségügyi stratégiával és a Johan Béla Nemzeti Népegészségügyi Programmal összhangoltan hirdet meg konkrét célok elérése érdekében programokat, amelyeket saját maga koordinál, ugyanakkor irányításukat (a program menedzsmentet) felelős egészségügyi intézményekre és hozzáértő egészségügyi szakemberekre kívánja bízni. Ehhez kéri a civil szervezetek és a lakosság támogatását.

⁶ 12/2002. (III. 28.) EüM rendelet az egészségügyi közintézmény szakmai fejlesztési programjának szakmai szabályairól

MISKOLC EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIÁJA

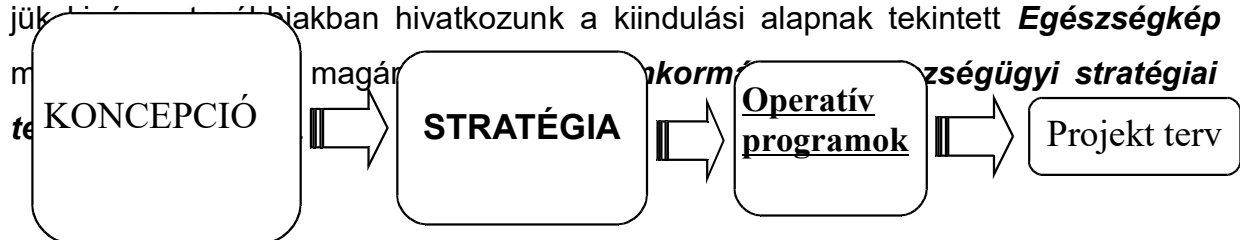
Miskolc egészségügyi stratégiája egy modernizációs program, amelynek négy fő célja van:

1. A lakosság egészségi állapotának javítása
2. A szükségletek és a kapacitások összhangjára való törekvés
3. Az egészségügyi dolgozók megnyerése a célok, programok megvalósítására
4. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének garantálása és a folyamatos fejlesztésre való törekvés

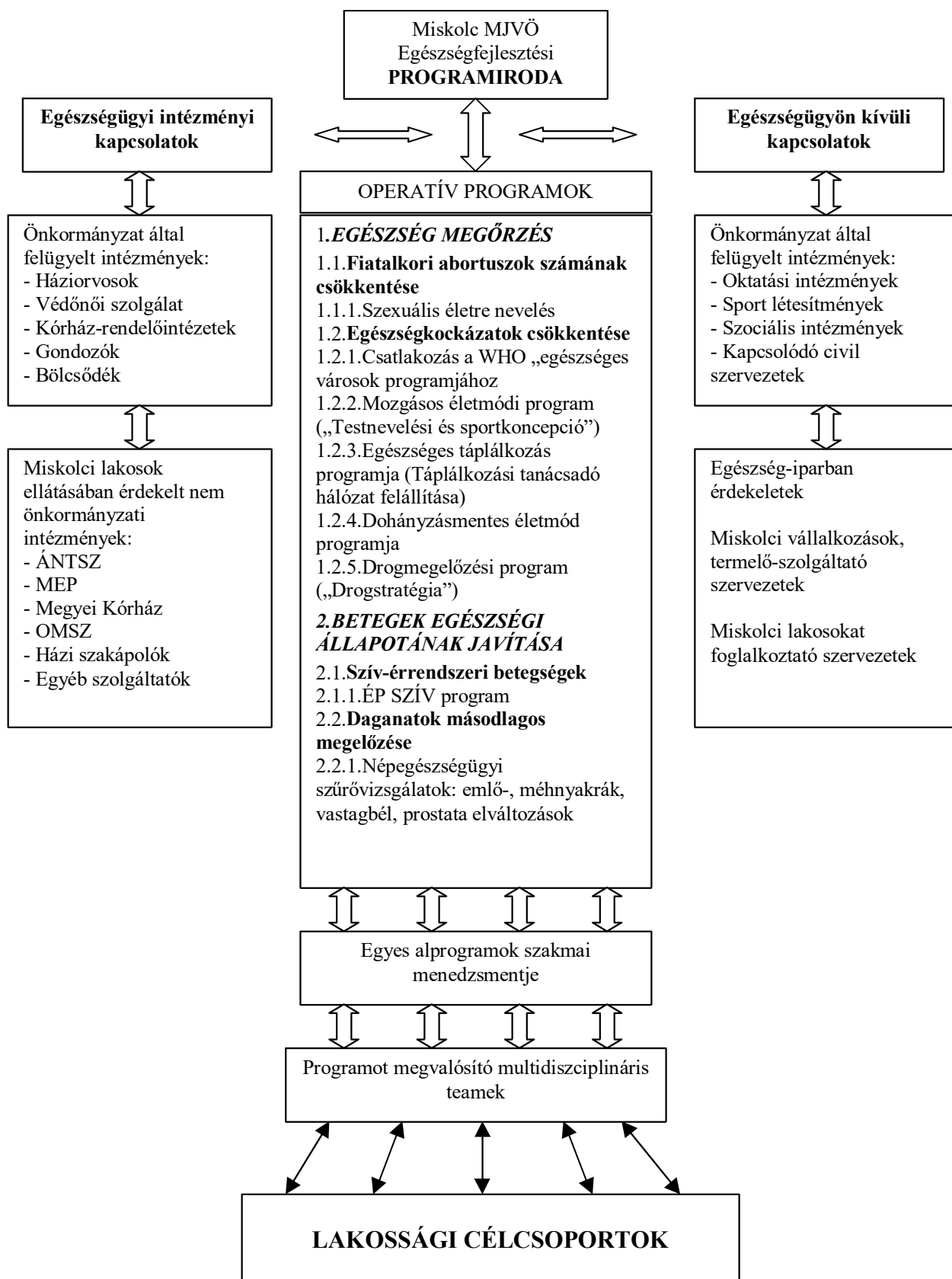
A koncepciótól a megvalósulásig

2. ábra

Az **Egészségterv**ben a stratégiai célokhoz rendelt operatív programokat fej-
jűk... biakban hivatkozunk a kiindulási alapnak tekintett **Egészségkép**



EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI OPERATÍV PROGRAMOK



Az egészségterv megvalósítása

Az egészségterv és a stratégiai terv összehangolását, kivitelezésének tervezését, szervezését a „Miskolci Modell Irányító Testület” végzi. Ezen testület feladata az egészségtervben rögzített feladatok operatív végrehajtása is. Az egészségterv több éves feladatok különböző bontású megfogalmazását tartalmazza. Ez kivitelezésében önálló projectté alakítást kíván meg, amely az Irányító Testület feladata.

Egészségterv, 2004

Miskolc város egészségterve 2004-ben már végzett feladatokat. A 2004-es feladatterv kialakítása a civil szervezetekkel összhangban, azok elképzeléseire nyugodott, azok közül brain – storming segítségével kerültek a legfőbb területek kiválasztásra. Ezek az alábbiak voltak:

program/ötlet	fontosság	befolyásó I-hatóság	+
Óvodáskori egészségkultúra fejlesztő programok	5,81	6,50	12,31
Éhezés, táplálkozási hiányállapot felszámolása	6,14	5,62	11,76
Környezeti nevelés, szemléletformálás segítése, kiszélesítése	5,86	5,67	11,52
Iskolai testnevelés óraszám ne csökkenjen	5,75	5,77	11,52
Uszoda, tanmedence építése	5,75	5,64	11,39
Szabadió sport lehetőségeinek fejlesztése (kerékpár pálya)	5,27	5,62	10,88
Vállalkozók ösztönzése egészségfejlesztési célú adományokra	6,29	4,69	10,98
Életmódtábor	5,00	5,86	10,86
Családi szabadidős programok szervezése	4,73	6,08	10,81
Kritikus élethelyzetben lévők központja	5,93	4,77	10,70
Kerékpárút	5,20	5,38	10,58
Szervezett parlafű irtás	4,75	5,62	10,37
Fogyatékos fiatalok úszás oktatása, versenyeztetése	5,27	5,00	10,27
Erdei iskola	4,80	5,46	10,26
Fogászati ellátás iránti igény felébresztése <i>téritéssel</i>	5,47	4,77	10,24
Mozgásszervi betegek információs központja	5,25	4,77	10,02
Telepi emberek rehabilitációja	5,38	4,62	10,00
Munkalehetőség attitűd változás segítése	5,64	4,38	10,03
Rákbetegek civil szervezetének támogatása	4,67	4,75	9,42
„szociális” diszkontálózat létrehozása	5,43	4,08	9,51
Gyermekvédelmi szolgálat fejlesztése	4,87	4,54	9,41
Alkoholbetegek gondozásának visszaállítása, civil szervezet erősítése	4,43	4,75	9,18
Szívbetegség egyesületének segítése	4,27	4,67	8,93
Éjszakai pingpong	3,93	4,77	8,70
Népfőiskola az egészségért	4,00	3,92	7,92

2. táblázat

A felsorolásból látszik, hogy a javaslatok nem álltak egységes egészévé össze, gyakorlatilag mindegyik egy-egy kisebb – nagyobb csoport érdekeit képviselte (bár

mind indokolt volt). Ezek közül a pályázati lehetőségek figyelembe vételével a Egészségügyi, Szociális és Egészségügyi Minisztérium által az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja keretében kiírt, „Települési egészségterv megvalósítására” című pályázatán az alábbi területekkel pályáztunk:

1. Óvodás és kisiskolás korú gyermekek egészségmagatartásának és stressztoleranciájának játékos fejlesztése a bábművészet eszközeivel
2. Kerékpárutak, kerékpár cross pálya kijelölése
3. Tájfutó sport és túrázás népszerűsítése
4. Úszással a testi, lelki egészségért
5. Virtuális orvosi rendelő, mozgásszervi betegségek, életmódtanácsok, természetes gyógymódok információs központja
6. Zhanavel Integrációs Cigány Gyermekek Klub

A pályázat során három témakör nyert:

1. A túrázás népszerűsítése, túraútvonalak kijelölése
2. A kerékpár cross pálya, kerékpárutak kijelölése
3. Zhanavel Integrációs Cigány Gyermekek Klub támogatása.

A fenti három program végrehajtásra került.

A 2004 év fő feladatának az egészségvédő, egészségtudatosító tevékenységek megjelenését, fejlesztését, figyelem központjába kerülését tekintettük. Ezért kihasználva a pályázat lehetőségét, a meglévő igényeket és kezdeményezéseket építettük fel és valósítottuk meg az egészségtervet.

További feladatok

2005-re a feladat tervezéskor két irányt vettünk alapul:

1. Az elkezdett folyamatok folytatása
2. koncepcionális tervezés és feladatmeghatározás végrehajtása.

A 2004 évi feladatok közül a cigány gyerekekkel való foglalkozás továbbfejlesztése lett kitűzve. Ebben a Zahnavel gyerek klub és a Bárka Tanoda együttműködését támogatjuk, támaszkodva a HEFOP, ROP, BM pályázatok eredményeire. A cél a cigány gyerekek egészségnevelő, tananyagfejlesztő programjainak támogatása.

Az Egészségterv a lakosság egészségének megőrzését (1.) és javítását (2.) szolgáló operatív programokat tartalmazza.

A programok felépítése

A programokat egységes szerkezetbe foglaltuk, melynek pontjai az alábbiak:

- A) A program indokoltsága (érvek, adatok, hivatkozások)
- B) Javasolt célkitűzések (primer, szekunder, terciér, komplex prevenciós program)
- C) Célcsoportok, tervezett létszám, helyszínek
- D) Célcsoportok egészségi állapotának jellemzése (amennyiben lehetséges, pl. halálozás, morbiditás, életmód, környezeti tényezők stb.)
- E) Lehetséges actorok, a program megvalósításában együttműködő partnerek
- F) Megvalósítás javasolt ütemterve
- G) Eredményesség mérés tervezett módszerei: egészségi állapot, életminőség, egészségmagatartás változásának mérése, elégedettségi vizsgálatok
- H) Szűrővizsgálatok esetében szűrési terv, a tevékenység szervezésének menedzselése (célcsoportok elérése, lakossági fórumok, tanácsadások, tájékoztatók).

Kommunikációs terv

A kommunikációs terv készítésekor figyelembe vettük az érdekelt felekkel való kapcsolat természetét, erősségét és fontosságát.

Kiemelt feladatnak tekintettük az önkormányzati hatáskörbe tartozó intézményekkel való kapcsolattartás és azok együttműködésének erősítését, amire az EFQM Kiválóság Modell szerinti önértékelési rendszert tarjuk alkalmasnak.

A nem önkormányzati egészségügyi és nem egészségügyi szervezetekkel a konkrét feladatokkal kapcsolatos szakmai együttműködés, a lakossággal való kapcsolat tartásában a média szerepe kiemelt jelentőségű. A hazánkban már elérhető, az adott programhoz legalább mintának tekinthető informatikai kezdeményezéseket is igyekeztünk felkutatni.

1. EGÉSZSÉG MEGŐRZÉS OPERATÍV PROGRAMJA

1.1. Fiatalkori abortuszok számának csökkentése

1.1.1. Szexuális életre nevelés

A program célja a 20 év alatti fiatal nők nem kívánt terhességének megelőzése, melyhez eszköznek a szexuális életre nevelés komplex programját tekintjük.

A) A program indokoltsága

A magzati veszteség (korai és középidős magzati halálozás) legfőbb oka hazánkban a terhesség-megszakítás. A magzati élet védelméről szóló új törvény hatálybalépését követően (1993.) érzékelhetően csökkent a terhesség-megszakítások száma, de a csökkenés az első év után megállt és lényegében ezen a szinten stabilizálódott.

A káros egészségügyi következmények (a terhesség-megszakítás és a koraszülés gyakoriságának összefüggései, a későbbi terhesség kihordásában jelentkező egyéb rendellenességek) miatt különösen kedvezőtlen, hogy a művi abortuszoknak országosan több mint egynegyedét a gyermektelen, több mint felét az egy gyermekes nők körében végezték.

Még mindig magas a fiatal korban (20 év alatt) elvégzett beavatkozások száma. A nemkívánatos fogamzás elleni védekezés területén eddig csak minimális javulás történt.

B) Javasolt célkitűzések (primer prevenciós program, komplex megközelítésben)

✓ Fiatalkori (20 éves kor alatti) abortuszok számának a különböző szocio-kulturális körülmények között élő csoportok körében átlagosan felére csökkentése.

- 10-24 éves fiatalok szexuális kultúrájának – önbecsülésének, önértékelésének, örömszerző képességének és a másság iránti toleranciájának – növelése.
- A programban résztvevő egészségügyi szakemberek és pedagógusok továbbképzése, felkészítése.
- A program felhasználása a lakosság szexuális kultúrájának növelése és a szexuális úton terjedő betegségekkel szembeni védekezés további javítása érdekében.

C) Célcsoportok, tervezett létszám, helyszínek

1. 10-24 éves fiatalok szexuális kultúrájának – önbecsülésének, önértékelésének, örömszerző képességének és a másság iránti toleranciájának – növelése.

Iskola típus	Iskolák/osztályok száma	Tanulói létszám	Programba vontak száma
Általános iskola	45 iskola, 650 osztály	16 ezer (15,9 ezer) fő	Kb. 2 ezer fő/év
Középiskola	34 (ebből 12 gimn.)	16 ezer (16,4 ezer) fő	Kb. 4 ezer fő/év
Egyetem, főiskola	..	7 ezer fő	Kb. ezer fő/év
Összesen:		39 ezer fő	7 ezer fő/év

Nemcsak a lányok számára kell ismeret átadó és készségfejlesztő, önismereti és párkapcsolati tréningeket szervezni, hanem a fiúknak is. Kívánatos a kortárs segítők bevonása.

2. *Fiatalkori (20 éves kor alatti) abortuszok számának átlagosan felére csökkentése*

Az elsődleges feladat a rizikócsoportok összetételének és a kiváltó okoknak a feltérképezése az abortuszon átesett fiatal lányok körében.

A kiemelten veszélyeztetett csoportokat más módon kell megközelíteni, mint az átlag populációt, hogy a megelőzés hatékony legyen. Az esélyegyenlőség növelése nem járhat negatív diszkriminációval!

3 *A program felhasználása a lakosság szexuális kultúrájának növelése és a szexuális úton terjedő betegségekkel szembeni védekezés további javítása érdekében.*

A program feltétele a szülőkkel való jó együttműködés és az eredmények visszacsatolása. Ennek megvalósítása közben a közérdekű információk propagálásával a közvéleményt is lehet formálni.

D) Célcsoportok egészségi állapotának jellemzése

Ennél a programnál az abortuszon átesett fiatal nők követéses vizsgálata szolgáltat információt az anya (későbbi meddőség, koraszülés, egyéb komplikáció), illetve a későbbi terhességi, illetve magzati kockázatokról. A számítógépes nyilvántartás

ma is lehetővé tesz nagyszámú elemzést, ami népegészségügyi célú program monitorozáshoz elegendő.

Kiemelt fontosságú a terhesség-megszakítás módjának ismerete. A korszerűtlen, előkészítés nélkül végzett mechanikus tágítás ma már műhibának minősül, de még fellelhető gyakorlat!

E) Lehetséges aktorok, a program megvalósításában együttműködő partnerek

Az 1992. évi LXXIX. Magzatvédelmi Törvény megfogalmazza a kötelező felvilágosítás végzését az iskolai rendszerben és a Családvédelmi Szolgálat felelős szerepét a családtervezéssel kapcsolatos egyéb feladatok terén. A tapasztalat azt mutatja, hogy az hatékonysága nem megfelelő, hiszen az iskolai oktatás a pedagógusok feladatköre, s még az egészségügyi szakemberek sincsenek kellően felkészülve.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a „a szexuális egészség” fogalma a szexualitás pozitív megközelítését jelenti. A szexuális egészségvédelem célja az élet és a személyes kapcsolatok fejlesztése, és nem pusztán a nemzéssel, vagy a nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos tanácsadás és gondozás.

Partnernek kell tekinteni tehát

✓ a képzést és a program részletes kidolgozását felvállaló szakértői csoportot (szexuál-pszichológus, szociológus, mentálhygiénés szakemberek, orvosok, védőnők, pedagógusok). *A felkészítés javasolt színhelye akkreditált felnőtt oktatás formájában a Miskolci Egyetem.*

✓ a „train the trainers” kurzust és a program megvalósítását vállaló egészségügyieket és oktatókat. *Kb. 80 fő, fele egészségügyi végzettségű (orvosok, védőnők, ápolónők), fele pedagógus, népművelő. Egyetemi hallgatók is bevonásra kerülnek, akik korban közel állnak az érintett fiatalokhoz, ugyanakkor későbbi munkájukban is hasznosítani tudják megszerzett tapasztalataikat.*

✓ A szülőket, diákokat és a csatlakozó civil szervezetek képviselőit. A diákok, mint legfőbb érdekeltek bevonását feltétlenül meg kell kísérelni. Ez az életkor a nemi identitás megerősödésének, az ébredező vágyakozásnak és az első szerelem élményének is a korszaka, aminek szavakba öntése, képekben való megjelenítése – ha a nyertes pályázók az ötleteik megvalósítására lehetőséget kapnak – erősebben hat a kortársakra, mint a televízióból áradó sok igen kétes értékű példa.

Az ötletek felszínre hozása, programmá formálása már a majdani projekt menedzser feladata.

F) Megvalósítás javasolt ütemterve

Év	Feladat	Személyi feltétel	Költség (ezer Ft)
2005.	1. Program menedzsment felállítás.	2 fő (vezető + adm.)	2 500
	2. WHO ajánlás szerinti oktató program kidolgozása. (40 ó elmélet, 20 ó gyakorlat)	300 szakértői óra á: 8 000 Ft/ó	2 400
	3. Prospektív vizsgálat a fiatalokori ab-k elemzésére (6 hó, interjú módszerrel)	Védőnői munka keretében	300
	4. Kortárs csoportnak kiírt pályázati lehetőségek		5 000
2006	5. Train the trainers kurzus meghirdetése		50
	6. Kurzus lefolytatása 10 hét, heti 4+2 óra, 80 fő	3-5 fő	480
	7. Iskolai oktatások Trénerenként 4 osztály (kb. 100 fő) 5x2 óra (40 óra/oktató)	80 fő á:2500 Ft/ó (80x40x2500)	8 000
	8. Kiemelt rizikócsoportokkal való foglalkozás	Iskolaorvosi munka keretében (Kb. 100 iskola)	500
2007	1., 4., 7., 8. program ismétlése		11 300
2008	1., 4., 4., 7., 8. program ismét		11 800
2005-2008	Információ-kommunikáció, program monitorozás		4 000
2008	Eredmények értékelése, közvélemény vizsgálata a szakmai és a laikus közvélemény számára		1500
	MINDÖSSZESEN		47 830

Az Ósszamerikai Egészségügyi Szervezet és a WHO 2000. május 19-22. között Guatemalában tartott regionális konzultációján fogalmazták meg és tették közzé az „Ajánlások a szexuális egészség védelmére” c. dokumentumot.

A WHO Jelentése is hangsúlyozta: „Az egészségügyiek minden szinten ugyanazokkal a hiedelmekkel, mítoszokkal és babonákkal rendelkeznek, amelyek előfordulnak az adott társadalomban, s nekik maguknak is lehetnek megoldatlan szexuális problémáik. Képzésük általában keveset tesz annak érdekében, hogy megszüntesse ezeket a hagyományos attitűdöket, mivel a mai hangsúly inkább

a gyógyító, mint a megelőző szolgálatokon van; például az orvosokat jobban felkészítik a fájdalommal és betegséggel való megbirkózásra, mint az élvezni tudás és a szexuális jólét megalapozására.

„Meg kell tehát változtatni az emberi szexualitással kapcsolatos attitűdöket, a közvéleményben éppúgy, mint az egészségügyi és egyéb személyzetben, akik felelősek a szexuális nevelésért és tanácsadásért... A szexualitás iránti pozitív attitűdök kialakítása... a nevelő és oktatómunka elsődleges céljai közé tartozzon.“

Az Ajánlások angol nyelvű szövegét Prof. Dr. Erwin.J. Haeberle fordította németre és publikálta saját Szexológiai Archívumában. A szerkesztett magyar fordítás ennek alapján készült és megtalálható az Interneten⁷

G) Eredményesség mérés tervezett módszerei:

- ✓ ezer megfelelő korú (15-49 éves) nőre jutó magzati veszteség: 7,7 (BAZ megye, 2002.)
- ✓ ezer fiatalkorú lányra (14-19 éves) jutó terhességmegszakítás
- ✓ ezer megfelelő korú nőre jutó terhességmegszakítás száma 25,9 (BAZ megye, 2002.)
- ✓ szülési kedv (szülés + magzati halálozás / nők száma)
- ✓ a terhesség megszakítással kapcsolatos attitűd változása fiatalkorú fiúknál és lányoknál
- ✓ terhesség megszakítással kapcsolatos attitűd változása felnőttek csoportjaiban
- ✓ elégedettségi vizsgálatok az oktatások kapcsán

1.2. EGÉSZSÉGGKOCKÁZATOK CSÖKKENTÉSE

Amennyiben meg tudjuk állapítani, hogy kik a veszélyeztetettek egy adott népességben belül valamilyen nem fertőző betegség szempontjából, akkor ilyen személyek számára ki lehet munkálni valamilyen egészségvédő, megtartó vagy egészségfejlesztő programot. Ennek a megközelítésnek az az előnye, hogy hasonló sorsúak együtt kerülnek a beavatkozás homlokterébe. A rizikó tényezők felmérésén alapuló preventív programoknak - amelyek jórészt életmód alakító programok - a befogadását segíti a társas környezet, amelyben a beavatkozás eléri a célcsoportot.

Az életminőséget és életkilátásokat leginkább veszélyeztető, a leggyakrabban idő előtti (korai) halálhoz vezető krónikus betegségek a szív-érrendszeri betegségek, amelyek életmódi rizikókkal (táplálkozás, dohányzás, mozgásszegény életmód) mu-

⁷www2.hu-berlin.de/sexology/HUDOK/html/who__ajanlasok_a_szexualis_ege.htm

tatnak szoros összefüggést. (Lásd Stratégia és Egészségkép.) A célcsoport azonosítása és a jól definiálható biológiai ok összefüggésbe hozható a későbbi megbetegedés kialakulásával.

Az egészségkockázatok azonosításának sokféle módszere ismert: ilyen módszer maga az anamnézis felvétel (családi, munkahelyi, szociális és mentális kórelőzmény), ami minden új orvos-beteg találkozás kötelező eleme, de lehet célzott kikérdezés vagy kérdőíves felmérés.

Az egészségmagatartásra vonatkozó országos felmérések mára standardizált módon történnek. Az OLEF⁸ 2000, OLEF 2003-as felmérések és a Johan Béla Epidemiológiai Központ által vezetett HBSC kutatások (országos reprezentatív mintán végzett egészségmagatartási kutatás).

A rizikó csoportos megközelítés akkor a leghatékonyabb, ha a szűrés és a prevenciók tevékenység összekapcsolódik. Ezek a beavatkozások gyakran a legjobb hatásokkal az alapellátás feltétel rendszerében valósíthatóak meg.

1.2.1. Csatlakozás a WHO „egészséges városok programjához

A Nemzeti Népegészségügyi Programmal összhangban lévő 4 célcsoportban tartozó programok mellett a WHO Egészséges városok programjához való csatlakozásra teszünk javaslatot, ami mintegy keretbe foglalná a programokat, ugyanakkor lehetőséget adna a hasonló célokat felvállaló városokkal való kapcsolat tartásra, tapasztalatcserére és összehasonlításra.

A programba bekapcsolódott hazai városok az alábbiak:⁹

Baja	Gyula	Sarkad
Békéscsaba	Kaposvár	Székesfehérvár
Debrecen	Kiskunfélegyháza	Szentendre
Dombóvár	Nagykanizsa	Szerencs
Eger	Paks	Szombathely
Győr	Pécs	Zalaegerszeg

A program indokoltsága

A „Fenntartható európai városok” programot az Európai Bizottság XI. sz. Igazgatósága finanszírozza. Több mint 200 helyi önkormányzat csatlakozott Európa szerte, akik aláírták az Aalborg Chartát, azaz kötelezettséget vállaltak arra, hogy helyi akcióterveket dolgoznak ki. Miskolc ennek a feltételnek már jelenleg is eleget tesz.

⁸ Országos Lakossági Egészségfelmérés. www.gallup.hu/olef/olef.html

⁹ hcfpecs@c3.hu

1.2.2. Mozgásos életmódi program

Az emberek hajlamosak alábecsülni a mozgásszegény életmód szerepét, holott semmivel sem kisebb veszély, mint a dohányzás vagy a helytelen táplálkozás. A mozgásszegény életmód következményei közt említhetjük az elhízást, a vázizomrendszer degeneratív elváltozásait és a csontritkulást, aminek a mozgás a legfőbb ellen-szere. A helyi önkormányzat eleget téve törvényi kötelezettségeinek elkészítette „Miskolc Város Testnevelési és Sportkonceptiója 2003” c. anyagát, ami ma is aktuális megállapításokat tartalmaz.

A) A program indokoltsága

A sport társadalmilag hasznos funkcióit az említett anyag a következőképpen foglalja össze:

- Egészségmegőrzés, betegség megelőzés
- Nevelés, személyiségformálás
- Mozgáskultúra és cselekvésbiztonság fejlesztése
- Közösségi együttélés és társadalmi mobilitás segítése
- Szórakozás és szórakoztatás
- Gazdaság élénkítése

A javasolt célkitűzések elsősorban primer prevenciók (elsődleges t szolgáló programok, melyek középpontjában az iskolai (óvodai) testnevelés és a szabadidős sporttevékenységek fejlesztése áll.

B) Célcsoportok, tervezett létszám, helyszínek

A kiemelt célcsoportok a gyermekek és általában az ifjúság és minden olyan hely, ahol az ifjúság tartózkodik, a dologi feltételek rendelkezésre állnak, a szakemberek adottak és a rendszeres testedzés a leggazdaságosabban megoldható.

Fejlesztési irányok:

- Legalább heti 3 kötelező tanóra legyen. Támogatják I-II. osztályban a mindennapos, később a minimum heti 3-4 órát, a heti 1 tömegsport foglalkozás visszaállítást.
- Tornaszoba kialakítási és tornaterem bővítési programot látnak szükségesnek.
- A rekonstrukciókat, bővítéseket felmérésnek és rangsor állításnak kell megelőzni.
- A tantárgy szakmai erősítését speciális kollégiumot végzett tanítókkal és szaknárokkal javasolják megoldani.
- A lakosság ösztönzése érdekében javasolják az iskolai és más létesítmények megnyitását, illetve hosszított, akár 14 órai nyitva tartását, a sportkínálat bővítését.
- Törekedni kell az új sportágak üzéséhez szükséges feltételek megteremtésére.

gos érték 8,4 % és 3. Hely – tehát Miskolcon e téren valamivel jobb az országosnál a helyzet.

A csontsűrűség és a csontszerkezet rendellenességei a körzetek 15 %-ában kerültek az öt leggyakoribb gondozott betegség közé. Ezeknek a körzeteknek a felében haladta meg az előfordulási gyakoriság (prevalencia) a városi átlagot.

Egy belvárosi és egy győri-kapui körzetben volt csak száznál több gondozott. Egy városrész szerepelt 3 körzettel ebben a mintában, az avasi városrész, mindösszesen 165 beteggel. Minden második körzet diósgyőri volt.

A feldolgozott 15 körzetben a gondozottak átlagos száma 68, a minimuma 14 volt.

Mivel az osteoporózis gondozásának nagy jelentősége van az időskori csonttörések megelőzésében, fokozni szükséges a felderítettséget és gondozást.

A 18 év alatti gyermekek és fiatalok körében viszont a deformáló hátgerinc elváltozások gyakorisága 2001 óta meghaladja az országos átlagot és erőteljes növekedést mutat (181; 212; 243 ezrelék).

D) Lehetséges actorok, a program megvalósításában együttműködő partnerek

Iskolák vezetői, testnevelő tanárok,

Gyógytornászok, gyógytestnevelők

Sportlétesítmények vezetői

Edzők, személyi edzők

Sportolók, élsportolók, különleges sportot űzők

Szórakoztató tömegsportnak helyet biztosító tulajdonosok (pl. bowling, teke)

Rendszeres mozgást biztosító egyéb szórakozási lehetőségek (pl. táncklubok)

Rendezvényszervezők

E) Megvalósítás javasolt ütemterve

Év	Feladat
2005.	INFORMÁCIÓGYŰJTÉS ÉVE
	1. Helyzetfelmérés az oktatási intézményekben egységes szempontrendszer alapján, ütemterv szerint Tárgyi-személyi feltételek (Kb. 100 létesítmény)
	2. Helyzetfelmérés az önkormányzati sportlétesítményekben

	3. Szükséglet felmérés a házi orvosok, gyermekorvosok, reumatológusok és ortopéd szakorvosok bevonásával
	4. Szükséglet felmérés a civil szervezetek bevonásával
	5. Munkahelyi programok kezdeményezése, népszerűsítése
	6. Egészségpénztárak által támogatott szolgáltatások adatbázisba gyűjtése
	7. Egészségügyi szolgáltatások felmérése
	8. Információk összegzése (Feltételek, szükségletek, elvárások, lehetőségek)
2006.	TERVEZÉS ÉVE
	9. Rekonstrukciós igények sorolása, „tervezés tervezése”
	10. Források elnyerésére pályázatok készítése a rekonstrukciókhoz, bővítéshez
	11. Célcsoportok meghatározása az előző évi szükséglet felmérés alapján
	12. Naprakész informatikai szolgáltatás indítása a helyi lehetőségekről
	13. Szolgáltatások koordinálása, „nagy rendezvények”, tömegsport rendezvények gondos előkészítése, új ötletek megvalósítása
	12. Hátrányos helyzetű csoportok részvételének nyomonkövetése
	13. Terv készítése a program eredményességének monitorozására
	14. 2006. év tapasztalatainak összegzése
2007.	„ELMOZDULÁS ÉVE”
	15. Hangsúly az emberi tényezőknél, a programok jó előkészítésén, szervezésén, az eredmények közzétételén
	16. Civil szféra támogatása

Év	Feladat
	17. Éves értékelés és a következő év tervezése
2008.	18. Létesítmény bővülés jelei mutatkoznak
	19. Szolgáltatás bővülés mutatkozik
	20. Széleskörű elégedettségi vizsgálatok, új igények felmérése
	Eredmények értékelése, közzététele a szakmai és a laikus közvélemény számára

F) Eredményesség mérés tervezett módszerei:

egészségi állapot mérőszámai:

- mozgásszervi betegségek prevalenciája (gyakorisága) a háziorvosi és a gyermekorvosi adatszolgáltatás alapján
- elhízás mértéke és gyakorisága
- mozgásszervi betegség miatti táppénz mutatói (esetek és napok betegség csoportok, kor és nem szerint)
- reumaellenes gyógyszerek doboz száma

életminőség mérőszámok:

- fittségi indexek
- fájdalommentes napok mozgásszervi betegekénél

egészségmagatartás változásának mérése:

- sportlétesítmények látogatottsága
- tömegsport rendezvények résztvevőinek száma
- sportoló diákok aránya
- egy lakosra/egy iskolásra jutó önkormányzati ráfordítások mértéke

elégedettségi vizsgálatok:

- rendezvényeken, egyéb módon megkérdezettek véleménye alapján
- tájékoztatással való elégedettség

1.2.3. Egészséges táplálkozás programja (Táplálkozási tanácsadó hálózat felállítása)

A) A program indokoltsága (érvek, adatok, hivatkozások)

Az Európa Bizottság számára készült jelentés alapján Európában a 65 évesnél fiatalabbak szív- és érrendszeri megbetegedés okozta halálzásának több mint harmada a táplálkozással van összefüggésben. Feltehetően ugyanilyen mértékben az egészséges táplálkozás csökkentené a keringési megbetegedések számát. A daganatos betegségek 30-40%-a megelőzhető a táplálkozás módosításával, továbbá csökkenthető az elhízás, a csontritkulás, a fogszuvasodás.

A magyar nép táplálkozási szokásai, a népélelmezés túlzott energia, állati zsír, koleszterin, cukor és magas só bevitel, valamint a zöldség-, gyümölcs- és rostszegény táplálkozás, a teljes kiőrlésű gabona fogyasztása hozzájárul a magyar, így a miskolci populáció megbetegedési és halálzásai viszonyainak alakulásához.

A később tárgyalásra kerülő szív- és érrendszeri, daganatos, de a mozgásszervi és fogászati betegségek prevenció programjaival is integrálhatók a bemutatásra kerülő programok.

Az óvodák, iskolák törekvései, a kismama klubok foglalkozásai eddig is igyekeztek gondot fordítani a táplálkozási szokások módosítására.

B) Javasolt célkitűzések

A „Nemzeti Táplálkozási Politika” kidolgozásának akciótervében az egészséges táplálkozás egész lakosságban való elterjesztése szerepel. Az egészséges táplálkozás elterjesztésének célja megegyezik a Népegészségügyi Program céljával.

Konkrét célkitűzéseink:

- A táplálkozási szokások feltárása, a fő ízlés, fogyasztási trendek felmérése. Miskolc város lakosai körében az ÁNTSZ segítségével.
- Közösségi intervenció programok megvalósítása: Olyan, a lakosság különböző csoportjait elérő programok kidolgozása, implementálása, működtetése, amelyeknek során a szakemberek ajánlásai eljutnak a közösségi (oktatási, egészségügyi, munkahelyi, civil közösségek, pl. klubok, baráti társasá-

gok) színtereire, továbbá a kereskedelmi partnerek bevonásával a lakosság széles rétegeibe.

- „Otthon-alapú” programok létrehozása: Japán mintára nyitott tankonyhák felszerelése, vagy konyhák kieső időben tankonyhaként való igénybevétele. Olyan hely, ami alkalmas arra, hogy az egészséges táplálkozás irányelveit szem előtt tartó ételkészítési készségek megtaníthatóak legyenek egészséges és beteg embereknek. (Pályázati forrásból is megvalósítható). A tankonyha felhasználhatóvá válhat a gondozott betegek diétás ismereteinek és ételkészítési technikájának megtanítására is. Pl. Diabeteses, vagy felszívódási zavarban szenvedő betegek, gyermekek és szüleik, kismamák számára.

C) Célcsoportok, tervezett létszám, helyszínek

Egészséges lakosság célcsoportjai:

- Iskolás gyermekek, tanulók 10 éves kortól 24 éves korig
- Egyedülálló férfiak, illetve nők
- Gyermeket várók
- Kismamák
- Idős korúak
- Speciális étrenden élők, pl. vegetariánusok, makrobiotikusok, stb.

Betegek célcsoportjai:

- Magas kockázati csoportba tartozó felnőttek, illetve gyermekek szülei (pl. obesitas, hypercholesterinaemia)
- Gondozott betegek, illetve beteg gyermekek szülei

Cukorbeteg

Anyagcsere zavarok

Emésztőszervi betegek (colitis ulcerosa, Chron, felszívódási zavar, máj- és epebeteg stb.)

Allergiában szenvedők

Daganatos betegek

- Táplálkozási zavarban szenvedők (bulímia, fogyókúrázók)

D) Célcsoportok egészségi állapotának jellemzése

A programok eredményességének mérhetővé tétele érdekében célszerű mind az egészséges, mind a betegcsoportokban elvégezni az egészségi állapot és a táplálkozási szokások kiindulási értékeinek meghatározását.

E) Lehetséges actorok, a program megvalósításában együttműködő partnerek

Dietetikusok

Védőnők

Egészséges élet- és gyógy módok szakértői

Orvosok

Élelmiszeripari mérnökök

Egészséges táplálkozás iránt elkötelezett szakácsok, cukrászok

Egészségtan tanárok

F) Eredményesség mérés tervezett módszerei: egészségi állapot, életminőség, egészségmagatartás változásának mérése, elégedettségi vizsgálatok

Néptáplálkozási körkép készítése a program előtt, és 3 évvel később.

Ismeret- és attitűdváltozás mérése kérdőíves módszerrel.

Testtömeg index változásának folyamatos követése.

Nehéz mérni az egészségi állapotra gyakorolt hatást. A munka hatékonyságát fokozhatjuk, ha

a rizikó csoportot jól körülhatároljuk és

ennek megfelelően specifikus táplálkozási szokásrendszert építünk ki.

Tisztázzuk a felelősség határokat.

Reális kimenetet szabunk meg.

Nem feltétlenül a morbiditási vagy az életminőség adatok a biztos indikátorai a korai eredményességnek.

Közgazdasági módszerek: fogyasztói kosár elemzés, forgalmi adatok értékelése.

1.2.4. Dohányzásmentes életmód programja

A) A program indokoltsága (érvek, adatok, hivatkozások)

Mai világunkban elvileg a dohányzás az az ok, amelynek kiküszöbölésével, vagy visszaszorításával a legnagyobb eredmények lennének elérhetőek a megelőzhető halálozás és betegségek terén. A kelet-európai országokban, így Magyarországon is kiemelkedően nagy a dohányzás prevalenciája (férfiak 40,7%-a, a nők 26.3%-a dohányzik). Ez a szokás összefüggésbe hozható a szív- és érrendszeri betegségekkel, a légzőrendszeri daganatokkal, az idült légúti betegségekkel, valamint a szájüregi rákkal, a paradontozissal, a fogak elvesztésével, a koraszületéssel, de akár a szájpadhasadékok rizikójának emelkedésével is.

Miskolc egyetemi város, a kibocsátott értelmiségiek magatartási mintákat közvetítenek. Éppen ezért különösen fontos, hogy az utóbbi időben a nők dohányzási prevalenciája emelkedő tendenciát mutat. Különösen az értelmiségi nők körében, az egyetemista populációban nőtt a dohányzás.

A külföldi adatok (Amerikai Klinikai Útmutató) világosan mutatják, hogy számos leszoktatási módszer tekinthető hatásosnak.

A személyes konzultáció, a kiscsoportos tanácsadás, 40%-ban hatékony lehet, de a nikotint helyettesítő kezeléssel kombinált leszokást segítő foglalkozás megkétszerezheti a dohányzás elhagyását. A Népegészségügyi Program életmód programjában kiemelt helyen szerepel a dohányzás megelőzés, amelyhez szervezeten kapcsolódik a szegedi programterv is.

B) Javasolt célkitűzések (primer, szekunder, terciér, komplex prevenció program)

Olyan oktatási rendszer kialakítása, amely megváltoztatja a dohányzás társadalmi elfogadottságát. A fiatal és felnőtt lakosság oktatásának kidolgozása, amely segítségével ellent tudnak állni az első rágyújtásnak.

Olyan, az alapellátásra épülő átfogó rendszer kidolgozása, amely az alapellátásban az egészségügyi dolgozók részvételének növelésével hangsúlyt helyez a dohányzási anamnézis részletes felvételére, a szakszerű leszoktató

programok kivitelezésére, vagy kezdeményezésére, a betegek megfelelő helyre (tüdőgondozó intézetekbe) irányítására. Ezzel kapcsolódna a helyi egészségfejlesztő program a nemzeti program leszokást támogató szolgáltatók hálózatához.

Ha a Miskolci Egyetem bekapcsolódna a programba, a felkészített hallgatók bevonásával kerülne sor az általános és középiskolás dohányzás ellenes program kivitelezésére.

A helyi média bevonásával a leszoktató programok népszerűsítése, az ún. kék szám és weboldal megismertetésével a leszokási lehetőségekről való bővebb információ nyújtás oldható meg.

Az otthoni egészséges, füstmentes környezet kialakítása érdekében a prevenció nővér vagy a védőnő családlátogatás keretében is végezhetne dohányzásellenes munkát.

C) Célcsoportok, tervezett létszám, helyszínek

Az általános iskolás, középiskolás tanulók

Terhesek, kismamák

Az alapellátásban megforduló még egészséges és már beteg dohányos populáció

A gyermekek oktatásával kell kezdeni a dohányzásellenes munkát a dohányzással szembeni attitűd kialakítása érdekében, de a korábbi tapasztalatok mérsékelt eredményességet mutatnak. A kipróbálók aránya 16-18 éves korban a legmagasabb.

A dohányosok leszoktatásának sikere nagyban függ a módszertől, a jól előkészített, összehangolt, széleskörű társadalmi programok bizonyítottan sikeresek.

Jelentős azonnal hatást a morbiditásban és a mortalitásban a hivatalos leszoktató programokkal érhetünk el.

Helyszínek:

Oktatási intézmények

Alapellátás szinterei (családorvosi, gyermekorvosi, fogorvosi rendelők)

A helyi tömegkommunikáció

Munkahelyek

Otthon, saját lakó környezet

D) Célcsoportok egészségi állapotának jellemzése

A dohányosok 8 évvel hamarabb halnak meg, mint a nemdohányzó társaik, a középkorúaknál pedig a különbség akár 22 esztendő is lehet! A rendszeresen dohányzók 50%-a hal meg a szenvedélyük következtében. A terhes nők dohányzása a születendő gyermekénél tartós fizikai és szellemi károsodást okozhat, nem szólva arról, hogy a cigarettázók utódai egyben a dohányosok "utánpótlásai" is. A passzív dohányzás egészségkárosító hatása orvosilag bizonyított.

Globálisan a halálozás 7%-át, a betegségteher 20%-át okozza a dohányzás, ami csaknem a mortalitás, illetve a morbiditás 30 %-át teszi ki. Természetesen mindez nemcsak egészségkárosító, hanem nagy gazdasági teher is. Minden formában és mennyiségben veszélyes, hiszen több ezer vegyi anyagot tartalmaz - mérgező/radioaktív/karcinogén -, dependenciát vált ki, s nem utolsósorban a passzív dohányosokat szintén veszélyezteti.

Szív és érrendszeri betegségek, mint a szívroham, tüdő-, száj-, garat-, húgyhólyag-, vese-, hasnyálmirigy-, nyelőcső-, gyomor-, máj-, vér-, és mellrák okozója, a természetes szaporodást csökkenti, fogínyfertőzés, vagy éppen a szürke hályog kiváltója. Összegezve minimum 3 ezer (!) betegség írható a dohányzás "számlájára".

E) Lehetséges aktorok, a program megvalósításában együttműködő partnerek

Egészségügyi dolgozók: orvosok, nővérek, védőnők, a tüdőszűrő állomások kiképzett munkatársai

Pedagógusok, különösen kollégiumi nevelők

Egyetemi hallgatók

Civil szervezetek

Munkáltatók, akik elvárják és betartatják a füstmentességet

Fiatalok szórakozásának feltételeit biztosító együttműködő szolgáltatók

F) Megvalósítás javasolt ütemterve

A projektmenedzsment feladata

G) Eredményesség mérés tervezett módszerei: egészségi állapot, életminőség, egészségmagatartás változásának mérése, elégedettségi vizsgálatok

A dohányzás gyakoriságát országos adatokkal becsülve Miskolcon a kiindulási érték kb. 20 ezer férfi és 16 ezer nő. Ennek a számnak a 20 %-os csökkentését irányoztuk elő a 2005-2008 közötti időszakra. Ehhez háromszor annyi személyt kell bevonni a leszoktató programokba, azaz több, mint 12 ezer férfit és 9 ezer nőt, ha feltételezzük, hogy a program minden 3. esetben sikeres. Ez a hazai adatok szerint reális célkitűzés. (Lásd melléklet.)

Gazdasági indikátorok: Dohányáru forgalom alakulásának követése.

A fiatal populáció dohányzási gyakoriságának és attitűdjének folyamatos követése kérdőíves módszerrel.

A munkahelyi dohányzás nyomonkövetése, különös tekintettel a mintaadó értelmiségiek dohányzási szokásainak alakulására és az aktuális helyzet nyilvánossá tétele.

A leszoktatott populáció adatainak naprakész követése és nyilvánossá tétele a legjobb módszer megismerése érdekében. (háziorvosi törzskarton adatok, tüdőgondozók, leszoktató programok szervezői)

A dohányzással összefüggő betegségek és halálozások gyakoriságának monitorozása. (háziorvosok nyilvántartása, KSH)

1.2.5. Drogmegelőzési program („Drogstratégia”)

Javasoljuk, hogy a Semmelweis Kórházban működő miskolci Drogambulancia által készített Drogstratégia változatlan formában és tartalommal kerüljön be a cselekvési tervbe.

2.BETEGEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK JAVÍTÁSA

Az életkilátásokat és az életminőséget meghatározó civilizációs betegségek „életmód betegségek”. Olyan több, ismert okra visszavezethető kórképek, amelyek kialakulása mai ismereteink szerint megelőzhető, az állapot rosszabbodása és az életminőség romlása késleltethető. Ha nem történik időben be-

avatkozás a betegségi folyamatba, akkor ezeknek a betegségeknek a kezelése nagy terhet, sok szenvedést ró a betegre és sok költséget okoz a társadalomnak. Az egészségmegőrzés témakörben tárgyalt életmódi rizikó csökkentő programok többsége alkalmazható a civilizációs betegségekben szenvedők állapot romlásának megelőzésére, stabilizására, sok esetben javítására is.

2.1. Szív-érrendszeri betegségek

A betegségcsoport leggyakrabban előforduló formája a magasvérnyomás, amely kezelés nélkül maga is növeli más, súlyos betegségek, elsősorban a koszorúsér-betegségek, ezen belül a szívinfarktus és agyvérzés kockázatát.

Mivel az elsődleges megelőzés módszerei ismertek, a betegség az ún. megelőzhető halálozás kategóriájába tartozik.

2.1.1.ÉP SZÍV program

AZ "ÉP SZÍV" kezdeményezést a magyar lakosság egészségéért felelősséget érző és tenni akaró szervezetek (Magyar Szívalapítvány, Magyar Kardiológiai Társaság) hozták létre. A résztvevők összehangolt tevékenység kialakítását tartják szükségesnek - a magyar társadalom legszélesebb rétegeinek bevonásával - a koszorúér betegség előfordulásának és az általa okozott halálozás csökkentése, a betegek gyógyulásának elősegítése ill. életminőségének javítása érdekében. A kezdeményezés tagjai adatot és információt gyűjtenek és értékelnek, majd javaslatokat dolgoznak ki az Egészségügyi Minisztérium számára annak érdekében, hogy létrejöjjön egy Nemzeti Egészségügyi Célprogram. Az ÉP SZÍV kezdeményezéshez legtöbben az alapellátó orvosok csatlakoztak (kb. 500 háziorvos), de az egészségügyben, oktatásban, állami és üzleti szférában érdekelt szervezeteket, a tudományos és orvosi közösséget a médiát, oktatás- és társadalomtudományi szakértőket és egyesületeiket, önkormányzati egészségügyi szervezeteket is szívesen látnak tagjaik között.

A) A program indokoltsága

A halálozási arányszám Miskolcon 2000-ig kedvezőbb volt az országosnál, jelenleg mind a megyei, mind az országos értéknél magasabb, 13,4 ‰), ami a népesség elöregedésével és rosszabb egészségi állapotával magyaráz-

ható. A vezető halálóki csoport a szív érrendszeri halálozás, minden 2. halál-
esetért felelős.

A miskolci idősoros adatok szerint a keringési rendszer betegségei miatti halálozások számában nemeként alig van különbség. A nők körében a magasvérnyomás miatti esetek száma nagyobb, az ischaemiás szívbetegség miatti halálozások száma közel azonos.

B) Javasolt célkitűzések (komplex prevenció program)

A fő cél az esélyegyenlőség biztosítása a praxisvariációk megszüntetésével és az egyenletesen magas színvonalú szolgáltatások biztosításával mind az alapellátásban, mind a szakellátásban.

Az alapellátásban az egységes szakmai kritériumok elfogadását az „ÉP SZÍV” programhoz való csatlakozás teremti meg.

A fekvőbeteg-ellátásban a protokoll szerinti gyógyítás elve és a klinikai audit módszerének alkalmazása lehet a garancia a minőségre és a kitűzött célok elérésére.

A járó- és fekvőbetegellátó folyamat egységét, a fejlesztésre szoruló területeket a betegutak elemzésével és a betegmenedzsment módszerével lehet – az adott feltételrendszerben – optimalizálni.

Az „ÉP SZÍV” kezdeményezés részletes célkitűzéseit és alprojektjeit lásd a 2. sz. mellékletben.

C) Célcsoportok, tervezett létszám, helyszínek

▪ Háziiorvosi alapellátás

Országosan az ÉP SZÍV kezdeményezés a magas vérnyomás 75 %-os felderítettségét és a lakosság 20 %-ának kezelését határozta meg. A miskolci háziorvosok munkája eredményeként ennél nagyobb a gyakoriság, tehát jobb a felderítettség, ami a hypertónia miatt meghaltak évi számának csökkenésében már megmutatkozik.

A feladat a továbbiakban az, hogy a gondozottak 60 %-ánál következzen be vérnyomás csökkenés (több mint 16 ezer lakos),

30 %-uk pedig normotenziós (a WHO kritériumok szerint normális vérnyomású) legyen (több mint 8 ezer lakos).

Ez a halálozásban várhatóan évente 23 férfi és 26 nő idő előtti halálozástól való megmenekülését jelenti.

A sikeres dohányzásról leszoktató program esetén a hatások összegződnek és az eredményesség tovább javul.

▪ Fekvőbeteg ellátás

A fekvőbeteg-ellátásban a cél az akut coronária szindrómával (akut myokardiális infarktus és instabil angina), stroke valamint hypertóniás krízis miatt sürgősséggel kórházba került és ellátott esetek klinikai auditjának megszervezése.

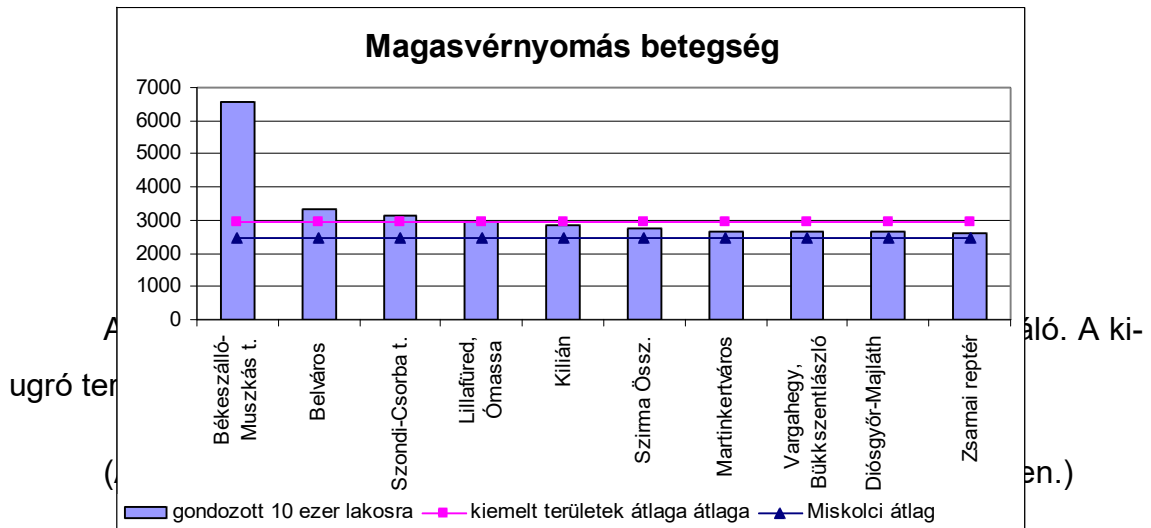
D) Célcsoportok egészségi állapotának jellemzése

A 4 leggyakoribb betegség, illetve betegségcsoport részaránya a háziorvos által nyilvántartott megbetegedések közt

Betegség	Miskolc		Ország	
	arány	kumulált %	arány	kumulált %
Magasvérnyomás	28,4		28,0	
Ishaemiás szívbetegség	12,9	40,5	10,9	38,9
Spondylopathiák	5,2	45,7	8,4	47,3
Diabetes mellitus	7,0	52,7	7,4	54,7

Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2002.

A háziorvosi adatok szerint a gondozottak 40 %-át a szív érrendszeri betegek teszik ki.



Az ischaemiás szívbetegség (koszorúér betegségek) terén a különbségek az egyes körzetek közt jóval nagyobbak. (Lásd az Egészségképben.) A kérdés, hogy ez a tényleges megbetegedési gyakoriságok különbözőségéből, vagy a felderítettség különbözőségéből adódik?

Az esélyegyenlőséget a magas felderítettségi arány és az egységes elvek szerinti ellátás, valamint a betegek együttműködő készségének elérése teremtheti meg.

H) Lehetséges actorok, a program megvalósításában együttműködő partnerek

Háziorvosok

Házi gyermekorvosok (Infarktusból elhunyt fiatal szülők gyermekeinek szűrővizsgálata, genetikailag terheltek, illetve veszélyeztetettek gondozása)

Együttműködő szakorvosok (kardiológusok, diabetológusok, endokrinológusok, szemészek, neurológusok, pszichiáterek, pszichológusok, rehabilitációs szakemberek, radiológusok – predischarge vizsgálatok!)

Kórházi SBO-k, belgyógyászatok, kardiológiák, stroke részlegek, neurológiák, intenzív osztályok, központi betegfelvételi egységek)

Betegszállítók (OMSZ)

MEDIA!

I) Megvalósítás javasolt ütemterve

Év	Feladat	Személyi feltétel	Költség (ezer Ft)
2005	Projekt menedzsment felállítása (Miskolci Modell keretében javasolt a betegút menedzsmenttel való kapcsolattartás miatt)	2 fő	
	Koordinátorok kijelölése, megbízása (alapellátási, kórházi koordinátorok)	4 fő	
	Kapcsolatfelvétel (Magyar Szívalapítvány elnöke)		
	Együttműködő partnerek toborzása, képzése (A kezdetben kívül maradó háziorvosok lesz a saját kontroll) Kórházi együttműködés a kötelező minőségbiztosítás része.	Kb. 100 fő	
	Protokollok fejlesztése (szűrési és ellátási)		
	Klinikai audit programok előkészítése, szervezése, oktatása		
	Kapcsolatok kiépítése (pl. OMSZ, életmódi programok szervezői, civil szféra, beteg-		

	képviselőtek)		
	Protokollok bevezetése (oktatások, minta-projektek)		
	Programok monitorozásának kidolgozása, base-line adatok meghatározása		
2006	Programok ütemezett megvalósítása		
	Alapellátásban rizikó szűrés és döntés a gondozásba vételről		
	Célcsoportok protokoll szerinti gondozása (Hypertonia, ISZB, diabetes, hypercholesterinaemia)		
	Klinikai audit programok rendszeres megtartása a kórházakban		
	Eredmények kiértékelése, program továbbfejlesztése		
2007	Programba bevontak számának növelése		
	Életmódi programokba bekapcsolódó betegek számának növelése		
	Eredmények széleskörű propagálása		
2008	Programok tervszerű folytatása		
	Program fenntarthatóságának kidolgozása		
	Eredmények értékelése, közzététele a szakmai és a laikus közvélemény számára		

J) Eredményesség mérés tervezett módszerei:

egészségi állapot:

- incidencia és prevalencia változása (új és összes nyilvántartott beteg)
- a protokollnak való megfelelés vizsgálata (gyógyszeres kezelés, kivizsgálás és kontrollok, a betegek compliance)

életminőség

- QUALY vizsgálat, SF32 kérdőív,

egészségmagatartás változásának mérése

- OLEF kérdőív az országos összehasonlítás miatt

elégedettség vizsgálatok: valamennyi szintéren

2.2.Daganatok másodlagos megelőzése

2.2.1.Népegészségügyi szűrővizsgálatok: emlő-, méhnyakrák, vastagbél, prostata elváltozások

E) A program indokoltsága (érvek, adatok, hivatkozások)

Miskolcon a daganatos morbiditás, mortalitás lényegében megegyezik az országos adatokkal, azaz a 2. halálok. (Részletesen lásd az Egészségképben.)

F) Javasolt célkitűzések (primer, szekunder, terciar, komplex prevenció program)

A primer prevenciót illetően az életmódi rizikót csökkentő programok (táplálkozás, dohányzás elhagyása, stresszmentes, mozgásos életmód) a daganatok megelőzését is szolgálja.

A szekunder prevenció kifejtését lásd a Stratégiában.

G) Célcsoportok, tervezett létszám, helyszínek

Lásd Stratégia

H) Célcsoportok egészségi állapotának jellemzése

Lásd Egészségkép.

K) Lehetséges actorok, a program megvalósításában együttműködő partnerek

Lásd szív-érrendszeri betegségek, kiegészítve az onkológusokkal, szülés-nőgyógyászokkal és urológusokkal.

L) Megvalósítás javasolt ütemterve

Lásd Stratégia

M) Eredményesség mérés tervezett módszerei: egészségi állapot, életminőség, egészségmagatartás változásának mérése, elégedettségi vizsgálatok

Johan Béla programnak megfelelően.

3. Roma lakosság körében folytatandó tevékenység

Bár alapelvében az előző kettőtől nem különbözik, azonban a problémák megjelenési formájában, sajátosságaiban és kezelési módjában sajátos a roma lakosság körében folytatandó egészségnevelő tevékenység. A roma lakosság életkörülményei, szocializációja, kultúrája meghatározza a célokat és az alkalmazandó módszereket. (szexuális nevelés, a betegségtől való félelem, pótszerek használata, stb)

A roma lakosság egészségi állapotának a meghatározói:

- alacsony iskolázottság
- szegénység
- cigány kultúra sajátosságai – szocializáció
- biológiai lét, egészség, betegség, halál, pótcselekvések

A roma lakosság egészségi állapotának szélsőséges adatait láthatjuk az Egészségkép 12-14.mellékleteiben a Békeszálló-muszkástelep adatainál. A telepi lét hatásában, körülményeiben alapvetően független az ott lakó roma vagy magyar voltától. Az egyik legfontosabb feladat ezen a téren a meglévő szervezetek, pályázatok és szándékok egyesítése.

Miskolc és vonzáskörzete országos viszonylatban is jelentős cigány származású lakossággal bír. A területen élő cigány népesség számát tekintve léteznek ugyan statisztikai adatok, de ezek az adatok közel sem tükrözik a valós számárokat, hiszen ismert, hogy milyen módszertani nehézségekbe ütközik az, aki pontos statisztikát próbál készíteni. A statisztika hiányosságaira rámutat az a tény, hogy Miskolc hozzávetőlegesen 182 000 lakosából a legutóbbi népszámlálás adatai szerint csupán 4135 vallotta magát roma származásúnak, míg a helyi kisebbségi képviselők 20 ezres cigány közösségről beszélnek. Regionális szinten a népszámlálási adatok több mint 180 000 roma kisebbségi lakost tartanak nyilván.

A helyi roma lakosság nagy számarányából kifolyólag igen heterogén, eltérő szociális és gazdasági körülmények között él a különböző telepeken, mivel a roma közösségek gyakran nem csak szociokulturális háttérükben különülnek el dominánsan, hanem területileg is. A szegregáció igen erősen jelentkezik a miskolci lakosság

által csak „Béke szálló” néven emlegetett erősen slummosodot területen. Az itt élő cigány közösség különösen rossz társadalmi és anyagi körülmények között él, erősen gettósodott. Miskolcon és az agglomerációban további területek is léteznek, ahol jelentősebb a roma lakosság aránya („számozott” utcák, Pereces, vasgyár). Ezeken a területen sok olyan család él, akik halmozottan hátrányos körülmények között élnek (munkanélküliség, alacsony iskolázottság, szegénység, szegregált iskola illetve osztályok) A CKÖ által kidolgozott részletes program elsősorban ezeket a családokat célozza meg. A miskolci lakosság demográfiai jellemzőit tekintve is sajátos: az 1000 lakosra jutó élveszületés illetve a halálozás aránya az országos átlagnál magasabb (BAZ: 10, 6 illetve 13, országosan: 9, 7 és 12, 7) Az országos átlagnál (68, 15 év ill. 76, 46 év) azonban alacsonyabb a születéskor várható élettartam mind a nőknél, ahol 66, 59 év mind a férfiaknál, ahol 76, 10 év. A régió morbiditási és mortalitási adatai is meghaladják az országos átlagot. (2002-es KSH adatok).

Projectek:

1. **Zanhavel gyerekklub** és Bárka tanoda együttműködése egészségnevelő – tananyagfejlesztő foglalkozásokkal. Ezek a foglalkozások kiegészítik a telepi gyerekek iskolai felzárkóztató foglalkozásait. A klubok feladatai a személyközpontú nevelés megvalósítása kirándulások, táborok, szabadidős programok szervezésével.

Kapcsolattartó és felelős: Wagner Tamás önkormányzati referens

2. **Roma könyvtár és szülői klub létrehozása** a reintegrációs forrásközpont keretein belül. A roma könyvtár feladata a felnőtt roma lakosság számára közösségi hely biztosítása, ahol kulturális és egyéb irányított programok megvalósíthatóak.

Kapcsolattartó és felelős: Wagner Tamás önkormányzati referens

3. **Telepi gyerekek szabadidő eltöltésének irányítására szolgáló programok:**

- Gyermekklub létrehozása a Vasgyári közösségi házban a szabadidő eltöltésére. Együttműködő partner a Városi Drogambulancia

- „Dühöngő” létrehozása a Szondi telepen vagy a számozott utcánál. Közmunkával kialakításra kerülő, sportolásra, időtöltésre alkalmas pálya, amely lehetőséget teremt a fiatalokkal való foglalkozásra.
- Fittbox SE – CKÖ együttműködésben közösségi és egészségi nevelés, szabadidő eltöltési lehetőség szervezése

4. **Romológiai képzés folytatása** a CKÖ akreditált romológiai tanfolyamának megtartása pedagógusok, egészségügyi dolgozók, érdeklődő civil szervezetek számára. A képzés alapvetően a roma kultúra és az egészség – betegség kapcsolatrendszerre világít rá, elősegítve ezzel a romákkal foglalkozó pedagógusok, egészségügyi dolgozók számára a személyre szóló kezelések, foglalkozások kivitelezését.

Felelős Horváth József CKÖ tag

5. **Telepi tanácsadói rendszer kiterjesztése a városi cigánytelepekre.** A telepen az ott lakók segítségére ún. Telepi tanácsadói rendszert alakít ki. A tanácsadók a telepen élők közül kerülnek ki, általuk elfogadott személyekből.

Feladataik:

Figyelik a telepen élőket, s akiknél egészségügyi, vagy szociális problémákkal találkozhatnak, segítik őket az ellátáshoz jutásban.

A telepen élők segítségek kérhetnek tőlük

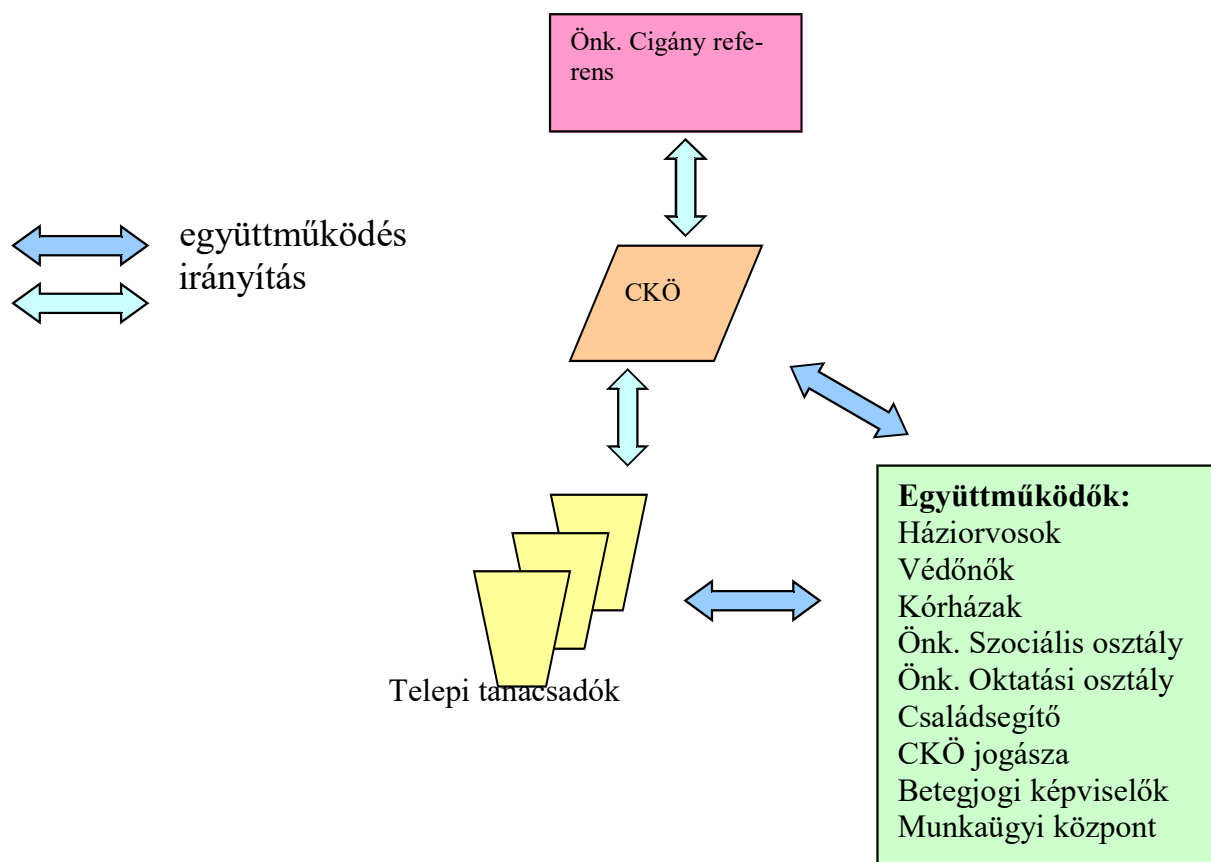
Részt vesznek a CKÖ telepen folyó programjaiban, tevékenységében, szervezik annak végrehajtását

Kapcsolatot tartanak az organogram szerinti együttműködő szervezetekkel.

Tevékenységükről, feltárt problémákról jelentést készítenek a CKÖ részére. A CKÖ segít a problémák megoldásában, felveszi a kapcsolatot az együttműködő szervezetekkel, szükség esetén előterjesztést készít az önkormányzati testületi ülésekre. Az önkormányzat cigány referense segítségével támogatja a CKÖ ezen tevékenységét.

A telepi tanácsadók munkájukhoz felkészítő tanfolyamot végeznek a CKÖ szervezésében, nyomtatványokkal, jogszabály-magyarázatokkal kerülnek ellátásra.

Organogram:



Feladatok időbeni ütemezése

Feladat / idő	2005/1. negyedév	2005/2. negyedév	2005/3. negyedév	2005/4. negyedév	2006
Telepi tanácsadók kiválasztása	X				
Telepi tanácsadó szolgálat működési rendjének kidolgozása	X				
Együttműködési rend kidolgozása	X				
Telepi tanácsadók oktatása	X				
Telepi tanácsadók bevezetése		X			
Működés értékelése, feladatok korrigálása			X		
Folyamatos működés		X	X	X	X
Tevékenység értékelés					X

Ütemezett feladatok tartalma:

1. Tanácsadók kiválasztása. A tanácsadó a telepen élő, többiek által elismert, elfogadott személy.
2. A működési rend az alábbi fejezeteket tartalmazza:
 - ◆ A tanácsadók szerepe a telep életében (higiénia, környezet, közösség, CKÖ programok)
 - ◆ A tanácsadók egészségügyi feladatai
 - Együtműködés a védőnői szolgálattal (gyermek tanácsadón való megjelenése, védőoltások felvétele, gyermekek étkezése, terhesség gondozáson való megjelenés)
 - Együtműködés a házi orvosi szolgálattal (magas vérnyomás, szívbetegségek, tumoros betegségek tüneteinek felismerése, orvosi kontrollvizsgálaton való megjelenés)
 - Kötelező, illetve ajánlott szűrővizsgálatokon való részvétel támogatása (tüdő, emlő, nőgyógyászat)
 - ◆ Szociális problémák megbeszélése (segélyezések, beiskolázás, iskolából kimaradás, lakásfenntartási támogatás, közgyógyellátás, stb.)
 - ◆ Munkanélküli segély, közmunkákon való megjelenés
 - ◆ Jelentési és adminisztrációs rendszer
 - ◆ Együtműködési feladatok
3. Oktatás

A telepi tanácsadók a működési rend kidolgozása után tanfolyamon vesznek részt, ahol az ellátandó feladatok ismeretei kerülnek oktatásra. Ezzel együtt megkapják a vezetendő okmányait (alapvetően nyilvántartó lap), valamint azokat az egyszerűsített jogszabálykivonatokat, amelyek munkájukban segítik őket. Az oktatást a CKÖ, valamint az együtműködő szervezetek szakemberei végzik.
4. Ellenőrzési rendszer

A telepi tanácsadók munkáját segíteni és kontrolálni szükséges. Ennek a módszere az első hónap utáni, illetve a negyedéves értékelési rendszer. Az értékelés három részből áll: a nyilvántartó lapok elemzése, ezen keresztül a megoldott problémák száma, esetmegbeszélés, illetve az együttműködő szervezetek visszajelzései. A negyedéves értékelések alapvetően segítő jellegűek, de mederben is tartják a tanácsadók tevékenységét.

Tárgyi – anyagi feltételek

A tanácsadók részben saját lakásukban, részben a CKÖ használatában lévő épületben kialakított irodában valamint a telepen dolgoznak. Munkájukért költségtérítésben részesülnek. Számukra biztosítani szükséges:

Felelős: Váradi Gábor CKÖ Elnök

6. Lyukó bánya roma lakossága számára szociális program kidolgozása.

Lyukó bánya a város külterülete, amely az elszegényedő lakosság egyik menekülési, kitelepülési iránya. A lakosok között megtalálható a lakótelepet elhagyó, a régóta itt élő roma, illetve a betelepülő roma lakosság. A roma családok között is jelentős szociális eltérések találhatók, sok az igen rossz körülmények között élő család. Számukra igen fontos az, hogy a rossz higienes körülmények kompenzálására szociális szolgáltató központ jöjjön létre. A központ feladata:

- Fürdési, mosási lehetőség biztosítása
- Telepi tanácsadó működése
- Orvosi rendelő üzemeltetése
- Közösségi helység működtetése
- Óvodai jellegű gyermekelhelyezés és foglalkoztatás biztosítása

A Lyukóbányai project gyakorlatilag összevontan tartalmazza az előző projektek több elemét

A roma programok költségvetése:

Program megnevezése	Forrásszükséglet e Ft/év
Zahnavel gyerekklub	500
Roma könyvtár és szülői klub	300
Vasgyári közösségi ház támogatása	500
„Dühögő” kialakítása	1 000 első év további évek 100
Fitbox SE cigányprogramjának támogatása	200
Romológiai képzés	100/tanfolyam
Telepi tanácsadói rendszer kiterjesztése	500/telep
Lyukó bánya szociális program	5 000 első év, további évek 1 000

3. Táblázat

Források előteremtése:

1. Munkaerő fenntartása a közmunkakeretből
2. Pályázati források
3. Önkormányzati támogatás

Összegzés

Az egészségterv az emberek egészségtudatosságának felélesztését és szintentartását, a saját felelősség felismertetését szolgálja. A projectek kiválasztása a korai halálozás csökkentését szolgálják. Minden egyes project megvalósítása komoly tervező, szervező munkát kíván. A sikeres végrehajtás érdekében a feladattal menedzser team kerül megbízásra, amely a tervezés, marketing, oktatás, végrehajtás folyamatot egy kézben tartja, szoros egységben a város egészségügyi ellátásának irányításával.

A kiválasztott területek:

- abortuszok számának csökkentése
- kardiovaszularis megbetegedések csökkentése
- romák szociális – egészségügyi helyzetének javítása

MELLÉKLET

1. melléklet: Az egészségi állapot javításának célértékei

megnevezés	férfi	nő	összesen
évközepi lakosság szám	83 084	95 962	179 046
15-64 éves felnőttek	83 084	95 962	179 046
hypertonia prevalencia 20 %	16 617	19 192	35 809
kiszúrt hypertonia, célérték 75 %	12 463	14 394	26 857
vérnyomás csökkenés, célérték 60%	7 478	8 637	16 114
normotenzió, célérték 30%	3 739	4 318	8 057
hypertonia halálozás max	93	107	200
min	59	68	126
átlag	76	88	163
hypertonia halálozás csökkenés, minimum	23	26	49
dohányzás férfiak 37%, nők 27%	20 411	16 010	36 421
eredményes leszoktatás, célérték 20%	4 082	3 202	7 284
leszoktató programba bevontak (sikeres minden 3.)	12 246	9 606	21 853
testmozgás, felnőttek 21,4:13,6 %-a	11 805	8 065	19 870
testmozgás, célérték 35%	19 307	20 754	40 062
testmozgásba bevontak száma	7 502	12 690	20 192
emlőrák szűrés kétévenként		27 130	
halálozás megelőzés/év		9	9
méhnyakrák szűrés 3 évenként		46 262	
halálozás megelőzés/év		5	5
vastagbélrák szűrés kétévenként	18 573	24 956	
halálozás megelőzés/év			9

2. melléklet: A magyar „ÉP SZÍV” kezdeményezés

AZ "ÉP SZÍV" kezdeményezést a magyar lakosság egészségéért felelősséget érző és tenni akaró szervezetek hozták létre. A résztvevők összehangolt tevékenység kialakítását tartják szükségesnek - a magyar társadalom legszélesebb rétegeinek bevonásával - a koszorúér betegség előfordulásának és az általa okozott halálozás csökkentésére, a betegek gyógyulásának elősegítésére ill. életminőségének javítására. A kezdeményezés tagjai szoros együttműködésre szóló megállapodásukat 1998. júliusában nyilatkozat aláírásával rögzítették. Ennek értelmében adatot és információt gyűjtenek és értékelnek, majd javaslatokat dolgoznak ki az Egészségügyi Minisztérium számára annak érdekében, hogy létrejöjjön egy NEMZETI EGÉSZSÉGÜGYI CÉLPROGRAM. Szívesen látják csatlakozó tagként az ÉP SZÍV kezdeményezéshez az egészségügyben, oktatásban, állami és üzleti szférában érdekelt szervezeteket, a tudományos és orvosi közösséget, a médiát, oktatás- és társadalomtudományi szakértőket és egyesületeiket, az önkormányzati egészségügyi szervezeteket stb.

Alapvető cél, hogy 2010-re 20%-kal csökkentsék éves szinten a 65 évesnél fiatalabb lakosság koszorúér betegség okozta halálozási arányát. A cél elérése érdekében specifikus alprogramok (alprojektek) kerültek megállapításra:

EGÉSZSÉGÜGYI CÉL 2010-re

- Heveny koszorúér-betegség ellátása:

A kórházi betegek halálozási számának csökkentése a jelenlegi 23 %-ról a 10%-os európai átlagra.

Adekvát kockázati/revaszkuláris besorolás a betegek legalább 75%-nál.

Rehabilitációs felmérés az esetek legalább 75%-ban.

- Étrend-táplálkozás-koleszterin szint:

A zsírokból származó kalória-bevitel csökkentése 30%-ra.

A telített zsírsavakból származó kalória-bevitel csökkentése az összkalória 10%-ára.

A felnőtt lakosság koleszterin szintjének csökkentése 7%-kal, 5.3 mmol/l-re.

- Magasvérnyomás:

A hipertóniás betegek azonosítása legalább 75%-uk esetében.

Rendszeres kezelés biztosítása a hipertóniás betegek 60%-nak.

A vérnyomás csökkentése a hipertóniás betegek 30%-ánál 140/90 mmHg-ra.

- Testmozgás:

Növelni a rendszeres testmozgást végző 15-65 év közötti emberek számát a lakosság 35%-ra.

- Dohányzás: A dohányosok számának csökkentése 8%-kal.

A dohányzásról leszokott emberek számának növelése 20%-kal.

A dohányosok számának csökkentése a 14-18 éves korosztályban 20%-kal.

Az alprojektek kockázati tényezők szerinti részletes leírása a következő:

1. Heveny koszorúér-betegség ellátása

Az akut koronária szindróma minőségi ellátásában szignifikáns területi különbségek vannak Magyarországon. A fekvőbeteg-intézményekben a halálozási mutatók nagy eltérést mutatnak. A halálozás a megyei kórházakban a legalacsonyabb (16.6%), míg a városi/fővárosi kórházakban ennél az értéknél 40-50%-kal magasabb. Egyes kis esetszámot kezelő intézményben a halálozás extrém magas. Az országos átlagos halálozási mutató (22.4%) jóval magasabb az európai átlagnál.

2. Étrend - táplálkozás - koleszterin-szint

A hazai zsírfogyasztásról egyedül az 1985-88 között végzett Első Magyar Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálatból vannak megbízható adatok. Az átlagos napi zsírbevitel a férfiaknál 131, a nőknél 102 g volt. Az összkalória bevitel 41%-a zsírből származott. Az étrendből származó telített zsírbevitel aránya négyszer magasabb volt, mint a telítetlen zsíroké. A vizsgálat nem terjedt ki az átlagos vérkoleszterin-szint vizsgálatára, de a MÓNKA Program, valamint különböző magyar szerzők legújabb felméréseinek alapján leszögezhető, hogy az átlagos vérkoleszterin-szint 5,7 mmol/l körül van.

3. Magasvérnyomás

A néhány rendelkezésre álló epidemiológiai vizsgálatok szerint a hipertónia prevalenciája a városi és vidéki lakosságot vizsgálva 15-20% körül mozog. A rendelkezésre

álló kevés adat ellenére elmondható, hogy ez az adat hasonlóságot mutat a külföldi adatokkal. A hipertónia és szövődményei által okozott halálozás 70,6 és 111,8 között van 100.000 lakosra vetítve. Magyarországi felmérések szerint a hipertóniában szenvedő betegek nem egészen 40%-a részesül rendszeres gyógyszeres kezelésben és mindössze csak 15-20% közé tehető azok aránya, akiknek a vérnyomása az elfogadott értékhatárok között van.

4. Testmozgás

A fizikai aktivitás hiánya egy köztudott rizikó faktor Magyarországon, melyet a rendszeresen sportolók arányára vonatkozó felmérések is bizonyítanak. Egy reprezentatív felmérés szerint - 1994. KSH - Magyarország 15-64 éves lakosságából a férfiak 21,4%-a, a nők 13,6%-a végez rendszeres testedzést. Az arányok az életkor növekedésével drasztikusan romlanak: 30 - 39 éves korban 19,2%, illetve 10%; az 50-59 éves korosztálynál 9,7%, illetve 7,1%. A vizsgálatok kimutatják, hogy a nők döntő többsége az első gyermek megszületése után - még az addig aktívan sportolók is - abbahagyják a rendszeres testmozgást.

5. Dohányzás

A KSH 1994-es felmérése alapján a 15 éven felüli magyar népesség átlag 37%-a dohányos. A nők 26,6%-a, a férfiak 37%-a vallotta magát dohányosnak. Ez a férfiak esetében a korábbi felmérések adataihoz képest változást nem mutat, de ezzel szemben a dohányzók aránya a nők között emelkedik. A dohányzás továbbra is az alacsony iskolai végzettségű, kevesebb bevétellel rendelkező férfiak körében a legelterjedtebb.

www.healthtarget.sph.dote.hu/ht2/Info/epsziv.htm

3. *melléklet*: **Segédlet a területi ellátásban használt megnevezések értelmezéséhez**

/Kivonat a „A cigány kisebbségi fiatalok általános iskolai előmenetelét befolyásoló szocio-kulturális és egészségügyi tényezők felmérése”-éből/

1. „*Béke szálló*” néven emlegetett erősen slummosodott terület. Nagyrészt romák, vagy roma életmódú családok lakják, nagyon rossz társadalmi és anyagi körülmények között élnek, erősen gettósodott, látszólag a roma társadalom alsóbb rétegeinek lakóhelye. A terület házai lebontásra várnak.
2. „*Számozott utcák*”: Az előbbinél jobb lakáskörülményeket biztosító, kis udvarral rendelkező házacskák, amelyek 1-10-ig számozott utcákban találhatóak egy tömbben. A porták itt rendezettebbek, mint a a Béke szállónál, de az elhanyagoltság szinte minden udvarban és házban megtalálható. Többségében romák által lakott terület.
3. *Vasgyár*: Miskolc ezen városrésze régi, téglalapítású, kertes, eredetileg a századelőn a gyár munkásainak lakásigényét kiszolgáló céllal épült terület. A porták változó tisztaságúak, de többségük ápoltt, nem elhanyagolt. Erősen keverednek a roma és nem roma családok. Az előző két területnél jóval ápolttabb, emberibb lakóköörülményeket biztosít.
4. *Pereces*: Miskolc városhoz tartozó kis település. Romasága igen vegyes körülményeket biztosító területeken él, amely a slummodotott sorházaktól kezdve a családi házas területekig terjed.
5. *Komlóstető*: elsősorban családi házas terület vegyes lakossággal.
6. *Mezőcsáti* kérdezettjeink elsősorban az úgynevezett „cigánysorról” kerültek ki. Itt nagy arányban található nemrégiben épített „szocpolos” lakások, amelyek tágasabb lakóteret biztosítanak lakóiknak, bár sokuk még végleges befejezése előtt enyészetnek indult.



E-Consult 2000 Tanácsadó Kft.

1142 Budapest Tengerszem utca 52.

Tel.: 1-422-0793, Fax: 1-422-0794

Mobil: 20/9154320

E-mail: econt@axcelero.hu ; www.e-consult.hu

EGÉSZSÉ GKÉP
AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS AZ
EGÉSZSÉ GÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK
FEJLESZTÉSÉNEK MEGALAPOZÁSÁHOZ
MISKOLC VÁROSÁBAN

Miskolc Megyei Jogú Város



Miskolc, 2004. október

BEVEZETŐ

Az egészségügyi intézményhálózat feladatait elsősorban a népesség egészségi állapota határozza meg, melyre a demográfiai folyamatok jelentős hatással vannak. A magyar lakosság egészségi állapotának mutatói nemzetközi összehasonlításban közismerten rosszak, bár az életkilátások 60-as évek közepe óta tartó folyamatosan romlása az utóbbi években megállt és a születéskor várható élettartam szerint némi javulást mutat.

Miskolc város vezetésének célja a lakosság egészségi állapotának és életminőségének javítása, melyet az egészségügyi és szociális intézményhálózat hatékonyságának fokozásával, tervszerű fejlesztésével, a civil szervezetek és a lakosság közreműködésének megnyerésével kíván megvalósítani. Az egészségügyi ellátást stratégiai ágazatnak tekinti, amely a polgárok munkavégző-képességének helyreállítása, javítása, erősítése révén alapvető termelési tényező. Másrészt az egészségügyi ágazat – a város gazdasági szerkezetének megváltozása révén – mind a foglalkoztatásban betöltött szerepe, mind a felhasznált erőforrások mértéke miatt, maga is jelentős gazdasági tényezővé vált.

Anyagunkban kissé bővebb kitekintést építettünk be az OECD tagállamokkal való összehasonlításban, azon célból, hogy a magyar egészségügy helyzetét (melynek szerves része Miskolc város egészségügye) érzékeltezzük. Ez a bemutatás gyakorlatilag a fejlődés irányát mutatja.

A lakosság egészségi állapota alapvetően nem az ellátó rendszer függvénye, annál sokkal szélesebb ok – okozati rendszert, képzettségi szintet kell elemezni és befolyásolni, hogy az egészségállapot, egészségtudatosság növekedjen, s annak az eredményeire épített ellátó rendszer képes legyen betölteni a feladatait. Mindez természetesen nem negálja az ellátó rendszer tervezett fejlesztését, hanem elősegíti azt.

Az egészségi állapot bonyolult összefüggési rendszer eredménye. Ezért anyagunkat három kötetre bontottuk:

1. Miskolc város egészségképe

Egészségkép: Adott területen élő népesség egészségi állapotáról és az azt befolyásoló tényezőkről - demográfiai helyzet, természeti és épített környezet, társadalmi- gazdasági és szocio-kulturális tényezők, egészségi állapot és egészségügyi ellátottság – alkotott kép, leírás. Kiindulási alap hosszú távú célok kitűzéséhez az emberek életkilátásainak, egészségi állapotának javítása érdekében.

2. Miskolc város egészségterve

Egészségterv: az egészségképre alapozott olyan stratégia és cselekvési program, amelynek célja, hogy az adott területen élő emberek minél szélesebb körét megnyerje saját életkilátásaik, egészségi állapotuk erősítésére, javítására. Az egészségterv készítése a legszélesebb nyilvánosságot igényli, mert csak ez biztosítja az egyének és közösségek önkéntes részvételét, ami az elkötelezettség és felelősségvállalás alapja. A személyes felelősség vállalása nélkül az egészségterv csak terv marad. Az életkilátások és életminőség javítása mindig komplex megközelítést igényel, mint ahogy a kiváltó okok is egymással összefüggnek. Az életkilátások (halálzási arányok) és a gazdasági eredmények, az infrastrukturális ellátottság és a munkanélküliség mutatói között szoros korreláció mutatható ki. A gazdasági mutatók javulása mindig az életminőség és az életkilátások javulásával is jár.

3. Miskolc város egészségügyi ellátásának stratégiai terve

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztési tervének kidolgozásakor az egészségi állapotot, mint szükségletet, valamint az ellátó rendszerrel szembeni keresletet tekintettük alapnak. A feltárt szükségletek alapján tettünk javaslatot a fejlesztési irányokra. Nem célunk taktikai döntések meghozatala – tekintettel az egészségügyi reform folyamatos elhalasztására, de halaszthatatlanságára – hanem olyan, szükséglet – keresletből fakadó hosszú távú –esetenként reformértékű – átfogó lépések, tendenciák javas-

lata, amelyekből az adott időszaki taktikai lépések levezethetők. Alapelv, hogy nem támogatjuk az ágyleépítést – mely jelenleg az egyik legfontosabb termelőeszköz – hanem csak az átstrukturálást.

Budapest, 2004. október 04.

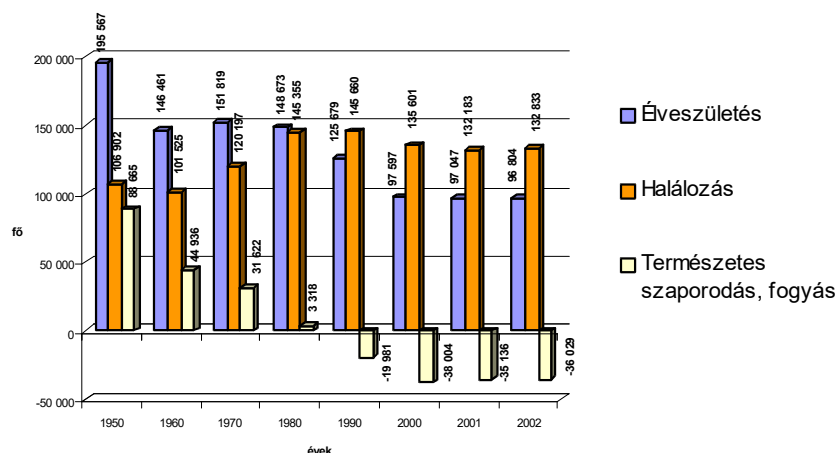
Dr. Szalkai Iván

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY HELYZETÉNEK ÉRTÉKELÉSE, MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK (OECD jelentés alapján)

Egészségi állapot, kockázati tényezők

Az elmúlt 40 évben a legtöbb OECD tagországban jelentősen növekedett a születéskor várható élettartam. Magyarországon ez a növekedés 3,5 év, messze az OECD átlag (9 év) alatti, csak Szlovákia növekedése (2,7 év) volt alacsonyabb. Különösen kedvezőtlen a helyzet a magyar férfiak esetében, ahol az elmúlt negyven év során 1,3 évvel hosszabbodott a születéskor várható élettartam, míg a nőknél 5,6 évvel. Magyarországon, a születéskor várható élettartam 2000-ben férfiaknál 67,2 év, nőknél 75,7 év volt, csak Törökország adata alacsonyabb. Míg 1960-ban a magyar férfiak születéskor várható élettartama hasonló, sőt minimálisan magasabb volt, mint Ausztria, Finnország, Japán férfi lakosságának adata, addig 2000-ben az osztrák férfiak 8 évvel, a finnek 7 évvel, a japánok 10,5 évvel éltek tovább magyar társaiknál. Hasonlóképpen, míg 1960-ban a magyar nők hasonló élettartamra számíthattak, mint a japánok, s ez csak két évvel volt kevesebb, mint Ausztriában vagy Spanyolországban, 2000-ben az osztrák nők 6 évvel, a spanyolok 7 évvel, a japánok 9 évvel éltek tovább, mint a magyarok. Az élettartam növekedése az OECD tagországokban számos befolyásoló tényező következménye. Közéjük tartoznak az életkörülmények javulása, a közegészségügyi programok, az orvosi ellátás fejlődése.

1. ábra: Élvezületés, halálozás, természetes szaporodás/fogyás
1950-2002



Forrás: KSH Demográfiai évkönyv 2002 CD melléklet
1. ábra

Becslések szerint az egészségügyi ellátás az Egyesült Államok és Nagy Britannia esetében az elmúlt évszázadban 17-18%-kal járult hozzá az élettartam növekedéséhez. OECD adatokat elemezve korreláció található az élettartam és a lakosokra jutó orvosok száma valamint az egy főre jutó GDP mértéke között.

Elvesztett életévek az OECD országokban

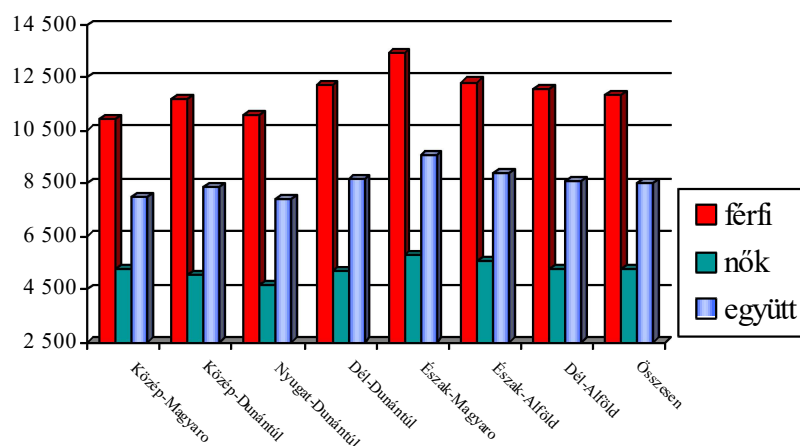
Elvesztett életévek 100000 lakosra vetítve		
	férfi	nő
Magyarország	10685	4862
Szlovákia	8741	3589
Lengyelország	8565	3600
Portugália	7072	3141
USA	6648	3836
Svédország	3748	2207

1.táblázat

Az 1. táblázat az elvesztett életévek vonatkozásában Magyarország helyzetét, míg a grafikon az Észak-Magyarországi régiót prezentálja az országon belül. Az idő előtti (korai) halálozás, amelyet elvesztett életévekben fejeznek ki az OECD tagországokban 1960 óta több mint a felére csökkent. Magyarországon a csökkenés mértéke 25%. 2000-ben Magyarország a férfiakra vonatkoztatva a legmagasabb korai halálozást jelentette az

OECD tagországok között. Az elveszett életévek száma (70 évből) 10685 volt, az OECD átlag (5496) duplája, a cseh adat 1,6-szorosa.

Elveszett életévek száma régiók szerint

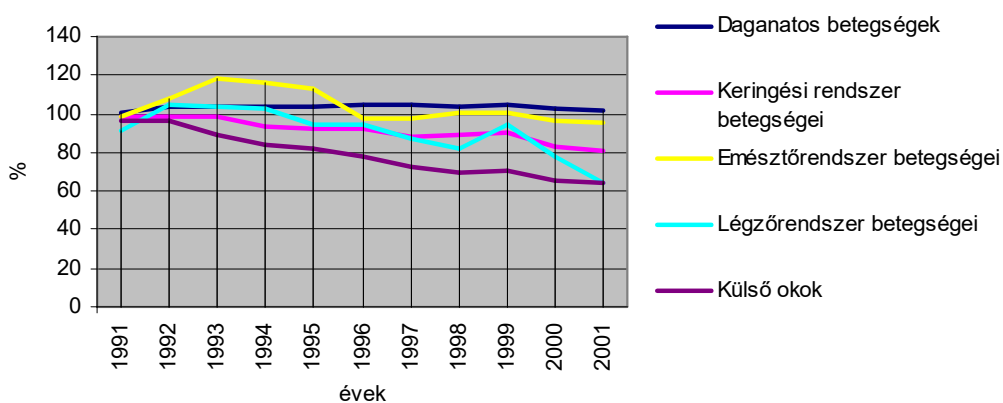


2. ábra

Hazai szempontból különös jelentősége van a 40 éves korban még várható átlagos élettartam mutatójának, mivel leginkább a középkorú népesség, azon belül is a férfiak halandósága romlott az elmúlt évtizedekben. Az elmúlt 20 évben az EU tagországaiban a középkorú férfiak életkilátásai jelentősen javultak, ugyanakkor a hazai középkorú férfi lakosság életkilátásai romlottak. (Magyarországon 1960-hoz képest 2002-re a 40 éves korban várható élettartam a férfiak esetében 1,8 évvel csökkent.)

A csecsemőhalandóság Magyarországon - hasonlóan a többi OECD tagországhoz - jelentősen csökkent, 2000-ben 1000 élveszületésre Magyarországon 9,2 csecsemőhalál jutott, az OECD átlag 6,5. A magyar adatnál csak Törökország és Mexikó adata rosszabb.

8/b. ábra: Az 1990. év női népességének kormegoszlásával standardizált halálozási index alakulása kiemelt halálokok szerint, 1991-2001



3.ábra

A halálokok sorrendjében a rák a keringési rendszer betegségei után a második helyen áll a legtöbb OECD tagországban, a halálokozások 20-30%-át okozza. 2000-ben a daganatok okozta halálozás standardizált adatok alapján relatíve alacsony volt Finnországban, Svájcban, Svédországban, Görögországban és Japánban (145-155 halálokozás/100.000 lakos). Közép és Kelet Európa országaiban a halálozás lényegesen magasabb, Magyarországon a legmagasabb 240/100.000 fő halálokozással. A daganatos halálokozásban a nők körében 2000-ben Magyarországon az emlőrák (28/100.000 női lakos), a tüdőrák (27/100.000 női lakos), a vastagbélrák (26/100.000 női lakos) volt a meghatározó, a vastagbélrák tekintetében a magyar adat a jelentett 26 ország közül a legrosszabb. Férfiak esetében a tüdőrák okozta halálokozás és a tüdőrák incidenciája egyaránt Magyarországon a legrosszabb. Magyarországon 2000-ben a férfiak körében 105/100.000 férfi lakos volt a tüdőrák halálozási rátája, az OECD átlag 63,3.

Az alkoholfogyasztás, a dohányzás, az elhízás magas előfordulása hozzájárul a magyar lakosság kedvezőtlen egészségi állapotához, még ha egye-

dül nem is felelősek a magas mortalitási és morbiditási mutatókért. Magyarországon az elhízottak aránya 2000-ben 19,4% volt, magasabb, mint a legtöbb OECD tagországban, de kevesebb, mint az Egyesült Államokban (31%), Mexikóban (24%) vagy az Egyesült Királyságban (22%). Az alkoholfogyasztás csak Írországon és Portugáliában haladja meg a magyarországit. Dohányzás tekintetében Magyarország a középmezőnyben foglal helyet a felnőtt lakosság 30%-a dohányzott 2000-ben, az OECD átlag 25,8%.

Az elvesztett életévek, az egészségügyi kiadások és az életmódi rizikók

Elvesztett életévek 100000 lakosra vetítve						
	férfi	nő	\$/fő eü kiadá	alkohol l/fő	dohány %	túlsúlyos
Magyarország	10685	4862	911	12,3	30,1	19,4
Szlovákia	8741	3589	682	9,7	?	15
Lengyelország	8565	3600	629	8,5	27,6	
Portugália	7072	3141	1613	13	20,5	
USA	6648	3836	4887	8,2	18	31
Korea	6390	2941	893	8,9	30,4	
Svédország	3748	2207	2270	6,5	18,5	9

2. táblázat

A fenti táblázat mutatja, hogy az elvesztett életévek, mint az egészségre káros hatások eredménye, nem függ egyértelműen az egy főre eső egészségügyi kiadástól, vagy az egészségkárosító életmódtól, jóval összetettebb hatások eredője.

Az egészségügy tevékenysége, kapacitása 2000-ben Magyarországon 3,1 orvos jutott ezer lakosra, ez kicsit magasabb, mint az OECD 2,9 orvos/ezer lakos átlaga. 1990 és 2000 között az orvos-ellátottság 7%-kal nőtt. 2000-ben ezer lakosra Magyarországon 4,8 ápoló jutott, míg az OECD átlag 8,1.

Az akut ellátást biztosító kórházi ágyak száma Magyarországon 2000-ben 6,3/ezer lakos volt, ez magasabb, mint az OECD 4/ezer lakos átlaga. Az új, kevésbé invazív gyógyítási módszerek fejlődése következtében az akut ágyak száma a legtöbb OECD tagországban csökkent, míg 1980-ban az OECD átlag 5,7 ágy/ezer lakos volt, 2000-ben ez 4 re változott. A csökkenés Magyarországra is jellemző, 1990-ben az ágyszám 7,1/ezer lakos volt. A legtöbb akut ágy Luxemburgban, Csehországban, Németországban, Magyarországon és Ausztriában található, míg a skála másik végén

(3/ezer lakos alatti aránnyal) Mexikó, Törökország, Svédország, Finnország és az Egyesült Államok található.

Az ágyszám csökkenés az átlagos ápolási idő (napok) számának csökkenésével járt együtt. Magyarországon az akut ágyakra vonatkoztatott átlagos ápolási napok száma az 1990-es 9,9 napról 2000-re 7,9 napra csökkent, az OECD átlag 8,6-ról 6,9-re csökkent. Az átlagos ápolási idő tekintetében jelentős különbségek figyelhetők meg az OECD tagországok között. Pl. Magyarországon egy komplikációktól mentes szülés után azt átlagos kórházi tartózkodási napok száma 6,6, az OECD átlag 3,7. Akut infarktus után Magyarországon 11,6 napot töltenek a betegek átlagosan kórházban, az OECD átlag 9,5 nap, Csehországban 8,9 nap, Ausztriában viszont a legmagasabb, 15 nap.

A kórházi elbocsátások rátája csak részlegesen szolgálja a kórházi teljesítmények mérését, mivel számos országban nem tartalmazza az egy napos beavatkozásokra érkezőket (ambuláns ellátás), amely a kórházi tevékenység növekvő részét képezi. A kórházi elbocsátások száma Magyarországon 24/száz lakos volt 2000-ben, ez az arány a legmagasabbak közé tartozik, csak Ausztria, Finnország és Franciaország mért magasabb rátát. Magyarország és Ausztria rátája tartalmazza az egy napos ellátásra érkezőket is.

A korszerű orvostechonikai eljárások és eszközök (CT, MRI) elterjedése a gyógyítás költségei emelkedésének egyik motorja. Magyarországon a millió lakosra jutó MRI-k száma 1990 és 2000 között 0,1-ről 1,5-re növekedett, a CT-k rátája 1,9-ről 5,3-ra emelkedett. A növekedés ellenére a magyarországi adatok a legutolsók között vannak, Az OECD átlag 2000-ben a millió lakosra jutó CT-k tekintetében 17,7, MRI esetében 6,5 volt. Japán adata tekinthető kiugróan magasnak, ahol 84 CT és 23 MRI jut millió lakosra, de relatíve magas a mutatója Svájcnak Finnországnak Ausztriának is, ez utóbbiban 25,8 CT és 10,8 MRI jut millió lakosra.

Egészségügyi kiadások

2001-ben Magyarországon az egészségügyi kiadások (állami és magán) a GDP 6,8%-át tették ki. Ez lényegesen alacsonyabb az OECD 8,4%-os átlagához képest. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások mértéke (vásárlóerő paritáson számolva) Magyarországon 911 USD volt 2001-ben, az OECD átlaga 2117 USD. Az Amerikai Egyesült Államok 4887 dollárt költ egészségügyre egy lakosra vetítve, ez több mint duplája az OECD átlagnak. Az Egyesült Államokat követi Svájc és Norvégia, ahol az egy főre jutó kiadások meghaladták a 3000 dollárt. 1000 dollár alatti egy főre jutó kiadás Magyarország mellett Koreában, Szlovákiában, Lengyelországban és Mexikóban volt.

A 90-es években az egy főre jutó egészségügyi kiadások Magyarországon éves átlagban 1,5%-kal növekedtek, mélyen a 3,3%-os OECD átlag alatt. Ez a legalacsonyabb növekedési ráták közé tartozott, ennél alacsonyabb növekedési ütem csak Finnországban volt megfigyelhető.

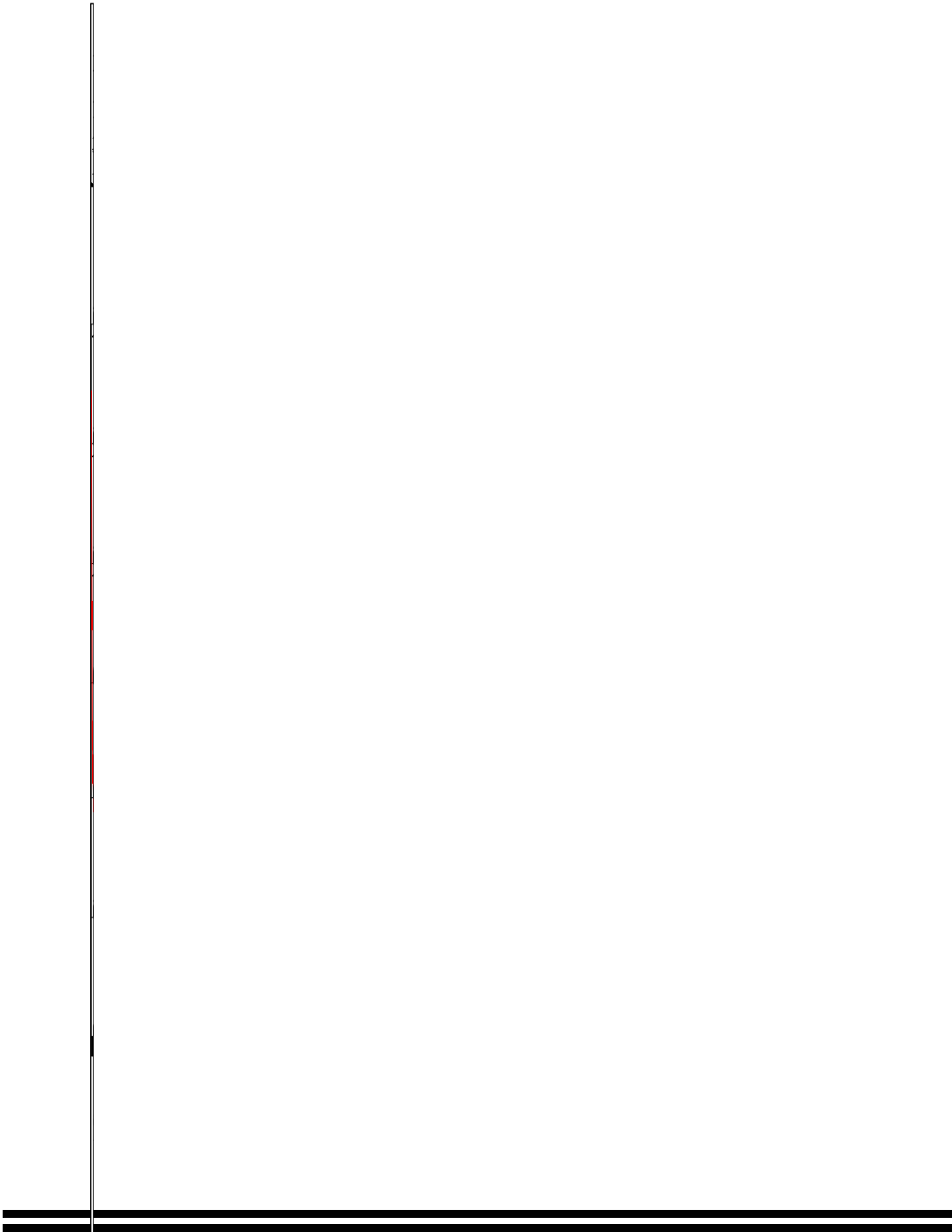
Az egy főre jutó közkiadások mértéke 2001-ben Magyarországon 684 USD, az OECD átlagának 45%-a. Az összes egészségügyi kiadáson belül Magyarországon a 90-es években a közkiadások csökkentek.

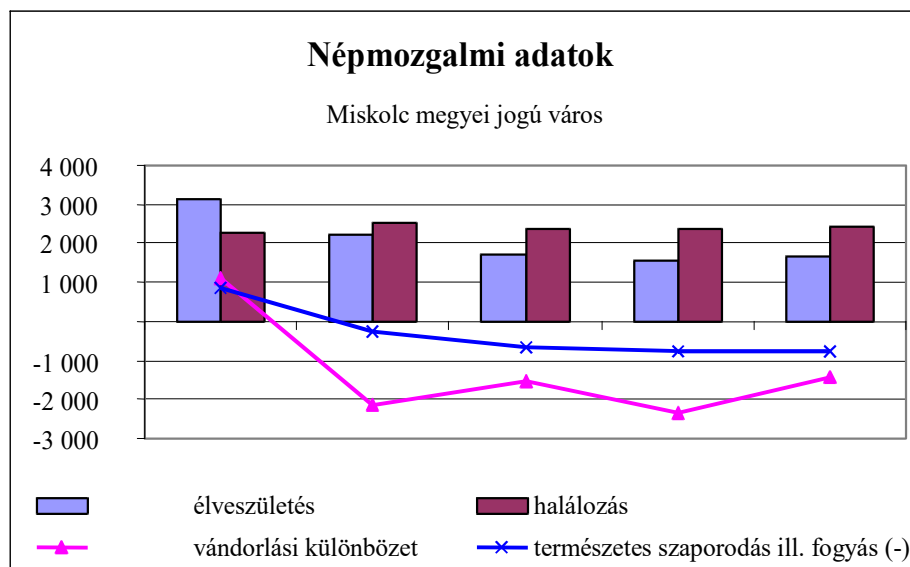
2000-2001-ben az egészségügyi kiadások növekedése felgyorsult, éves üteme 4,5%-ra, a közkiadások esetében pedig 2,4%-ra növekedett. Az állami kiadások tekintetében a növekedési ütem még mindig a legtöbb OECD ország üteme mögött marad.

Az alacsony jövedelmű OECD tagországok egészségügyi kiadásaik nagyobb arányát költik gyógyszerkiadásokra, tekintettel a gyógyszerek nemzetközi piaci árára. Ez a jelenség Magyarország esetében is megfigyelhető. Magyarország az egészségügyi kiadások 30,7%-át fordította gyógyszerre, ennél magasabb arány csak Szlovákiában jellemző. Vásárlóerő paritáson kifejezve Magyarország 280 dollárt fordított egy főre gyógyszerkiadásokra, ez magasabb összeg, mint Dániában, Csehországban vagy Hollandiában, ám mindössze 50-60%-a a francia vagy olasz kiadásoknak. Az OECD tagországok mindegyikében az egészségügyi ellátás állami és magánforrásokból vegyesen finanszírozott. Az Egyesült Államokat, Koreát és Mexikót kivéve az ellátásban az államé a meghatározó szerep. 2001-ben Magyarországon az egészségügyi kiadások 75%-a állami jövedelmekből származott, ez kicsit magasabb, mint az OECD tagországok 72%-os átlaga. Magyarországon az állam szerepe 1991-hez képest, amikor a kiadásokban 89%-os arányt képviselt, csökkenő tendenciájú. A legmagasabb az állami részesedés Csehországban (91%), Szlovákiában (89%), Luxemburgban (88%) Norvégiában (86%), Svédországban (85%). Egyesült Királyságban (82%).

Magyarországon a magánszektor kiadásainak nagyobbik része közvetlen lakossági készpénzkifizetésekből (out-of-pocket spending) áll. 2000-ben ezen kiadások az összes egészségügyi kiadás 21%-át tették ki, szemben Németországgal és Franciaországgal, ahol nagyobb arányt képviseltek a magánbiztosítások, s a közvetlen lakossági kifizetések aránya 10-11%. A közvetlen lakossági készpénzkifizetések a háztartások fogyasztásában 2,8%-ot tettek ki Magyarországon, számos országban ez 2% alatti, Koreában, Mexikóban és Svájcban 4% fölötti.

MISKOLC VÁROS DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI
A népesség száma, kor és nem szerinti megoszlása





Miskolc lélekszáma az utolsó hozzáférhető, 2003. évi adatok szerint 179 045 fő, 1980 és 1989 között nagymértékben, 8,4 %-kal csökkent, majd 1990-2000 között a tendencia mérséklődött, 5,0 % volt. A három utolsó évben ez a csökkenés évről-évre mérséklődött: 1,7 % (-3 159 fő), 1,2 % (-2 126 fő) illetve 0,7 % (-1 237 fő) volt tapasztalható. A jelenség országos, a megyeszékhelyek közül 2001-ben egyedül Kaposvár lélekszáma stagnált, a többi városé fogyott.

A népességszám csökkenés okai (lásd. 1.-3. melléklet):

- a születésszám radikális csökkenése, csaknem az 1980. évi szám felére. Az 1000 lakosra jutó éveszületés 9,1, amely alacsonyabb a megyei (10,4), valamint az országos mutatónál (9,5);
- az elvándorlás (migráció), amely 1980-ban még pozitív előjelű volt, 1 123 főt tett ki, jelenleg változó mértékű, tartósan negatív előjelű és a tartós elköltözés dominál;
- a halálozás növekedése, amelynek ezer lakosra számított értéke 2000-ig kedvezőbb volt mind a megyei, mind az országos mutatónál, jelenleg viszont mindkettőnél rosszabb (13,4 ‰, az országos halálozási arányszám 13,1 ‰)

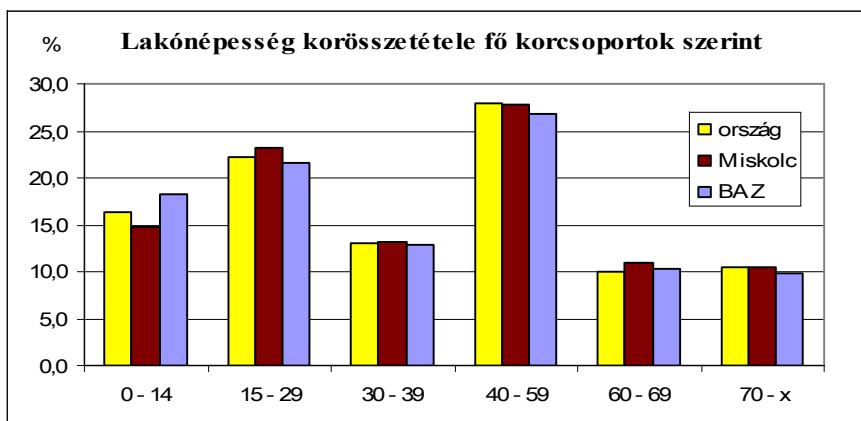
A szociális helyzet feltérképezésére a város által készített tanulmány adatai szerint¹⁰ a 18-30 és a 41-50 év közötti korosztály elköltözése jellemző, a Miskolcra elvándorlók legnagyobb része a megye községeibe tele-

¹⁰ Polisz Szociálpolitikai és Szervezetfejlesztési Bt.

pül. A fiatal felnőtt korosztály a szülőképes korúak számának csökkenését is jelenti. Mind a fiatal, mind a középkorú felnőttek elvándorlása hosszabb távon gyorsítja az elöregedést, növeli az egészségügyi és szociális ellátási szükségletet

A lakónépesség életkor szerinti megoszlása már jelenleg is kedvezőtlenebb az országos átlagnál. Lényegesen alacsonyabb a 14 éven aluli gyermekek aránya (14,6 %, országosan 15,9 %). Az időskorúak aránya viszont magas és növekvő. A 60 éven felüliek aránya 2001-ben 20,6% (37953 fő), 2002-ben 20,9% (+198 fő), 2003-ban 21,3% volt (+435 fő), azaz nemcsak arányában, hanem abszolút számban is nőtt, meghaladva az országos átlagot (21,0%). (2. ábra)

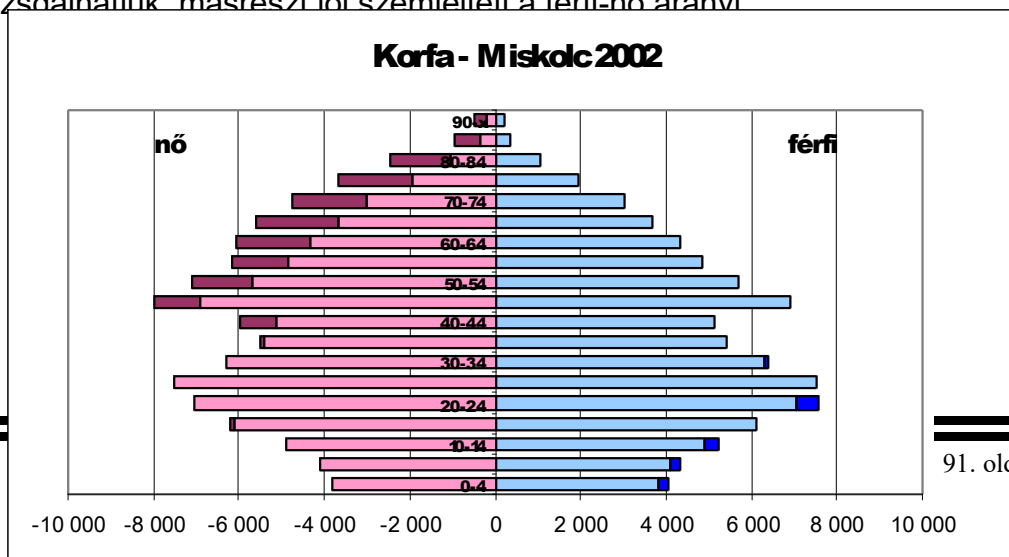
A munkaképes korosztály aránya lényegében megegyezik az országos átlaggal.



Forrás: BAZ megye stat. évkönyv, KSH 2002, 116-117. oldal
Egészségügyi stat. évkönyv, KSH 2002, 10. oldal

5. ábra

A korfa segítségével egyrészt a korstruktúrát nagyobb részletességgel vizsgálhatjuk, másrészt jól szemlélteti a férfi-nő arányt



Forrás: BAZ megye stat évkönyve 2001, 103. oldal
6. ábra

A legnépesebb korosztályok a 15-29 és 40-49 év közötti korosztályok. A két utolsó népszámlálás közt a legszembetűnőbb változás a 10-14 évesek és a 35-39 évesek számának jelentős –40, illetve 34 %-os – csökkenése. Emelkedés a 20-29, a 45-54 évesek és a 60 év felettek csoportjában volt észlelhető.

A nemek demográfiai eltéréseit vizsgálva kiderül, hogy az országos átlagnál (52,5 %) magasabb a nők aránya: 53,6 %. A 2001-2002-es adatokat figyelembe véve a férfi-nő arány már 35-39 éves korban megfordul a nők javára. Idős korban a nőtöbbség fokozódik. 60 év felett már közel 10 ezer főt jelent, amit az eltérő megbetegedési szerkezet miatt az egészségügyi szolgáltatások tervezésénél figyelembe kell venni.

Az arányeltolódás nem helyi, hanem általános jelenség, ami a férfiak magasabb halálozási rátájával magyarázható.

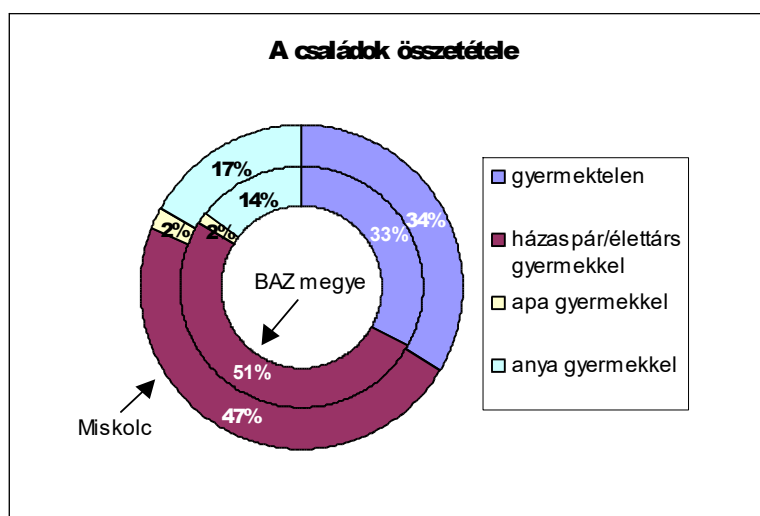
A férfiak várható élettartama is lényegesen elmarad a nőkéétől: egy 2001-ben Miskolcon született fiúgyermek 68,24 életévre, egy leánygyermek 76,11 évre számíthat a statisztikai valószínűség szerint. A tendencia javuló.

Családdinamika

A népesség 80 %-a családban él, mind a családok, mind a családtagok száma évről évre 0,5-1 %-kal csökken (évi átlagban 280 család). (Lásd 5-6. melléklet)

A BAZ megyei összehasonlító adatokhoz képest a 100 háztartásra jutó foglalkoztatottak száma – amiben még a nyolcvanas-kilencvenes években nem volt különbség – a megyeközponban 26 %-kal esett vissza. Ugyan-

ilyen nagymértékű különbség van a 100 családra jutó 15 évesnél fiatalabb gyermekek számában: A 2001. évi 53 kiskorú azt mutatja, hogy a népesség újratermelődése veszélyben van.



Forrás: BAZ megye stat évkönyve KSH 2001, 103. oldal
7. ábra

A gyermektelen családok aránya 33,6 %. A gyermekes családok aránya alacsonyabb, az egyszülős családok aránya viszont magasabb a megyei átlagnál. A gyermekszámot tekintve az egy- és kétgyermekes házaspárok után a gyermekeket egyedül nevelő egygyermekes anyák harmadikak a rangsorban 11,6 %-kal.

Mivel a szülőképes korúak számának további csökkenése prognosztizálható, a szülési hajlandóság javításával, a gyermektelenek gyermekvállalásának, a gyermekes családok esetében a 2. és 3. gyermek vállalását ösztönző szociálpolitikai juttatásokkal lehet csak próbálkozni a kedvezőtlen tendenciák megállítása érdekében.

A család dinamikának a népesség újratermelődésére gyakorolt negatív hatása országos jelenség, melynek jellemzői az alábbiakban foglalhatók össze:

- visszaesett a házassági kedv és későbbre tolódott az első házasság megkötésének ideje. BAZ megyei adatok szerint a legtöbb házasságot 2002-ben 20-29 éves korban kötötték (50,2 %). Nőknél a 20-24 és a 25-29 éves korban kötött házasságok száma alig tér el, férfiaknál a házassági kedv 25-29 éves korban a legmagasabb. Emiatt az első gyermek ma már

nem átlagosan 25 év alatt, hanem a felett születik meg. Rövidül ezáltal a gyermekvállalás időszaka is;

- csökkent a 30 év alattiak körében, ezen belül is főként 20 és 24 év között a gyermekvállalási hajlandóság;

- növekedett a házasságnál kisebb termékenységű házasságon kívüli együttélés (BAZ megyében 2001-ben 2662 újszülött - 34,2 % - házasságon kívül született!)

- jelentősen csökkent az elváltak újraházasodása (országosan 31,9 %, BAZ megyében csak 19,5 %). A válások száma egyébként BAZ megyében kedvezőbb az országosnál, a házasságkötések 53,0 %-át tette ki, az országos 56,0 %;

- az életszínvonal alakulása a gyermekvállalást negatívan befolyásoló tényezővé vált.

Mind a miskolci, mind a megyei adatok mutatják a nem családháztartások számának és arányának növekedését. A csak idősek alkotta háztartások számának és arányának növekedését a megyei adatokkal tudjuk alátámasztani: arányuk 20 év alatt 15,7%-ról 24,3%-ra nőtt. Az ilyen családok szociális és egészségügyi ellátás szempontjából is sérülékenyebbek, fokozott gondoskodásra szorulnak.

A családban élés és az egészségi állapot közötti pozitív korreláció közismert tény. Családban élők egészségi állapota jobb, várható élettartama hosszabb. A család képes gondoskodni a beteg, vagy egyéb okból segítségre szoruló családtagokról. Mindaz, ami a családi kohéziót erősíti, az egészség megóvását is elősegíti. A családra építő egészségügyi és szociális programok terén hazánkban még sok kiaknázatlan lehetőség van.

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI FELTÉTELEK

Lakáshelyzet

Miskolc az ország harmadik legnépesebb nagyvárosa. Népsűrűsége nagy, 1 km²-en 275 fő. Tipikus ipari nagyvárosnak épült. A népesség döntő hányada ma is a központi belterületen él.

A népesség száma településrész-jelleg szerint

Településrész jelleg	Népesség száma	aránya
----------------------	----------------	--------

Központi belterületen:	167 747	91,1%
egyéb belterületen	13 830	7,5 %
külterületen:	2 548	1,4 %
összesen:	18 4125	100,0 %

3. táblázat

A város 2002. évi lakásállománya 73 772. A lakások egyharmada a 70-es években épült, közel fele (45,3%) pedig még a hetvenes évek előtt. Már csak 7,1 % van az önkormányzat tulajdonában. Szobaszámot tekintve a kétszobás lakások dominálnak (49,1 %), az egyszobások aránya 12,6 % (9 234 lakás, 2000. évi adat). Évente mintegy 30 lakás szűnik meg, kétharmaduk helyett új lakást építenek.

A lakásépítés intenzitása jelentős mértékben visszaesett, a 90-es évek 250 feletti átlagával szemben 2000-ben 160, 2002-ben 162 lakás épült. A lakások 80 %-át természetes személyek építették. A mennyiségi csökkenés mellett szembetűnő a minőségi javulás: az új lakások több, mint kétharmada 3 vagy többszobás, átlagos alapterületük 100 m² felett van, szinte kivétel nélkül fürdőszobával ellátott lakások, a gázvezetékekkel ellátottak aránya 2002-ben meghaladta a 93 %-ot, a közcsatornázottak aránya 97,5 % volt. (Lásd 4. melléklet)

Az egy lakásra jutó lakosok száma Miskolcon 2,63, a megyében 2,65 fő, ami magasabb az országos átlagnál (2,47).

A háztartások száma Miskolcon 2001-ben 71 443 volt, minimális mértékben csökkent (évi 3 ezrelék). A 100 háztartásra jutó személyek számának csökkenése ezzel arányos volt. Az egyszemélyes háztartások aránya 28,2 % (20 178 háztartás).

Közműellátottság

A közműellátottság helyzete környezethigiéniai szempontból határozza meg a lakosság egészségi állapotát.

Miskolc közműellátottsága jó, a lakások 93,6 %-a be van kötve a közüzemi vízhálózatba és 87,3 %-a (64 396 lakás) a közüzemi szennyvízcsatornába. ¹¹ (2. táblázat)

A miskolci háztartások villamos energia felhasználása lényegesen alacsonyabb az országos átlagnál és nem mutat növekedést. A vezetékes gázfogyasztás is alatta marad az országos átlagnak, de tendenciája növekvő, 2001-ről 2002-re a növekedés 12 % volt, ami összefüggést mutat a távfűtésbe kapcsolt lakások számának csökkenésével és az új lakások alapterületének növekedésével. A távfűtésbe kapcsolt lakások aránya 2002-ben 43 % volt, ami jelentősen magasabb az országos átlagnál.

Miskolc közműellátottsága

Megnevezés	1990		2000		2001	2002
	Miskolc	Ország	Miskolc	Ország	Miskolc	Miskolc
villamosenergia kWh/háztartás	1 282	2 112	1 420	..	1 365	1 346
vezetékes gáz m ³ /háztartás	804	1 168	925	..	918	1 030
távfűtésbe kapcsolt lakás %	44,6	16,6	43,9	..	43,4	43,0
vízellátás, m ³ /lakos	83,3	..	31,2	..	35,3	35,4
háztartási szennyvíz, m ³ /lakos	75,5	..	27,4	..	32,4	32,5

Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002. 386-87. oldal
4. táblázat

A csatornázott lakások száma a 80-as években ugrásszerűen nőtt, jelenleg 87,3 % (64 396 lakás). A háztartásokból elvezetett szennyvíz mennyisége a 90-es évek óta jelentősen csökkent, ami összhangban van a vízfogyasztás csökkenésével. Az összes elvezetett szennyvíz 35,7 %-a keletkezik a háztartásokban. A közműolló az országosnál kedvezőbb és javuló, az 1990. évi 7,8-ról 3,2-re csökkent. A fennmaradó szennyvíz (13,4 %) vagy tárolóba, vagy a szabadba kerül. Gyakorlatilag minkét esetben szennyezi a környezetet.

¹¹ Alapadatokat lásd az I. MELLÉKLET II. táblázatban

A rendszeres hulladékgyűjtés 2002-ben már a lakások 99,8 %-ára kiterjedt, ami 73 600 lakás bevonását jelenti.

LEVEGŐMINŐSÉG

A levegő szennyezettsége a megfigyelt paraméterek alapján jónak mondható, az átlagos imissziók normálértéken belül voltak és csak a mérések 1-2 %-ában észleltek határérték túllépést. Az ülepedő por a nyári, a kén-dioxid és a nitrogén-dioxid mennyisége a téli hónapokban haladta meg a mérések 1-2 százalékában a határértéket. A környezeti légszennyezés 30-445%-áért a közlekedés a felelős. Ezen várhatóan az autópálya átadása jelentősen javítani fog (átmenő forgalom a városi forgalom 30%-a).

A biológiai (pollen) szennyezettség az alábbiak szerint alakul veszélyességi (környezetterhelési) sorrendben:

Megnevezés	Időszak	Allergenitás
Gombaspóra	Június- október	Igen erős
Csalánfélék	Július-augusztus	Közepesen erős
Parlagfű	Augusztus-szeptember	Igen erős
Fűfélék	Május-június	Igen erős
Platánfa	Április-május	Erős
Ürömfű	Július-augusztus	Igen erős
Nyírfa	Április	Igen erős
Ciprusfélék	Április	Közepesen erős

5. táblázat

A légúti betegségek növekedésében meghatározó oki tényezőt jelent.

Látható, hogy míg országosan a parlagfű dominál, Miskolc és környezete pollen terhelésében a gomba spóraké a vezető szerep.

Miskolc város folyóvíz minőségében az elmúlt években jelentős javulás következett be. Javult a talaj állapota. Az ivóvíz alapvetően karszt víz, minőségében az elmúlt években jelentős probléma nem merült fel, bár fokozatosan kell figyelni a talajvíz szennyezés lehetősége miatt.

Az épített környezet állapotában jelentős problémát okoznak a kolóniaszerű régi ipari telepek (Béke szálló, Szondi telep, számozott utcák, Mésztelepi kolónia, Lyukó-bánya, stb, amely területek elszlamosodtak s gyakorlatilag saját fejlődésre képtelenek. Ezen területek higiéniai problémákat hordoznak.

A város környezetvédelmi programmal rendelkezik, viszonylag nagy a környezet-természetvédelmi célú civil szervezetek száma (12). Állandó kommunikációs forrás az Ökológiai Intézet Alapítvány által működtetett Környezeti Tanácsadó Iroda.

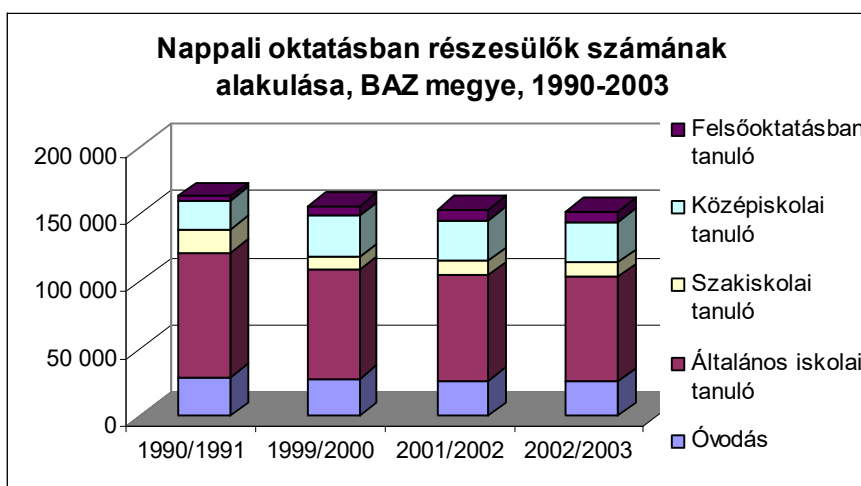
Összességében a város lakosainak környezeti terhelése az utóbbi években csökkent (főleg az ipar visszafejlődése következtében), a pollen, a por és helyenként a zajterhelés, valamint a kolónia-szerű telepeken a környezeti higiénia veszélyeket hordoz magában.

OKTATÁS

Oktatási intézmények száma és kihasználtsága

A jó egészség a természeti és épített környezet, az életmód, a szocio-kulturális hagyományok, az egyének genetikai adottságainak és képzettségének kérdése. Az oktatás-képzés szerepe a kedvező változások elérésében rendkívül jelentős.

A városban 53 óvoda működik 5 806 férőhellyel. 5 550 óvodás gyermek jár az intézményekbe, ami 96 %-os kihasználtságot jelent. Az óvodai férőhelyek és a beírt gyermekek száma egyaránt kismértékben csökkent az elmúlt években. Az ezer lakosra jutó férőhelyek száma lényegében nem változott. Miskolc város 3-5 év közötti lakossága 4 577 fő, a különbség a vidékről bejárókból adódik.



Forrás: BAZ megye stat évkönyve 2001, 224-228. oldal
8. ábra

Az időbeli változásokat a megyei adatokkal szemléltetjük. (5. ábra)

Az általános iskolás gyermekek száma is folyamatosan apad. A tanulók fogyását az iskolák és a pedagógusok számának a csökkenése is követi. A városban 46 iskolában 650¹² általános iskolai osztály működik. Az iskolába járók száma 15 975 fő.

¹² BAZ megye stat. évkönyve, KSH 2002, 402. oldal

A szociális rétegződés szempontjából fontos adat az általános iskolából továbbtanulók iskolatípus szerinti megoszlása.

Középfokú oktatási intézmények száma 34, ebből 12 gimnázium. A tanulók száma nappali tagozaton 16 392 fő. (Az adatok némi létszámcsökkenést jeleznek a középiskolákban is.) A vidékről bejárók aránya 37,2 % (6 095 fő).

A szakmunkásképzés iránt tovább csökkent az érdeklődés. A középiskolai képzésen belül a szakközépiskolák népszerűsége növekedett.

Az általános iskolai felnőttoktatásban részesülők száma rohamosan csökkent. 1990-hez képest a csökkenés mértéke 88,1% volt (megyei adat).

A felnőtt középfokú oktatást végzettek száma a vizsgált időszakban összességében 31,0 %-kal (összesen 6 396 fő) nőtt.

A felsőfokú oktatásban nappali tagozaton résztvevők száma 2002-ben 7 312 fő volt. Ebből kollégiumban lakott 1 314 fő. A Miskolci Egyetem képzési profiljának jelentős kiszélesítésével elérte, hogy hallgatói létszáma alapján az ország harmadik, a vidék legnagyobb felsőfokú oktatási intézményévé vált.

A 25 éves és idősebb népesség 17,3 %-a – megyei szinten közel 1/10-e – rendelkezik egyetemi vagy főiskolai oklevéllel. Miskolcon minden 5. férfi és minden 7. nő diplomás volt 2001-ben.¹³

Népszámlálási adat, hogy Miskolcon 38 ezren ismernek az anyanyelvükön kívül más nyelvet: az angol nyelvet beszélők száma 23, a németé 17, az oroszé 5, a franciáé 3 ezer, a többi nyelvet ezer alatti számban használják.

Az idegen nyelvet beszélő népesség nagy része a fiatal felnőtt korosztályhoz tartozik, körükben a legelterjedtebb nyelvek az angol, az olasz és a francia. Az idősebb korosztályban vannak az orosz nyelv ismerői. A legfiatalabb főként angolul tanulnak.

¹³ Miskolc város társadalma és gazdasága. KSH BAZ Megyei Igazgatósága, Miskolc, 2003

A fenti adatokból megállapítható, hogy Miskolc lakosságának iskolai végzettsége a magasabb szintek felé tolódik el, ami tükröződik abban is, hogy a pályakezdők az adminisztratív, szellemi munka iránt érdeklődnek.

KULTÚRA

Mozik, színházak, könyvtárak, múzeumok

„A város kulturális élete, műpártoló polgárai, a város magyar színháztörténetben játszott meghatározó szerepe a történelem során mindig is híres volt. Az ország első magyar nyelvű kőszínháza, műemlékei, múzeumai, köztéri szobrai, kulturális eseményei méltóak a város rangjához.”- olvasható Miskolc honlapján.

A város minden évszakban gazdag kulturális és szórakozási lehetőségekkel áll lakói és az ide látogatók szolgálatára

16 múzeumát 192 310 látogató kereste fel.

A Miskolci Nemzeti Színház mellett nyaranta a diósgyőri vár szabadtéri színházi előadásai, nemzetközi klasszikus, nép-, folk- és rockzenei rendezvényei vonzzák az érdeklődőket.

A Miskolci Szimfonikusok az elmúlt szezonban ünnepelte fennállásának negyvenedik évfordulóját. Jubileumi koncertjeiken illusztris szólisták vendégeskedtek.

A mozi termek száma az évek során változóan alakult. A filmszínházak válsága a 1990-es években kezdődött. Három mozi bezárására került sor. A mai igényeknek megfelelő, korszerű Multiplex mozik (összesen 18 teremmel) 2002-ben 25 557 előadást tartottak.

A könyvtárak és az olvasás iránti érdeklődés csökkenése kortünet. BAZ megyében 10 év alatt a munkahelyi könyvtárak gyakorlatilag teljesen megszűntek, az önkormányzati könyvtárak száma az 1990 évi 412-ről 240-re csökkent. A kölcsönzött könyvtári egységek mennyisége 1000 lakosra vetítve mutatja meg, hogy jól működik-e egy könyvtár. Ebben igen nagy különbségek vannak. Míg Miskolcon, ahol az oktatás koncentrálódik és a könyvállomány is nagyobb, ez az érték 4153,2 volt, Sárospatakon, Tokajban, Sátoraljaújhelyen és Tiszaújvárosban meghaladta a 6-8 ezret, Szikszón pedig 21 410,8 volt. Szociológiai vizsgálatok szerint a leszakadó tár-

sadalmi csoportok felzárkóztatásában a könyvolvasás meghatározó.¹⁴ Saját miskolci vizsgálatunk szerint, azon diákok körében, akik otthonában legalább 50 könyv található, szignifikánsan kisebb a bukási arány és kevesebb a betegség miatti hiányzás. (Az ilyen családok aránya alig éri el a 10 %-ot.)

SZOCIÁLIS HELYZET

Foglalkoztatottság, munkanélküliség helyzete

Miskolc helyzetét a miskolci kistérségbe ágyazottan tudtuk vizsgálni, felhasználva néhány fontosabb 2001. évre vonatkozó népszámlálási adatot és a város 2001-2003. évi fejlesztési tervét.

¹⁴ Cigányélet MTA Politikatudományok Intézete Bp. 1991. Forray R. Katalin-Hegedűs T. András: Útban a középfok felé cigánygyermek a felső tagozatban.

A népesség száma gazdasági aktivitás szerint

Terület	Népesség száma	gazdasági aktivitás			
		foglalkoztatott	munkanélküli	inaktív kereső	eltartott
Miskolc	184 125	61 314	10 679	60 393	51 739
Miskolci kistérség	282 754	89 540	17 641	92 581	82 992
Kistérségek összesen	744 404	209 307	51 634	260 886	222 577

Népszámlálási adat, 2001. február 1.

Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002

6. táblázat

A foglalkoztatottak aránya Miskolcon 1990-hez képest 10,6 %-kal, 33,3 %-ra esett vissza, így 5,2 százalékponttal kedvezőbb a megye átlagánál. Az eltartottak aránya 31,1 %-ról 28,1%-ra csökkent, az inaktív keresőké 23,7 %-ról 32,8 %-ra nőtt, a munkanélküliségi ráta a 10 évvel korábban 1,3 % volt, 2001-ben 5,8 %.

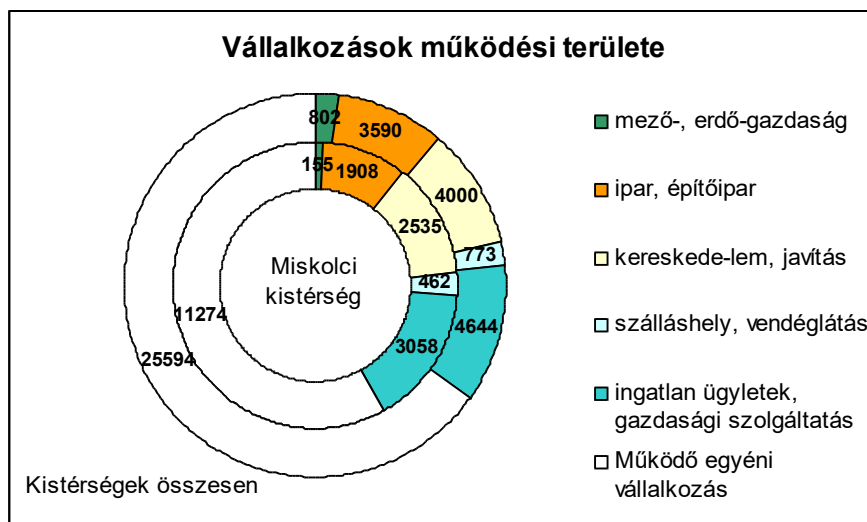
Az ágazatok szerinti megoszlást tekintve a mező- és erdőgazdaságban dolgozik a foglalkoztatottak 1,8%-a, az ipar, építőipar területén 28%-a, a szolgáltatás jellegű ágazatokban 70,2%. Az ágazatok foglalkoztatásban betöltött szerepe nem változott arányait tekintve a korábbi évhez képest.

A foglalkozási viszony szerint Miskolcon a foglalkoztatottak zöme, 87% alkalmazott (1991 évi adat), 8% önálló, egyéni vállalkozó, 5% pedig társas vállalkozás, szövetkezet dolgozó tagja, illetve segítő családtag.

A foglalkoztatottsági helyzetet tekintve a költségvetési szervezeteknél és az 50 főn felüli vállalkozásoknál 1997-ben közel ötvenezer fő állt alkalmazásban. Az ipari jelleg mérséklődése ellenére még mindig 16 ezren az iparban voltak foglalkoztatva. Ezt követően 9000 fővel a szállítás, raktározás, posta- és távközlési ágazat volt a legnagyobb foglalkoztató. A költségvetési szférán belül az oktatásban 6000 fő, a közigazgatásban, társadalombiztosításban 5000 fő, az egészségügyben 4000 fő állt alkalmazásban. Az 50 főnél kisebb létszámú szervezetek foglalkoztatásban betöltött szerepét 8-9 ezer főre becsülték a felmérések, kb. hasonló nagyságrendet képviselve a többnyire egyszemélyes egyéni vállalkozásokéval. Ezek az arányok az elmúlt években sem változtak.

A költségvetési, társadalombiztosítási szervezetek és a miskolci székhelyű 49 főn felüli vállalkozások 1998-ban közel 42 ezer főt alkalmaztak.

2002-ben 20 957 vállalkozás működött a miskolci kistérségben, ebből 16 155 Miskolcon. A vállalkozások kétharmada egyéni vállalkozás volt (Miskolcon fele, 8 160), amelyek egy része a munkahelyek megszűnése folytán kényszervállalkozás jelleggel keletkezett.



Forrás: BAZ megye stat. évkönyve KSH 2002, 358. oldal
9. ábra

A társas vállalkozások kétharmada a kereskedelem és szolgáltatások területén működött. Az 1000 lakosra számított vállalkozásokat tekintve BAZ megye az országban az utolsó helyen áll. (Értéke 56, országos átlag 85, megyék átlaga 73.)

1996-2000 között a külföldi érdekeltséggel megvalósított termelő, kereskedelmi és szolgáltató beruházások több mint 3000 munkahelyet létesítettek a városban. A külföldi érdekeltségű vállalkozásoknál az alkalmazásban állók száma meghaladja a 8 ezer főt.

A regisztrált munkanélküliek száma fokozatosan csökkent a városban. 2000. decemberében a regisztrált munkanélküliek száma 10 ezer fő alá (9250 főre) csökkent.

Regisztrált munkanélküliek száma nem és életkor szerint

A regisztrált munkanélküliek aránya egész BAZ megyében magas, a megyék rangsorában 1992 óta az első helyen áll, legmagasabb értéke 19,8 % volt (Miskolcon 14,9 %), 2001-ben még mindig az országos kétszerese volt.

„A hagyományos miskolci székhelyű ipar visszaesése nem csak az alacsonyabb iskolázottságú, szakképesítés nélküli, hanem a közép- és felsőfokú műszaki végzettségű munkavállalókat is érintette.

A munkanélküliség, a munkaerőpiaci marginalizáció és szegmentáció az országos átlagnál nagyobb feladatot jelentett és jelent ma is a miskolci önkormányzatnak.”

A megyei adatok alapján a munkanélküliség sajátosságai a következők: A regisztrált munkanélküliek aránya stagnál, sőt 2002-ben nőtt. A férfi-nő arány 60:40. A tartósan munkanélküliek körében már 55:45, a nők nehezebben találnak munkát. Nagyon kedvezőtlen, hogy a pályakezdők aránya a munkanélkülieken belül nő. A bejelentett betöltetlen álláshelyek száma alacsony, ami miatt az egy álláshelyre jutó munkanélküliek száma magas és növekvő, 2002-ben a növekedés kiugró volt: 27,9 (növekedés 8,1 fő/álláshely). Az álláshelyek döntő többsége (>90 %-a) fizikai. A főiskolát-egyetemet végzettek sem találnak munkát a megyében, ezért kénytelenek a fiatalok elvándorolni.

Egyetemet, főiskolát végzettek száma és aránya

	2001		2002	
	munkanélküli	aránya a munkanélkülieken belül	munkanélküli	aránya a munkanélkülieken belül
főiskola	651	1,3%	671	1,2%
egyetem	247	0,5%	308	0,6%
együtt	898	1,8%	979	1,8%
	ebből pályakezdő	pályakezdők aránya	ebből pályakezdő	pályakezdők aránya
főiskola	116	17,8%	154	23,0%
egyetem	75	30,4%	140	45,5%
együtt	191	48,2%	294	68,4%

Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002 148-149. oldal

7. táblázat

A főiskolai és egyetemi végzettségű, vezetői munkakörre alkalmas munkanélküliek aránya kétszerese az országos átlagnak (0,9%).

Országos tapasztalat, hogy az egynél több diplomával rendelkezők nem jelennek meg a regisztrált munkanélküliek között.

A szakmunkás képzettségű munkanélküliek magas száma (22 275) és a betöltetlen fizikai álláshelyek (1 764) közötti tartósan fennálló különbségből két kérdés vetődik fel:

1. Nem érdekük a munkavállalóknak elhelyezkedni, ha a munkanélküli segély mellett (fekete munka vállalásával) ugyanúgy, vagy jobban meg tudnak élni.

2. A szakképzési rendszer nem a tényleges igényekhez igazodik.

A 45 év alatti korcsoportokban munkanélküliség évről-évre kismértékben javul. A 45 év felettiek száma viszont nő, az életkorral párhuzamosan. Minél idősebb és minél képzetlenebb egy ember, annál kevésbé képes a a technikai fejlődéshez, a szakmai struktúra megváltozásához alkalmazkodni, ugyanakkor az újbóli tanulás (átképzés), másrészt egy új munkahely megszerzésének esélye is elenyésző számukra és a rászorultak táborát szélesítik.

SZOCIÁLIS ELLÁTÁS HELYZETE

Miskolc 2003-ban a törvényi előírásoknak megfelelően elemezte és megvitatta a szociális ellátás helyzetét és elkészítette a szolgáltatástervezési koncepciót, melyet több ponton hivatkozunk.

Ezzel egy időben készült el a város szociális térképe, amelyben mintavételezéssel területi eloszlásban vizsgálták a leginkább rászorulókat, így a nyugdíjasok és gyermekes családok számát és helyzetét.

Szociális intézményi ellátás

A városban a szociális intézményrendszer csaknem teljes vertikuma megtalálható. A város szociális intézményei az alapvető, kötelezően előírt feladatokat ellátva működnek. A törvény által 1997-ben előírt gyerekjóléti szolgálat és egyéb új kezdeményezések (pl. idősek átmeneti elhelyezése) a már meglévő területi gondozó szolgálat, a Miskolci Családsegítő Szolgálat intézményein belül valósultak meg. Tevékenységüket a Regionális Módszertani Központ családsegítő-, ifjúsági- és gyermekjóléti valamint módszertani munkacsoportjainak szakmai egységein belül fejtik ki.

Az időskorúakat ellátó intézmények az Őszi Napsugár Otthon (4 telephellyel) és a Területi Gondozó Szolgálat (18 telephellyel), amelyek mellett 9 civil szervezet foglalkozik az időskorúak gondozásával. (Lásd 8. melléklet) Ugyancsak jelentős a hajléktalanok, fogyatékkal élők megsegítésében a civil szervezetek tevékenysége. Közülük legsokoldalúbb a Magyar Vöröskereszt városi szervezetének a tevékenysége.

A Drogambulancia a járóbeteg-ellátás keretén belül foglalkozik a drogbe-tegek kezelésével. Indulása óta 1 510 főt vettek gondozásba, közülük 893 fő volt miskolci lakos. A ténylegesen drogot használók becsült száma en-nél lényegesen magasabb.

A város tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonaiban a gondozottak száma összességében meghaladja a 2000 főt (2 097), a szol-gáltatás kétharmadát az önkormányzat, egyharmadát civil szervezetek nyújtják

Az időskorúak, fogyatékosok és hajléktalanok otthonaiban gondozottak száma 888 fő volt, ebből az önkormányzat biztosította 618 fő ellátását (70 %).

A nappali ellátást nyújtó idősök klubjaiban ellátottak száma 643, vala-mennyi önkormányzati férőhely, a fogyatékosok és hajléktalanok átmeneti (nappali vagy éjszakai) férőhelyeit hozzáadva 1209 fő ellátását tudták biz-tosítani 2003-ban.

Ellátottak száma a Területi Gondozó Szolgálat intézményeiben

	2000. évi átlag	2003. évi átlag
klubtag	627	551
szociális étkező	322	270
házi gondozott	1.047	1033

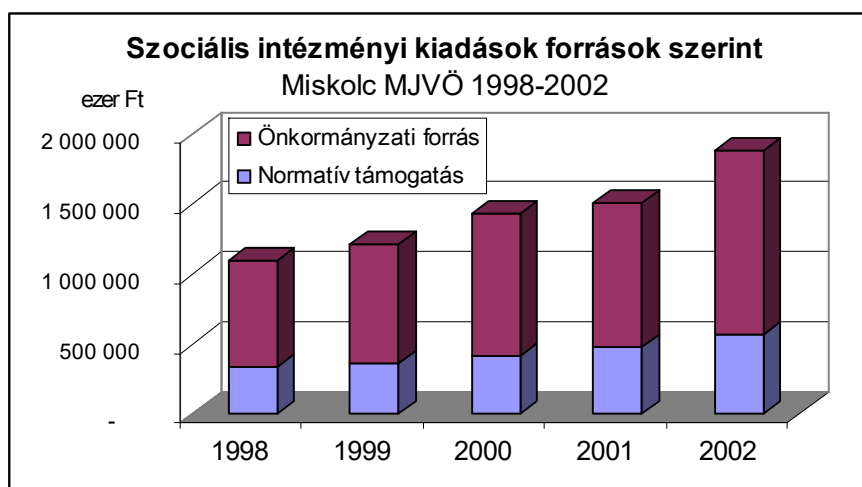
8. táblázat

Az „Iránytű” Avasi Szociális Szolgálat 40 (64) klubtagot, 80 (117) fő étke-zését és változatlanul 120 házi-gondozottat lát el a legutóbbi adatok sze-rint. (Zárójelben a 2000. évi adatok.)

Az Őszi Napsugár Otthon és az ahhoz tartozó intézmények összesen 618 (480) férőhelyes bentlakásos idősök otthonát üzemelteti, valamint 60 (50) fő fogyatékosnak nyújt nappali ellátást.

A nem önkormányzati fenntartású intézmények népkonyháin változatlanul 450 fő étkeztetését, 272 (167) fő hajléktalan átmeneti, ill. krízisszállását biztosítják az egyéb, nem számszerűsített jóléti szolgáltatások mellett.

Az intézményi kiadások évről-évre nőnek, a normatív támogatáshoz 70 % önkormányzati forrást kell rendelni. Az épületállomány elavult, előregedett, nem felel meg a törvényi előírásoknak. Visszavonták a székhely épület működési engedélyét, hiába csökkentették az ellátottak létszámát a terület-norma kedvéért.



Forrás: Miskolc MJVÖ Szociális szolgáltatási koncepció, 2004
10. ábra

Az intézkedési tervben a törvényi előírásokat biztosító rekonstrukciók, a személyi és tárgyi feltételek költségvetési alapjának fokozatos megteremtése, valamint a hiányzó ellátási feladatok (speciális alap- és szakellátások) megteremtését szolgáló beruházási feladatok szerepelnek.

A megyei jogú város által kötelezően ellátandó szociális szolgáltatások körében hiányzó ellátási formák a pszichiátriai- és szenvedélybetegek alap- és szakosított ellátásának területén mutatkoznak.

Az ezirányú fejlesztések szükségességét az is alátámasztja, hogy az egészségügyi intézményekben regisztrált pszichiátriai- és szenvedélybetegek száma évről évre nő.

Egészségügyi intézményekben regisztrált pszichiátriai és szenvedélybetegek száma (fő)

Év	Fekvőbeteg	Járóbeteg	Összes beteg
2001	228	726	954
2002	245	748	993
2003	248	790	1 038

A számok viszont meg sem közelítik a tényleges betegszámokat. Szakértői becslések szerint a 40-60 év közötti lakosság legalább 10 %-a szenvedélybeteg, elsősorban alkohol függő, ami 7-8 ezer gondozást igénylő beteget jelent.

Az egyéb fogyatékosok (mozgásszervi, hallás-, látás- és értelmi fogyatékos) 0-18 éves korúak száma a nyilvántartások szerint 171 fő.

A tanulmány kórházi forrásokra hivatkozva mintegy 130 18 év alatti és 8 és félezer 18 év feletti fogyatékosra említ. Ez a gyakoriság már a születési rendellenességek ismeretében fennáll, ami a környezeti és életmódi hatások következtében többszöröződik. Az ellátási igény aktív felkutatás nélkül azonban nagyrészt rejtve marad és a családoknak nyújtott támogatások az intézményi ellátás iránti igényeket nagymértékben csökkentik, illetve a beteg nem a szociális ellátásban, hanem a jóval drágább egészségügyi ellátásban jelentkezik.

A kb. 8 és félezer fogyatékos évi egyszeri kórházi kezelésének becsült költsége 800-900 millió Ft. A 2003. évi miskolci aktív átlagos ápolási idővel számolva egy 170-180 ágyas kis kórház kapacitása! (64 185 nap) Az 1 napra számított HBCs bevétel 13 ezer Ft. Igen jó szállodai árnak felel meg!

A jogszabály által előírt minimális férőhellyel számolva 20 - 20 fős napi ellátást és 10 - 10 fős átmeneti elhelyezést biztosító bentlakásos intézmény beruházási költségét tervezték meg, 416 millió Ft-os költséggel, legkésőbb 2008. decemberi határidővel.

A meglévő intézmények rekonstrukciójának becsült költsége 251 millió Ft. Megvalósításuk csak pályázati források bevonásával lehetséges.

Szociális támogatási formák

A Polgármesteri Hivatalnál kezelt szociális támogatások száma 1994 óta 77 %-kal, a kifizetett pénzösszeg 168 %-kal növekedett.

Szociális támogatások száma és összege

	Szociális támogatás db	Szociális segély Ft	Segély átlagos összege
1994	141 012	737 947	5,233
1998	199 118	1 658 699	8,330
2001	250 076	1 979 164	7,914
Növekedés	177,3%	268,2%	151,2%

Forrás: Miskolc város szociális térképe 2002-2003¹⁵.

10. táblázat

Az egyes támogatási formák igénybevételének alakulását a lakossági igények mellett a jogszabályi kötelezettségek és helyi döntések befolyásolták. (7. ábra)

A vizsgált időszakban legnagyobb mértékben (16-szorosára) a rendszeres szociális segélyek iránti igény nőtt, arányaiban legnagyobb hányadot a rendszeres gyermekvédelmi támogatás képviselte, ami közel háromszorosára nőtt. Hasonló mértékben nőtt a gyermekvédelmi támogatások száma és az ápolási díjak megítélése. A lakásfenntartási kérelmek száma közel ötszörösére, a lakbértámogatások száma kétszörösére nőtt.

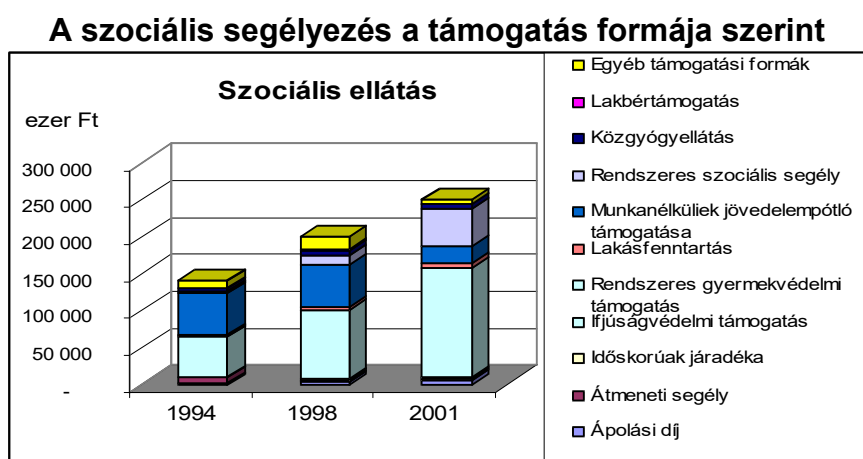
A közgyógy-ellátás támogatása az 1998. évi esetszámhoz képest csökkent, a bázisévhez viszonyítva viszont másfélszeres növekedést mutat.

A gyermek- és ifjúságvédelem terén egyre kiterjedtebb ellátást biztosít a Gyermekváros Gyermekjóléti - Gyermekvédelmi Központ. Az intézmény szakmai egységei a Gyermekjóléti Szolgálat, Családok Átmeneti Otthona, Gyermek Átmeneti Otthona, Fruska Gyermekotthon, Leány - Fiú Gyermekotthon, Fiú Gyermekotthon, Utógondozó Otthon.

¹⁵ Polisz Szociálpolitikai és Szervezetfejlesztési Bt.

Egy a megyei Gyermek-egészségügyi központban 250 véletlenszerűen kiválasztott kórlap feldolgozásával végzett vizsgálat adatai rávilágítanak, hogy a szociális ellátás elégtelensége kedvezőtlenül hat a gyermekek egészségi állapotára és növeli a hospitalizációt. ¹⁶

Minden második kórházba került gyermeknek a szülei egyáltalán nem rendelkeztek szakmával és sok volt közöttük az analfabéta is. Az anyák 40%-a inaktív kereső volt, közülük 49-en háztartásbeliek voltak, 10 munkanélküli és 35 segélyből (gyes, anyasági segély) és rokkantnyugdíjból élő volt. Az apák közt 81 fő volt munkanélküli, rokkantnyugdíjas vagy elvált, aki nem, vagy csak csekély mértékben támogatta a családját. Minden ötödik család kizárólag segélyből tartotta fenn magát. Az anyák körében az abortuszok aránya meghaladta az 28 %-ot, körükben egy főre átlagosan 1,8 műtét jutott.



Forrás: Miskolc város szociális térképe 2002-2003.

11. ábra

A család- és gyermekvédelmi intézmények körébe tartozó intézmények munkáját segítik az e téren működő civil szervezetek is.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

A népesség egészségi állapotát a társadalmi-gazdasági feltételek által befolyásolt életmód (jólét) alapvetően meghatározza. Az egészségügyi ellá-

¹⁶ Dr. Mogyoróssy Mónika: Egészségügyi, szociális ellátás az egy hónapos-18 éves lakosság körében kórházi tapasztalatok alapján BAZ megyében

tás iránti szükségleteket emellett nagymértékben befolyásolja a népesség kor szerinti összetétele, a születések, halálozások száma.

Élveszületési arányszám

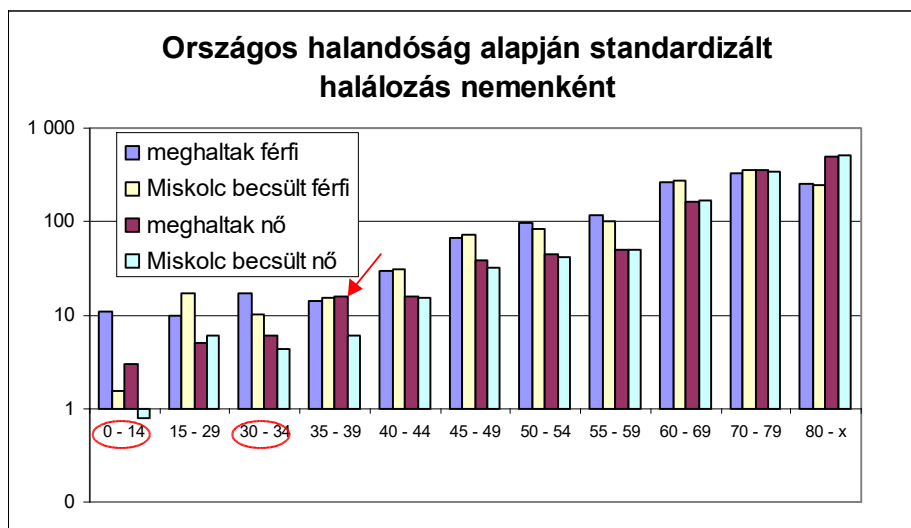
Az élveszületési arányszám a 80-as évek eleje óta fokozatosan csökken, értéke 2002-ben 9,1 ‰ volt, kedvezőtlenül alacsony, alatta marad a megyei és az országos értékeknek. (Lásd Demográfiai jellemzők.)

Halálozási arányszám

A halálozási arányszám 2000-ig kedvezőbb volt az országosnál, jelenleg mind a megyei, mind az országos értéknél magasabb, 13,4 ‰), ami a népesség előregedésével és rosszabb egészségi állapotával magyarázható.

Standardizált halandósági hányados (SHH)

A korösszetétel befolyását kiküszöbölő statisztikai módszerrel, a standardizálással több módon, 2001 és 2003 évre vonatkozóan is megvizsgáltuk a miskolci népesség halálozását. A ténylegesen bekövetkezett halálesetek száma 32 esettel elmaradt az országos korcsoporti gyakoriság alapján becsült értéktől, ami alapján azt mondhatjuk, hogy a miskolci halandósági hányados 98,7%-os volt, azaz gyakorlatilag megfelelt az országos átlagnak.



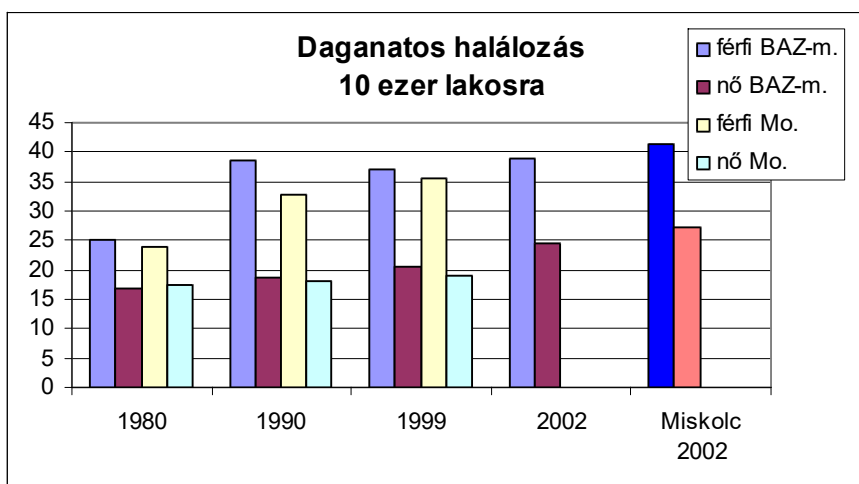
12. ábra

A KSH BAZ megyei igazgatóságától kapott 2003 évi miskolci adatok segítségével elvégeztük a korcsoportos halálozás becslését az országos korcsoportos halálozási arányszámokat alkalmazva, nemenkénti bontásban. Az SHH értéke 100% lett, azaz Miskolc halálozási viszonyai az országos átlaggal egyezők.

A halálozás ok szerinti vizsgálata (okspecifikus halálozás)

Miskolcon 1998-2000-2002. évi adatok alapján vizsgáltuk az okspecifikus halálozás változását. (Lásd 9. melléklet) A meghatározó betegségek, amelyek elsődleges megelőzésére, korai felderítésére és kezelésére az erőforrásokat koncentrálni kell, ugyanazok. Határozott tendenciák a 6 év távlatában még nem láthatók. Az országos tendenciák ismeretében a daganatos halálozás növekedése és a többi betegségcsoport lassú mérséklődése várható.

A konkrét cselekvési tervek megalapozásához a főbb halálóki csoportokban nemenkénti összehasonlítást végeztünk, amihez országos és BAZ megyei adatokat tudunk felhasználni.



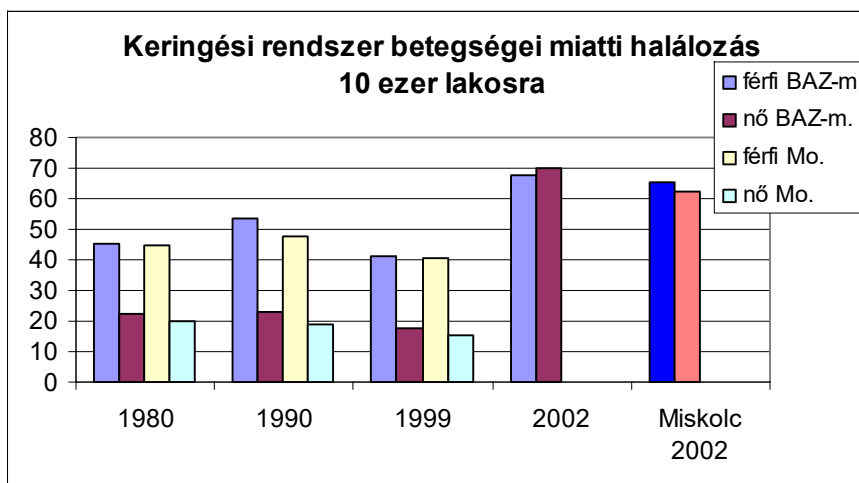
13. ábra

A daganatos halálozásban a 80-as években országosan minimális nőtlébbet volt, ami a 90-es évekre megfordult, részben a nőgyógyászati daganatok eredményes szűrése-gondozása, részben a férfiak daganatos morbiditásának növekedése miatt (szájüregi daganatok, tüdőrák, vastagbélrák). BAZ megyében a vizsgált időszakban végig férfi túlsúly volt. 2002-ben a női halandóság jelentősen emelkedett. Miskolc 2002. évi halálozási arányszámai mindkét nemnél magasabbak a BAZ megyei értékeknél is.

A keringési rendszer betegségeinek értékelését nehezíti, hogy az adatok több adatbázisból származnak és feltehetőleg nem azonos módon vannak képezve. Amíg az országos és megyei adatok időszora jellegzetes férfi túlsúlyt mutat és lassan javuló tendenciát, addig a 2002. évi BAZ megyei¹⁷ és

¹⁷ BAZ megyei statisztikai évkönyv, KSH 2002. 123-124. oldal

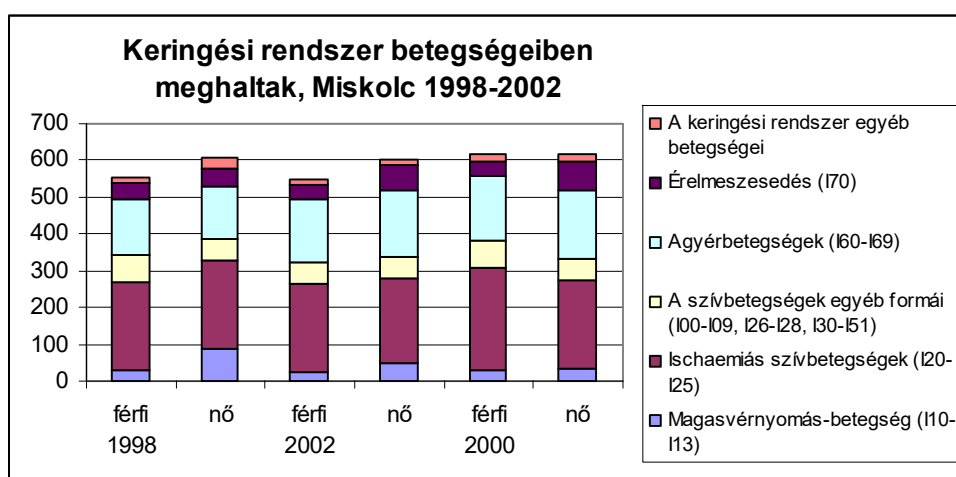
miskolci adatok alapján eltűntek a nemek közötti különbségek a női halandóság megnövekedése miatt.



14. ábra

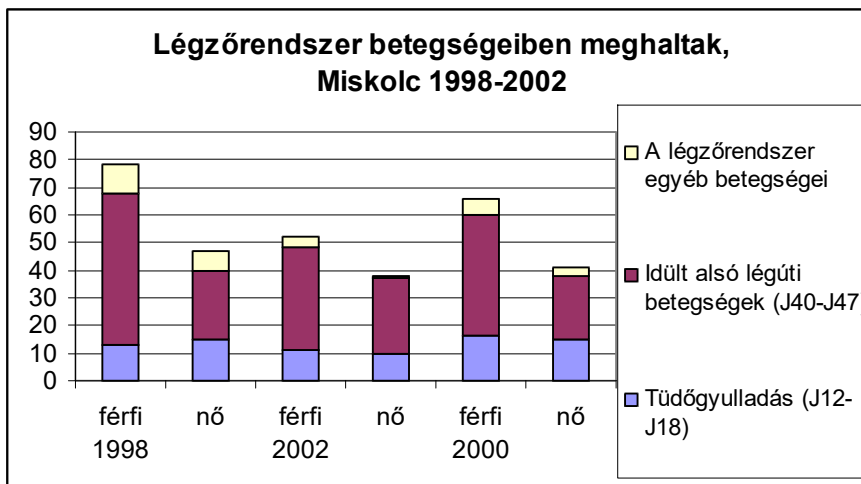
A miskolci idősoros adatok szerint a keringési rendszer betegségei miatti halálozások számában nemenként alig van különbség. A nők körében a magasvérnyomás miatti esetek száma nagyobb, az ischaemiás szívbetegség miatti halálozások száma közel azonos.

Az orvosi szakirodalomban ismeretes, hogy nőknél gyakrabban gondolnak emésztőszervi betegségekre, pl. epegörcsre a szívinfarktusnak az EKG eltérést csak késve mutató eseteiben, emiatt nőknél a szívinfarktus kórházi halálozása is magasabb.



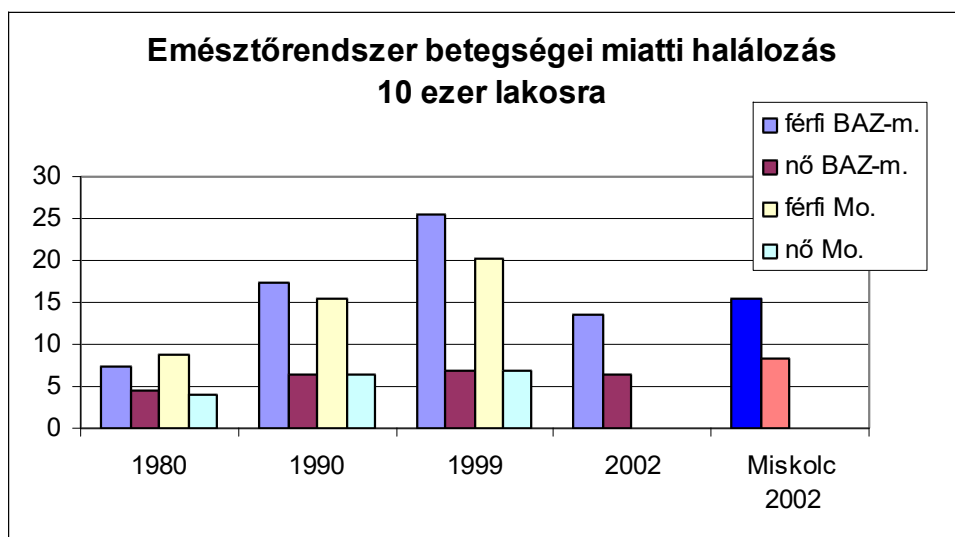
Forrás: KSH leválogatás, 2004. április
15. ábra

A légzőrendszer betegségeiben meghaltak számában kétségtelenül javulás van 1998-hoz képest a férfiaknál. Azonban ezeknek a betegeknek jó része, ha időben megfelelő ellátást kap, megmenthető, másrészt megfelelő életmóddal, legtöbbször a dohányzás elhagyásával megelőzhető.



16. ábra

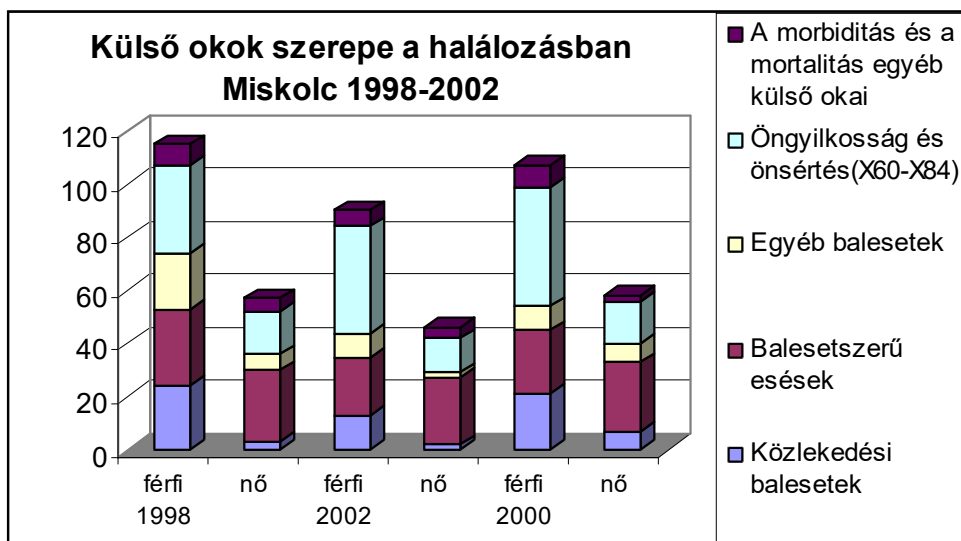
Az emésztőrendszeri halálozás emelkedése országosan és BAZ megyében is mindkét nemnél megfigyelhető. Oka az alkoholos eredetű májbetegség okozta anyagcsere zavar és szereléggtelenség a 40 év feletti korcsoportokban. A miskolci adatok a 90-es évek szintjének megfelelőek, ami kedvező lehet a megelőző programok indításánál.



17. ábra

A külső okok miatti halálozás két fő összetevője a sérülések és az öngyilkosságok. Az ábra segítségével a nemek közötti különbségekre, az egyéb balesetek kategóriájában található otthoni balesetek és az időskorúak által többnyire szintén otthonukban elszenvedett esések jelentőségére szeret-

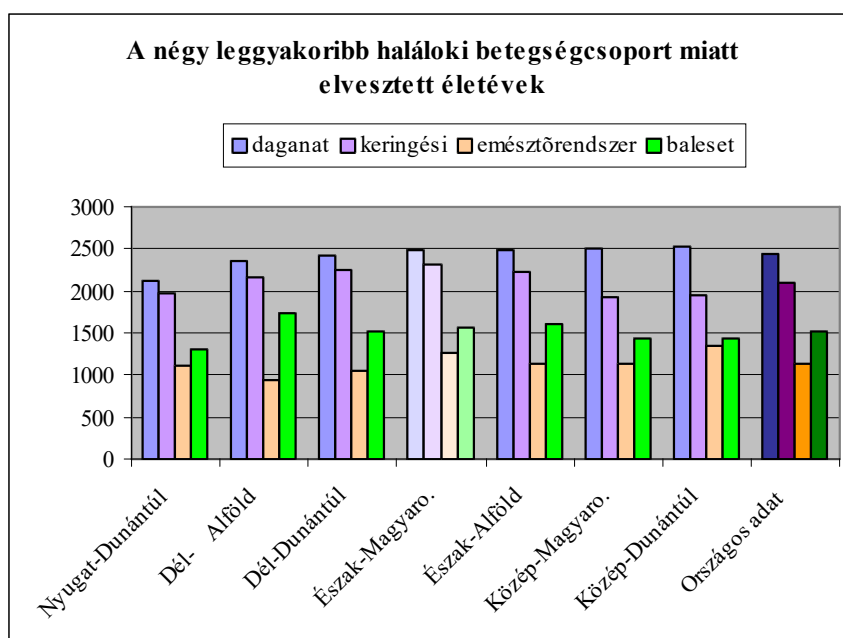
nénk ráirányítani a figyelmet, mivel ezeknek a haláleseteknek a bekövetkezése elkerülhető.



18. ábra

Idő előtti (korai) halálozás

A 2001. évi adatok felhasználásával készült regionális elemzés készítői a négy, a halálozást döntően meghatározó betegségcsoport adatai alapján kiszámították az idő előtti halálozásnak a társadalomra gyakorolt hatását. A 10. ábrán jól látható, hogy az Észak-Magyarországi régióban a dagana-
tos és a keringési rendszer betegségei nemcsak országos átlag feletti-
ek, hanem a régiók közül is kiemelkednek. Az emésztőszervi halálozás miatti
életév veszteség csak a Közép-dunántúli térségben magasabb és az erő-
szakos halálokok miatti veszteség is meghaladja az országosat.



Forrás: „Tanulmány Magyarország régióinak egészségügyi helyzetéről” c. elemzés
19. ábra

A 2002. évi BAZ megyei és országos korcsoportos adatokat felhasználva megkíséreltük a korai halálozás becslését az 1998-2002. évi adatok alapján a WHO¹⁸ által definiált betegségcsoportokban. Ennek a számításnak az a jelentősége, hogy reális célokat tudjunk kitűzni akkor, amikor a lakosság egészségi állapotának javítására és az egészségügyi ellátás színvonalának emelésére készítünk tervet.

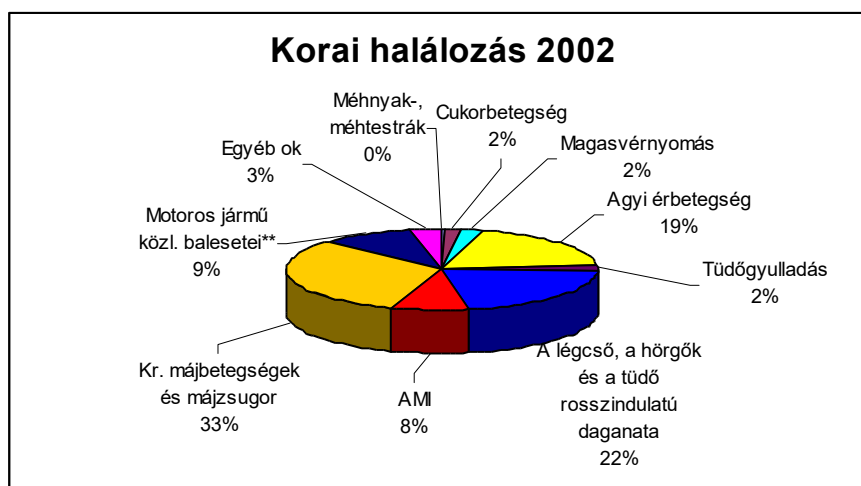
A korai halálozásnak két kategóriája van, az elkerülhető és a megelőzhető halálozás. (10. melléklet) Az elkerülhető halálozások körébe olyan, a WHO által definiált korcsoportos halálozási adatok tartoznak, amelyek

¹⁸ WHO: World Health Organisation (Egészségügyi Világszervezet)

megfelelő szintű egészségügyi ellátottság mellett nem következhetnek be. A megelőzhető halálozás csoportjába olyan halálokok tartoznak, amelyek társadalmi prevenciója (életmód, környezetvédelem) ismert.

Az elkerülhető halálozás kategóriájába tartozó betegségek közül a tbc, a méhnyak-, méhtestrák, a cukorbetegség, magasvérnyomás, agyi érbetegségek és a tüdőgyulladás adatait tudtuk figyelembe venni.

A megelőzhető halálozás körében a légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganataihoz, az ischaemiás szívbetegség csoportjához (ezen belül a heveny szívinfarktushoz, rövidítése AMI, azaz akut myokardiális infarktus), a krónikus májbetegség- és májzsugorhoz, valamint a motoros járművek okozta közlekedési balesetek okozta halálozáshoz voltak illeszthető adataink. A számításba vett okok a halálozás 12-13 százalékáért felelősek. Megelőzésükkel Miskolcon évi 260-270 haláleset idő előtti bekövetkezését előzhetnének meg. Ha a Nemzeti Egészségfejlesztési program célkitűzései közül egynek, a szív-érrendszeri betegségek csökkentésének a programját kidolgozzuk és megvalósítjuk, azzal a korai halálozás egyharmadát is ellenőrzésünk alá vonjuk. Ez évi 80-90 haláleset megelőzését jelentheti.



20. ábra

A megelőzhető halálozás kategóriáiban az eredmény csak hosszabb távon mérhető.

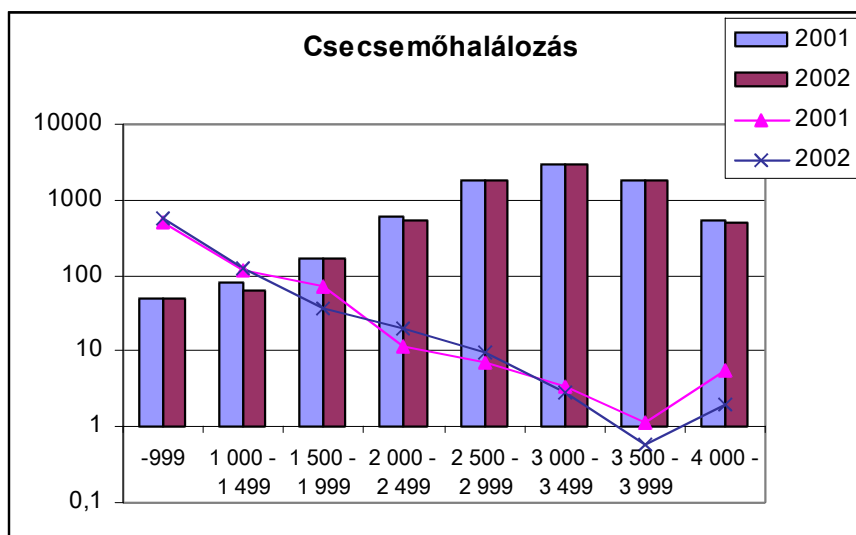
Csecsemőhalálozás

A csecsemőhalálozást nemzetközileg az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás fontos indikátorának tekintik. Az ezer élveszületetre szá-

mított halálózási mutató ugyan folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, azonban nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlenül magas.

	Miskolc	BAZ megye	ország
1000 élveszülöttre jutó egy éven aluli meghalt 2001	10,7	10,3	8,1

AZ megye 2001-2002. évi csecsemőhalálozási adatait a születési súly eloszlásával együtt mutatjuk be. A logaritmusos skálájú ábrán jól látható, hogy a 2500 grammos születési súly felett csökken a halandóság a kívánatos 10 ezrelékre, illetve az alá. A 3 500 – 3 900 g-os súlycsoportban 2001-ben egy csecsemő sem halt meg. A nagysúlyúak csoportjában évi 1-2 eset fordult elő.

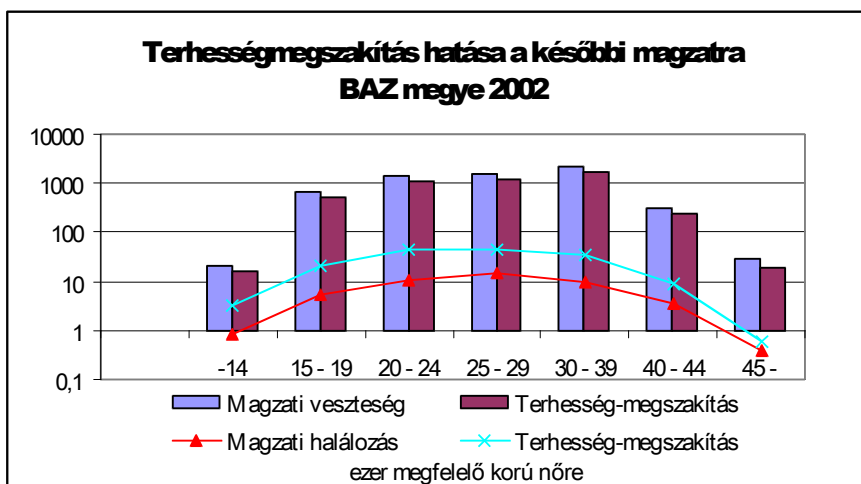


Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002, 125. oldal
21. ábra

Terhességmegszakítás

A terhességmegszakításoknak a későbbi fogamzás (meddőség kialakulása) és a későbbi terhességek kihordása (vetélés) szempontjából van jelentősége. 2002-ben BAZ megyében a terhességmegszakítások száma 4 733 eset volt. (Egy szülésre 0,60 terhességmegszakítás esett.)

Az ezer megfelelő korú (15-49 éves) nőre jutó magzati veszteség 7,7, az ezer megfelelő korú nőre jutó terhességmegszakítás száma 25,9.



Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002, 121. oldal
22. ábra

Látható, hogy az egyes korcsoportokban végzett terhesség-megszakítás és a magzati halálozás között nagyon szoros korreláció van. Az abortusz nem kívánatos fogamzásgátlási módszer és egyben a populáció egészségkultúráltságára is utal. A fiatal nők anticoncepciójának javítása, (a nem kívánatos terhességek és terhességmegszakítások megelőzése), valamint a terhesek életmódja és gondozása az, amivel a koraszülés, illetve a kis súllyal születés megelőzhető és ezáltal a magzati veszteség (halálozás), illetve a csecsemőhalálozás csökkenthető.

Morbiditási adatok (Megbetegedések összetétele, gyakorisága)

A jelenlegi kötelező egészségügyi adatszolgáltatás mellett morbiditási adatok nagyon korlátozottan állnak rendelkezésre. A bejelentésre kötelezett betegségek köre leszűkül a fertőző, a daganatos, az ideg-elmegyógyászati kórképekre, a bőr- és nemi betegségekre, a veleszületett rendellenességekre, valamint a foglalkozási megbetegedésekre. Az adatok az ágazati statisztikai évkönyvben csak országos összesenben, illetve megyénként állnak rendelkezésre.

Incidencia¹⁹ és prevalencia²⁰ adatok csak a gondozók éves jelentéseiben szerepelnek.

Anyagunkban a háziorvosoknak két évente a KSH által történő megkérdezése által gyűjtött adatokat használtuk oly módon, hogy a miskolci ada-

¹⁹ adott megfigyelési időszakban újonnan felismert betegségek

²⁰ egy adott időpontban vagy megfigyelési időszakban ismert (nyilvántartott) betegségek

tokat megkértük, feldolgoztuk és a nyilvánosságra hozott országos adatokhoz hasonlítottuk.

Háziorvosi nyilvántartott morbiditás

A háziorvoshoz bejelentkezett 19 évesek és idősebbek egészségi állapotának megítélésre 16 betegség, illetve betegségcsoport 10 ezer lakosra jutó megbetegedési gyakoriságát értékeltük.

A 4 leggyakoribb betegség, illetve betegségcsoport részaránya a háziorvos által nyilvántartott megbetegedések közt

Betegség	Miskolc		Ország	
	arány	kumulált %	arány	kumulált %
Magasvérnyomás	28,4		28,0	
Ishaemiás szívbetegség	12,9	40,5	10,9	38,9
Spondylopathiák	5,2	45,7	8,4	47,3
Diabetes mellitus	7,0	52,7	7,4	54,7

Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2002.

11. táblázat

Az előfordulási gyakoriság (prevalencia) alapján kiemelt 4 betegség, illetve betegségcsoport népbetegség, melyek országosan a háziorvosok által nyilvántartott megbetegedések 54,7%-át, Miskolcon 52,7%-át tették ki.

A nyilvántartott megbetegedések száma a jelentési kötelezettség bevezetése óta kismértékben folyamatosan nő, részben amiatt, hogy az öregedő népesség betegségekének száma is nő, részben a gondozási tevékenység javulása, a számítógép használat terjedése és a nyilvántartás és jelentés pontosabbá válása miatt. Miskolcon a növekedés – jelentősen csökkenő népességszám ellenére – 4 év alatt 13 % volt és meghaladta a 14 ezer megbetegedést.

Az értékeléshez az 1999-2003 közötti esetszám változás rangsorát választottuk. Csak olyan betegségekkel foglalkoztunk, amelyekhez találtunk országos összehasonlító adatot. (11.melléklet) A nemek közötti különbség az országos adatokra vonatkozik.

1. Magasvérnyomás betegségek: Nemcsak a leggyakoribb, de a legintenzívebben növekvő betegség. 2003-ban a nyilvántartottak száma már meghaladta a 36 ezret. A gyakoriság az életkorral exponenciálisan nő és 65 év felett az országban minden második lakosnak ismert magasvérnyomás

betegsége van. A miskolci gyakoriság meghaladja az országos átlagot. A nemenkénti különbség jelentős, azonban ebben a férfiak rosszabb egészségmagatartása, a betegség alacsonyabb felderítettsége is szerepet játszik.

A nyilvántartásokon alapuló adatszolgáltatások validitása az egészségügyben nem kifogástalan ugyan, de mégis fontos kiinduló pontot jelentenek a későbbi változások megítélésében. A 16 betegségcsoport tekintetében lehetnek és vannak is eltérések Miskolcon az országos tendenciától, aminek több oka is lehet. Ezek közül csak egy a megfelelő felkutatás hiánya. Ez eredhet a betegek nagyobb tűrőképességéből, ami miatt kevesebben fordulnak orvoshoz a panaszaikkal. Az elhanyagoló magatartás fiatalabb életkorban magasabb halálozáshoz vezethet, ami miatt szintén alacsonyabb lesz az időskori megbetegedés gyakoriság. A rosszabb hozzáférhetőség – földrajzi elérhetőség, stb. – is hasonló eredményre vezet. Célzott szűrővizsgálatokkal ezek a rejtett betegségek/betegek (ún. latens morbiditás) megismerhetők. Végül a dokumentációs és jelentési fegyelmem hiánya is okozhat alacsonyabb jelentési arányt. Ezt az egyes adatszolgáltatók adatainak átlagával és szórásával lehet elemezni. Minél kisebb a szórás, annál valószínűbb, hogy az adatok jók.

A közelmúltban gyorsjelentés készült a lakosság egészségi állapotáról.²¹ Az 5503 fő válaszáan alapuló, a felnőtt lakosságot reprezentáló minta szerint „a keringési rendszer betegségei a középkorúak mintegy 40%-át érintették, az idős korú nők háromnegyedénél, az idős korú férfiak kétharmadánál fordultak elő ilyen betegségek.” „Nyaki, háti-, vagy deréktáji fájdalomra panaszkodott a nők kétharmada, a férfiak fele.” Ezeket az egészségi állapotra vonatkozó információkat az orvosi regisztereknek vissza kell tudni igazolni. Ugyanakkor az idősek mintegy 10%-a az egészségügyi ellátás semmilyen formáját nem vette igénybe a felmérést megelőző egy évben. Ez alátámasztja, hogy az egészségügyi alapellátásban az aktív felkutatás módszerét kell alkalmazni.

2. Ischaemiás szívbetegség: A betegségcsoportba tartozik a heveny szívizom elhalás, a szívinfarktus, ami ma Magyarországon vezető halálok, va-

²¹ „Gyorsjelentés az országos lakossági egészségfelmérésről” – Magyar Gallup Intézet, Budapest

lamint a koszorúér betegségek különböző formái. A miskolci adatok kedvezőtlenebb képet mutatnak az országos átlagnál, ami egyben ráirányítja a figyelmet a megelőzés fontosságára. A nemek közti különbség hasonló, mint magas vérnyomásban, de a különbség kisebb (813/906).

3. Pajzsmirigy rendellenességek: A betegségben szenvedők száma 1 118 esettel nőtt a megfigyelési időszakban. A növekedés meredek, a nemek közötti különbség nagy, nőknél a prevalencia ötszörös. 2001-ben már a miskolci átlag meghaladta az országost.

4. Daganatos betegségek: Ebben a csoportban a rosszindulatú daganat miatt nyilvántartott betegek szerepelnek. A 10 ezer megfelelő korú lakosra számított gyakoriság nőtt és 16 százalékponttal magasabb volt, mint az országos átlag. A daganatos morbiditás a nők körében nagyobb.

5. Átmeneti agyi ishaemiás attackok, azaz agyi keringés zavarok: A 2001. év kiugró értéket képvisel, ami jóval az országos feletti. 2003-ban minimális csökkenés mutatkozik. A nemek szerinti országos adatok közrefogják az átlagot, a férfiak javára mutatnak némi különbséget.

6. Diabetes mellitus: A cukorbetegség előfordulása a miskolci népességben az országosnak felel meg. 2003-ban kismértékű csökkenés figyelhető meg (363 beteg). A nők körében a gyakoriság több mint 10 százalékkal nagyobb.

7. Asthma: A betegség gyakorisága lineáris trend szerint nő, évente kb. 10 százalékkal. Az adatok az országos átlag közelében vannak, a nemenkénti különbség nem jelentős.

8. Pszichoaktív szer használata által okozott zavarok: zárják a növekvő gyakoriságú betegségek sorát. 2003-ban 1 169 beteget tartottak nyilván a háziorvosok, ami jelentősen elmarad az országos átlagtól. A nemenkénti különbség háromszoros a nők előnyére.

9. A cerebrovascularis (agyi ér) betegségek: jóval az országos átlag felett (kb. 130 %) stabilizálódni látszanak. Nem mutatnak nemenkénti eltérést.

10. A máj betegségei: 2003-ban minimális csökkenés látható (14 fő), ami lehet a véletlen műve. A prevalencia átlagos és hirtelen javulás nem is várható, hiszen több év alatt kifejlődő betegségekről és a betegséget előidéző rögzült szokásokról van szó. A nemek közötti különbség igen nagy, a férfiak értéke több, mint kétszerese a nőkének.

11. Tápcsatorna fekélyek. Jelentősen kisebb az előfordulásuk az országos átlagnál. A csoportba tartozó betegségek kiváltó okai ugyan különbözőek, de az állapotrosszabbodás megelőzésében és a gyógyításban nagy szerepe van a táplálkozásnak és az életmód rendezésének. A munkanélküliséggel járó fokozott stresszállapot és az anyagi gondokat kísérő rosszabb táplálkozás elősegíti, illetve rontja ezeket az állapotokat. A miskolci adatok 2001 óta javulást mutatnak. A nemek közötti különbségek a férfiak rosszabb helyzetét mutatják.

12. Lipoprotein vagy zsíryanycsere rendellenességek: Valamennyi érbetegség egyik kiemelt jelentőségű rizikó faktorát képezik. A miskolci adatok grafikonja drasztikus csökkenést mutat, de valójában 186 beteggel volt kevesebb a 2003. évi jelentésben, mint 1999-ben. Így a gyakoriság belesimul az országos átlagba, ami nem mutat nemi eltéréseket.

13. A csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei: a köztudatban a nők bajaként ismertek, amit a háziorvosi adatok is alátámasztanak. A miskolci adatok elérik az országos szintet, ami ennél a kórképnél az átlagos felderítettségként értékelhető.

14. Az idült alsó légúti betegségek: gyakorisága az asthmával ellentétben csökkent, de még így is jelentősen az országos fölött volt. A nemek közötti különbség több, mint 30 %. A többlet a férfiak oldalán mutatkozik.

15. Spondylopathiák: a betegek számában jelentős (több, mint 800 beteg), csökkenés következett be, aminek jó lenne a magyarázatát ismerni. A háttérinc kopásos, degeneratív betegségeiben szenvedők tartoznak ide. Ez a betegségcsoport amellet, hogy a betegek életminőségét nagyban rontja, kihat a munkavégzőképességre, jelentős szakorvosi igénybevétellel és

gyógyszerköltséggel jár és jelentős szerepe van a táppénz igénybevételben. Az országos adatok magasabbak, különösen férfiak körében

16. A vezetési típusú és egyéb hallásvesztés: amiatt kerül említésre, mert bár relatíve ritkán és főként az idősebb betegek fordulnak orvoshoz vele, jelentősége a környezeti zajterhelés hatására nő és kihat az életminőségre és munkavégzőképességre.

Háziorvosi adatok városrészek szerint

A KSH által rendelkezésünkre bocsátott körzetszámot is tartalmazó adatok segítségével vizsgáltuk a betegségek területi eloszlását. Minden egyes betegségre kiszámoltuk a 10 ezer lakosra jutó gyakoriságot, ez a miskolci átlag, amit viszonyítási alapnak tekintettünk a területi eltérések megítélésénél.

A gyakoriságokban városrészeken belül is jelentős eltérések vannak, ami feltehetően nem a lakosok egészségi állapotának eltéréséből fakad, hanem a nemzetközi szakirodalomban „praxis variációnak” nevezett jelenség: az eltérő orvosi gyakorlatból, szemléletből, szakmai érdeklődésből fakadó különbség, ami miatt bizonyos betegségekkel többet és jobban foglalkozik az orvos. (Lásd 19. ábra)

A feldolgozás során minden egyes körzetnél csökkenő sorrendben rendeztük a 10 ezer lakosra jutó gyakoriságokat és a területi összehasonlításban már csak a leggyakoribb 5 betegséggel foglalkoztunk.

A körzetek 10 ezer lakosra jutó betegszámát mindig a miskolci átlaghoz és a gondozottak számához viszonyítva ábráztuk.

1. A csontsűrűség és a csontszerkezet rendellenességei (Osteoporosis M80-M85): a körzetek 15 %-ában kerültek az öt leggyakoribb gondozott betegség közé. Ezeknek a körzeteknek a felében haladta meg az előfordulási gyakoriság (prevalencia) a városi átlagot.

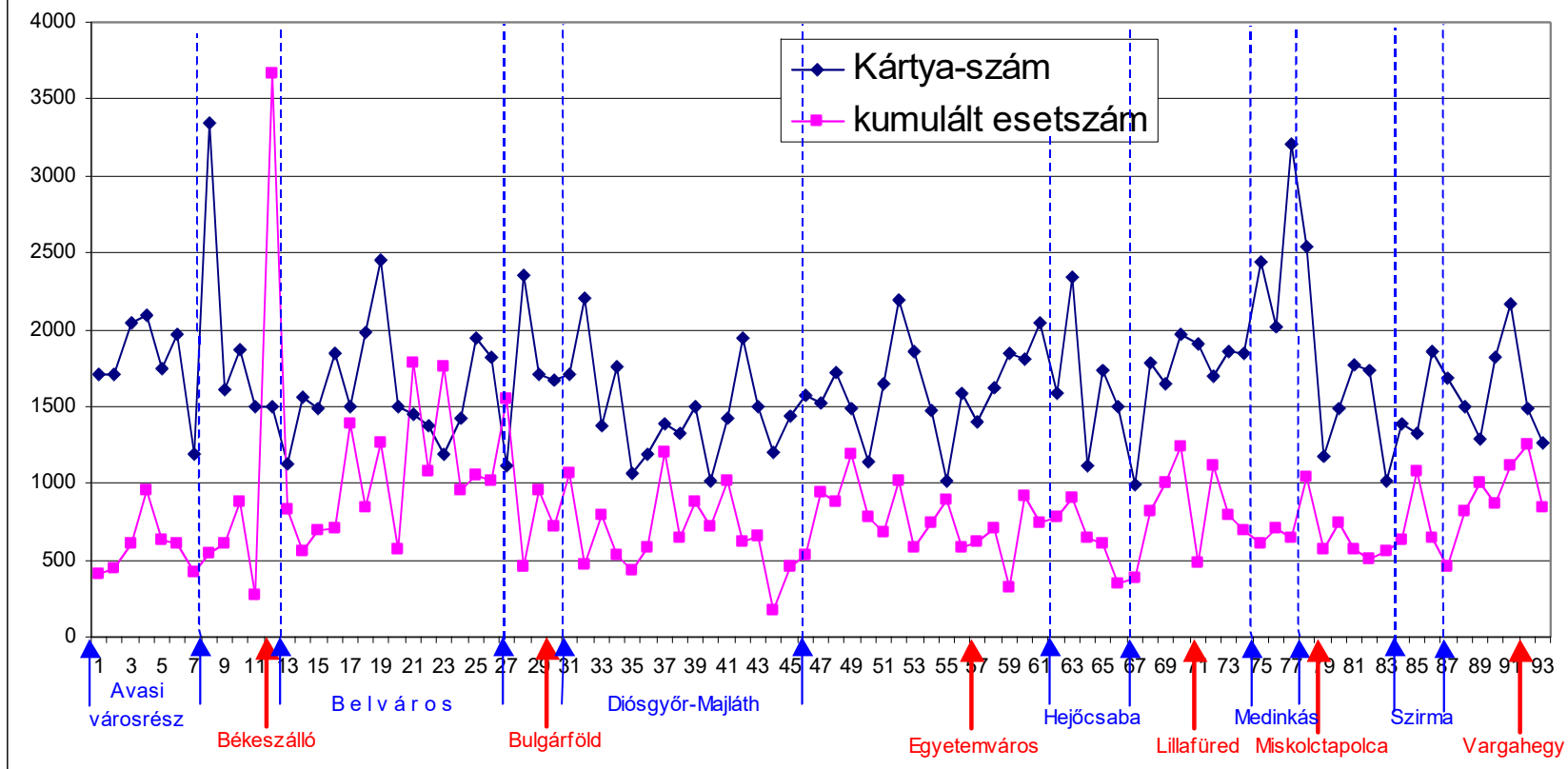
Egy belvárosi és egy győri-kapui körzetben volt csak száznál több gondozott. Egy városrész szerepelt 3 körzettel ebben a mintában, az avasi városrész, mindösszesen 165 beteggel. Minden második körzet diósgyőri volt.

A feldolgozott 15 körzetben a gondozottak átlagos száma 68, a minimuma 14 volt.

Mivel az osteoporózis gondozásának nagy jelentősége van az időskori csonttörések megelőzésében, fokozni szükséges a felderítettséget és gondozást.

2. Cerebrovascularis betegségek (I60-I69): 37 körzetben került az öt leggyakoribb gondozott betegség közé. Minden második diósgyőri körzet volt, amelyek kétharmadában lényegesen nagyobb volt a prevalencia is. Míg a miskolci gyakoriság 10 ezer lakosra 401, Diósgyőr-Majláth területén ennek 2 - 4 1/2-szeresét regisztrálták. A gondozottak maximuma 256, átlaga 80, minimuma 16 volt.

Első 5 leggyakoribb gondozási csoport és a kártyaszám



23. ábra

3. Cukorbetegség - Diabetes mellitus (E10-E14): A cukorbetegség népbetegség jellegének megfelelően 78 körzetben az első 5 gondozott betegség közé került.

A logaritmikus léptékű ábra jól mutatja, hogy a prevalencia nagyon magas, tízezer lakosra átlagosan 615. Az ábrán van egy rövid plátó, az ebbe tartozó körzetekben a felderítettség igen jónak mondható.

Ahol ennél is magasabb a prevalencia, ott a népességnek fokozott rizikója van nemcsak diabetesre, hanem a hozzá társuló, általa kiváltott vagy súlyosbított betegségekre, mint agyvérzés vagy szívinfarktus.

Ahol lényegesen alacsonyabb a gondozási arány, egyáltalán nem biztos, hogy jobb az egészségi állapot. Célzott szűrővizsgálatokkal meg kell határozni a rejtett morbiditást is ahhoz, hogy az egyes körzetek lakosságának egészségi állapotát meg lehessen ítélni és a feladatokat meg lehessen határozni.

Azonos prevalencia mellett is nagy eltérések vannak a gondozottak számában, azaz nem egyforma feladatot jelent a betegek ellátása az egyes háziorvosok számára, ami bizonyára kihat az ellátás minőségére is.

A kiemelt körzetekben az esetszám 19 és 543 között változott, az átlag 100 volt.

4. Idült alsó légúti betegségek (J40 - J44): Az idült alsó légúti betegségek 43 körzetben kerültek az 5 leggyakoribb gondozott betegség közé.

A miskolci prevalencia 460, a kiemelt körzetek felében viszont ennek kétháromszorosa, Békeszálló-Muszkás telep lakosai közt több, mint tízszerese is előfordult (5 203 tízezrelék).

Ez azt jelenti, hogy ebben a városrészben minden második lakos ebben a betegségben (is) szenvedett, ezzel orvoshoz fordult és kezelve, gondozva volt.

Az átlagos betegszám a bemutatott körzetekben 100 fölött volt, a legkisebb számban egy győri kapui körzetben szerepelt a jelentésben 25 beteg.

Az idült légúti betegségek kiváltó oka leggyakrabban a dohányzás, szerept játszhat benne még a légszennyezés, ami Miskolcon ma már nem jelentős.

5. Ischaemiás szívbetegségek (I20-I25): Minden 10. lakos koszorúér betegség miatt szerepel a háziorvosi nyilvántartásban (prevalenciája 1088). Ennek ellenére nem minden körzetben van az első öt betegség között. Aból a 88 körzetből viszont, amit ábrázoltunk, 38-ban az átlag feletti volt a prevalencia. 60 körzetben a 2. Leggyakoribb, további 22-ben a harmadik leggyakoribb betegség volt. Első helyre került egy avasi, egy belvárosi és egy diósgyőri körzetben.

A logaritmikus léptékű ábra mutatja, hogy a körzetnagyságok eltérései következtében azonos prevalencia mellett két körzet ellátandó betegszámában jelentős különbségek vannak. A minimum 30, a maximum 729 beteg volt, míg a körzetekben átlagosan 173 ischaemiás szívbeteg tartottak nyilván. A kártyaszám és a gondozottak száma között korreláció nem volt kimutatható!

6. Lipoprotein-anyagcsere rendellenességei és egyéb lipidaemiák (E78): A zsíryananyagcsere zavarainak kezelése az érlemeszesedés megelőzésének hatékony eszköze. Miskolcon minden 20. lakos szerepel ilyen kórképpel a háziorvosi nyilvántartásban (473/10 ezer lakos), ami megfelel az országos felderítettségnek.

30 körzetben került az 5 leggyakoribb betegség közé ez a diagnosztikai csoport és ezeknek a körzeteknek a kétharmadában a városi átlagot meghaladó volt a prevalencia is.

Kiugró esetszámmal ebben a csoportban is Békeszálló-Muszkás telep szerepelt, ahol a lakosok 42 %-ánál fennállt a kóros állapot. Az átlagos betegszám ennek kb. egynegyede, 157 volt. A minimum 44-nek adódott.

7. Magasvérnyomás (hypertensiv) betegségek (I10-I15): A betegség valamennyi körzetben az első öt között volt, sőt 5 körzet kivételével a leggyakoribb nyilvántartott krónikus betegség volt. A városi átlag másfél-, sőt két

és félszeresét is elérő gyakorisággal Békeszálló-Muszkás-telep mellett belvárosi és diósgyőri körzetek található nagy számban, de ebbe a csoportba tartozik pl. Lillafüred is. Az Egyetemváros, az avasi városrész vagy Pereces az átlag alatti csoportban található. Viszont mind a magas, mind a kis prevalenciájú csoportban találunk görömbölyi, hejőcsabai, szirmai vagy martinkertvárosi körzeteket.

A betegség prevalenciája megfelel az országosnak, 2 465/10 000 lakosra, de a szélső értékek között extrém nagyok a különbségek (6 546 – 99), ami megmutatkozik a gondozottak számában is: 980 és 17 a szélső értékek, az átlag betegszám 394. Ezen a téren még sok javítani való akad.

8. Spondylopathiák (M45-M49): A gerincoszlop degeneratív betegségei, a spondylopathiák összességében a 3. leggyakoribb ismert krónikus betegség a miskolciak körében. 37 körzetben került az 5 leggyakoribb betegség közé, ezekből 7 körzetben az első, hétben a 2.helyen. Látható az ábrán, hogy míg az átlagos gyakoriság 478/10 ezer lakos, vannak ennek négy és félszeresét elérő területek (Belváros, Szirma, Szentpéteri kapu).

Az átlagos betegszám 108, a legmagasabb értékek 200 feletti, amik az adott körzetekben a betegek 16-18 %-t képviselik. A legkisebb gondozotti kör 22 főt jelent.

9. Nyolc körzetben került az 5 leggyakoribb közé a rosszindulatú dagantok csoportja. Ezek közül ötben meghaladta a prevalencia a miskolci átlagot (277/10 ezer lakos), egyben a különbség kiugróan nagyobb volt, több, mint háromszoros.

10. A tápcsatorna fekélyeit tekintve a város kedvezőbb képet mutat az országosnál, aminek megfelelően csak nyolc olyan körzetet találtunk, amelyben az öt leggyakoribb krónikus betegség közé került ez a betegségcsoport. Ezek közül egy hejőcsabai körzetben az érték kiugróan magas volt.

Gyermekkori megbetegedések

A gyermekkori betegségek gyakoriságára a gyermekorvosi körzetek két évenként a KSH-nak leadott adatszolgáltatásából, illetve az iskolaorvosi szolgálat jelentéseiből, gondozási tevékenységéből nyertünk adatokat.

Míg országosan a 18 év alatti gyermekek nyilvántarott betegségei között a vér- és vérképzőszervek betegségei állnak gyakoriság szerint az első helyen - (a vashiányos vérszegénység a vezető kórkép a csoportban) -, addig Miskolcon az életminőség és az egészségügyi ellátás szempontjából is sokkal komolyabbnak tekinthető asthma vált 2003-ra vezető kórképpé. A gyakoriság növekedése is ebben a csoportban volt a legjelentősebb, 6 év alatt 149 %. Jelentős mértékben meghaladta az országos értékeket, ami a nemek szerint erősen különböző, a lányok javára.

A belső elválasztású mirigyek (endokrin) és az anyagcsere betegségei szorosan követik, ezen a betegségcsoporton belül található a cukorbetegség, ami már gyermekkorban népbetegségnek számít. Miskolcon valamivel az országos átlag alatt van, tendenciájában növekvő.

**A 0-18 éves népesség krónikus betegségei 10 ezer lakosra
a gyermek háziorvosok adatai alapján 1999-2003 között**

Betegség	1999	2001	2003	ország 2001 fiú	ország 2001 lány
Asthma (J45)	234,1	283,7	348,4	258,8	174,6
Endocrin, anyagcsere betegségek (E00-E90)	3,6	287,1	323,2	..	..
ebből diabetes mellitus (E10-E14)	8,4	10,6	9,4	11,4	11,8
Deformáló hátgerinc-elváltozások (M40-M43)	181,2	212,0	243,7	175,2	199,4
A szemizmok betegségei (H49-H52)	309,9	349,2	238,2	219,4	253,3
Kalóriatöbblet miatti elhízás (E66.0)	153,5	179,2	203,3	..	..
A vér és vércépző szervek betegségei (D50-D89)	229,3	212,0	190,5	261,1	364,1
ebből vashiányos anaemia (D50)	198,5	167,8	170,0	220,2	302,2
Atópiás dermatitis (L20)	142,3	134,6	159,2	..	..
Mentális- és viselkedészavarok (F00-F99)	87,0	99,2	122,4	..	..
A keringési rendszer veleszületett rendellenességei (Q20-Q28)	40,4	41,7	69,8	43,2	45,0
Epilepsia (G40)	26,5	35,2	39,6	..	..
Rosszindulatú daganatok (C00-C97)	6,7	6,0	7,5	7,1	6,4
Az idegrendszer veleszületett rendellenességei (Q00-Q07)	12,7	12,4	5,3	16,9	14,5
Gümőkór (A15-A19)	0,2	0,3	0,3	..	..

*Forrás: KSH megyei igazgatóság 2004. áprilisi leválogatás
12. táblázat*

A deformáló hátgerinc elváltozásokból is évről-évre egyre többet felismernek, ami a kiindulópontja a gyógytornáztatásnak, a kezelésnek. A gyakoriság a 2001. évi adatok szerint megfelelt az országos átlagnak.

A 2003. évi rangsorban a 4. helyre kerültek a szemizmok betegségei, gyakoriságuk a 2001. évi országos szintre csökkent.

Ugyancsak csökkenés következett be a vér- és vércépzőszervek betegségeiben, ezen belül a vashiányos anaemiában, valamint az idegrendszer veleszületett rendellenességeiben.

A vércépzőszervi betegségek kialakulásában és az elhízásban is a meghatározóak a táplálkozási szokások, azonban nem egyformán változott a gyakoriságuk, az elhízottak aránya nőtt, minden 5. gyermeknél a túlzott kalóriabevitel jelei mutatkoztak.

Az allergiás bőrbetegségek (atópiás dermatitisek) valamint a mentális és viselkedészavarok előfordulása is számottevő. Kisebb gyakoriságú kórképek a veleszületett szívbetegségek, az epilepsia, a rosszindulatú daganat-

tok és a gümőkór. Ezek közül az epilepszia prevalenciájának emelkedése említésre méltó.

Az iskolaegészségügyi feladatokat a középiskolákban 6 főállású és 4 részállású gyermekorvos látja el. Az óvodások és általános iskolások ellátását a házi gyermekorvosok végzik a városban. Az 5 éves óvodások, a 3., 5., 9. és 11. osztályos általános, illetve középiskolások körében végeznek kötelezően vizsgálatokat.

BAZ megyében 2002-ben rendkívül magas volt a szűrővizsgálatra kerültek aránya az általános iskolai diákok körében: 94,2-97,5 %-a. Az összehasonlításra használt debreceni diákok körében az évek során javult, de csak 53-87% volt.

Általános iskolások gondozási adatai (ezrelék)

	á l t a l á n o s i s k o l a					BAZ megye 2002
	Debrecen					
	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	99/2000	
szív gondozott	9,32	8,26	18,99	25,30	40,29	6,30
szembeteg	10,75	87,44	109,17	126,22	11,40	139,37
hypertóniás	3,87	3,67	10,17	9,24	3,33	3,51
anyagcsere beteg	4,61	10,29	24,91	23,66	14,57	82,86
ebből elhízott	..	8,21	22,06	19,91	11,77	62,53
ortopédiai beteg	29,39	44,05	80,33	89,83	82,47	418,10
ebből gerincferdülés	..	..	59,08	63,27	53,27	90,10

*Forrás: BAZ megye stat. évkönyv 2002, 199. oldal,
Debrecen Városi Egészségügyi Szolgálat
13. táblázat*

Az adatok értékelését nehezíti, hogy az adatszolgáltatás szempontjai időnként változnak, a nagyságrendbeli különbségek és az adathiány ezzel magyarázhatók. A szemészeti adatok pl. 1996-1998 között a szemüvegeket is tartalmazták, a két másik évben csak a 4.0 D feletti fénytörési hibákat és az egyéb betegeket.

A háziorvosi adatokhoz hasonlóan a döntően genetikailag meghatározott szembetegségek, az ebben a korban még gyógytornával jól korrigálható gerinc betegségek és az életmóddal oki összefüggésben álló elhízás a leggyakoribb kóros állapot.

Középiskolai gondozási adatok (ezrelék)

	k ö z é p i s k o l a					BAZ megye 2002
	Debrecen					
	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	99/2000	
szívgyondozott	33,25	44,30	38,23	42,38	29,59	10,77
szembeteg	11,12	134,49	165,70	197,40	17,62	219,55
hypertóniás	24,98	29,82	34,46	28,58	11,31	17,61
anyagcsere beteg	15,81	18,79	20,55	21,33	21,54	91,51
ebből elhízott	..	17,11	17,68	17,18	16,75	65,57
ortopédiai beteg	68,40	72,39	79,89	115,52	104,81	510,68
ebből gerincferdülés	..	..	60,08	89,26	58,31	146,90

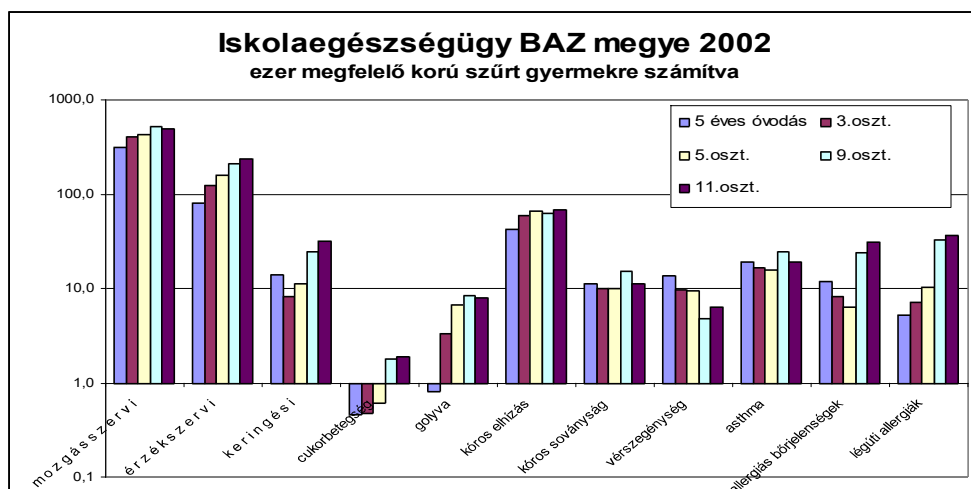
*Forrás: Debrecen Városi Egészségügyi Szolgálat
BAZ megye stat. évkönyv 2002, 1999. oldal*

14. táblázat

A szűrési arány a középiskolások körében is kiváló volt BAZ megyében (93,2-97,2%), az összehasonlításra használt debreceni középiskolákban 47-84% volt.

A logaritmusos léptékű ábra jól mutatja, hogy valóban vannak kórképek, amit „kinőnek” a gyerekek: az életkorral csökken – bizonyos életkorig, különböző okokból – a vérszegénység, vagy az allergiás bőrbetegségek, keringési betegségek gyakorisága.

Folyamatosan nő viszont a mozgásszervi, érzékszervi, légúti allergiás betegségek és a pajzsmirigy betegségek (golyva) prevalenciája, ami összehangolt cselekvés szükségességét veti fel.



24. ábra

Az iskolaegészségügyi ellátás adatainak – minthogy szűrővizsgálaton alapulnak – elvileg magasabbnak kellene lenni mind a gyermekorvosi, mind a háziorvosi morbiditási adatoknál, tekintettel a latens megbetegedések felismerésére.

A gyakorlatban azonban ez csak részben igaz, ugyanis a szűrővizsgálat egy pillanatnyi állapotot rögzít. Ha az iskolaegészségügyi ellátást végzők (orvos és védőnő) nem ismeri a gyermeket, nem kezelte betegen, elsikadnak információk. Nézzük pl. az asthmát:

Asthma miatt nyilvántartott gyermekek ezer főre számítva

	házi gyermekorvos Miskolc 2003	iskolaorvos BAZ megye 2002
0-18 évesek	348,4	
5 éves óvodások		18,9
általános iskolások		16,0
középiskolások		22,0

15. táblázat

Annak ellenére, hogy nincsenek azonos szerkezetű adatok, meggyőző, hogy a házi gyermekorvosnak higgyünk a krónikus beteg gyermekek számát illetően. Őt keresik fel a panaszokkal.

Hypertonia miatt nyilvántartott gyermekek ezer főre számítva

	házi gyermekorvos Miskolc 2003	iskolaorvos BAZ megye 2002
0-18 évesek	3,7	
5 éves óvodások		2,3
általános iskolások		3,5
középiskolások		17,6

16. táblázat

A magasvérnyomást illetően viszont fordított a helyzet, mivel sokszor nem jár panasszal a betegség és csak az iskolaorvosi szűrések alkalmával fedezik fel. A gyermekek vérnyomását nem ellenőrzi rutinszerűen a gyermekorvos. A gyakoriság az életkorral nő.

A gerincferdülést a mellkas vizsgálatakor lehet látni, műszer nélkül is fel lehet ismerni. Egyszerű eszközzel, a gyermekek hátára koncentrikus fekete-fehér köröket vetítve a moire-vonalak asszimetriája megnövelné a diagnosztikai biztonságot.

Gerincferdülés miatt nyilvántartott gyermekek ezer főre számítva

	házi gyermekorvos Miskolc 2003	iskolaorvos BAZ megye 2002
0-18 évesek	24,4	
5 éves óvodások		44,6
általános iskolások		90,1
középiskolások		146,9

17. táblázat

Sok felnőttkori problémát meg lehetne előzni, vagy legalább késleltetni a betegség rosszabbodását, ha nem csak megállapítanánk, de hatékonyabban kezelnénk a gyermekkori állapotokat.

Gondozó intézeti nyilvántartott morbiditás

A szakorvosi gondozó intézeti ellátás meghatározott betegcsoportokra terjed ki, nem tartalmazza a járóbetegellátás keretében lejelentett, ott gondozott eseteket, így nem ad választ pl. a légúti allergiák számára sem. (Lásd 16. melléklet)

Gondozóintézetekben nyilvántartott betegek BAZ megyében

Nyilvántartott beteg	1980	1990	2000	2001	2002	Miskolc*
Tüdőbeteg-gondozó						25%
Aktív tbc-s*	1 155	885	178	188	174	44
Primer hörgőrákos	357	612	1 096	1 192	1 239	310
Új aktív tbc-s	395	331	182	179	194	49
Új primer hörgőrákos	288	455	465	486	488	122
Bőr- és nemibeteg gondozó						40%
Nemibeteg	131	11	25	58	65	26
ebből szifiliszos	95	3	17	28	40	16
gonorrhéas	36	8	8	30	25	10
Addiktológiai gondozó						25%
Alcohol, drog és kombinált függőség	3 044	5 475	1 635	1 502	1 301	325
Pszichiátriai gondozó						45%
Összes pszichiátriai beteg	6 406	7 894	4 852	4 880	5 093	2 292
ebből skizofrénia	1 085	1 445	1 352	1 415	1 357	611
személyiség-zavar	431	478	285	299	343	154
hangulatzavarok ..	..	..	962	1 120	1 209	544
öngyilkossági kísérlet	80	95	32	31	20	9
Összes nyilvántartott	11 093	14 877	7 786	7 820	7 872	2 996

*Gondozóintézeti betegforgalom arányában becsült betegszám

Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002, 201. oldal
Miskolc város társadalma és gazdasága, KSH 2003, 77. oldal

18. táblázat

Az intézeti betegforgalom alapján becsült betegszámok tájékoztató jellegűek ugyan, de az alapvető következtetés levonására alkalmasak. Ha fi-

gyelembe vesszük, hogy szakértői becslések alapján legalább a hazai lakosság 10%-a depressziós és kallódik megfelelő ellátás nélkül az egészségügyi ellátó hálózatban, akkor csak ennek okán több gondozott betegnek kellene lennie Miskolcon, mint ami az egész megyében van.

A nagyon értékes tapasztalatokkal és hagyományokkal rendelkező gondozóhálózat kínálatát ezért úgy kell továbbfejleszteni, hogy jobban megfeleljen a lakosság és a társadalom jogos elvárásainak. (Bővebben lásd a stratégiában.)

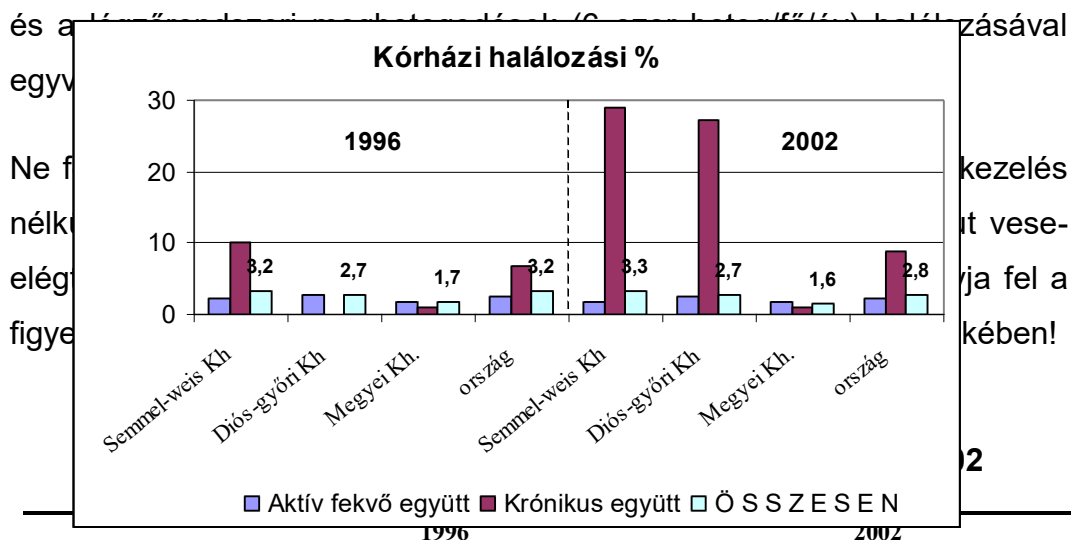
Fekvőbeteg intézeti halálozás

Az egészségi állapotra ható tényezők közt tárgyaljuk végül a kórházi halálozást, amit egyben a kórházi ellátások egyik minőség indikátorának tartanak.

A szakmai körökben és a közvéleményben világszerte nagy megdöbbenést kiváltott amerikai, „To Err is Human”²² tanulmány adatainak közzététele óta ismert, hogy a kórházi kockázat nem elhanyagolható tényező. A nemkívánatos események (adverse events) arányát nagy esetszámú, két államra kiterjedő vizsgálatban 2,9-3,7%-nak találták, amin belül a halálozás jóval meghaladta a kórházi átlagot, 6,6-13,6% volt. A teljes amerikai kórházi ellátásra kivetítve a nem kívánatos, idő előtti halálozások évi számát 44-98 ezer közöttinek becsülték. Ez magasabb volt a motoros járműbalesetek (évi 43 ezer) vagy az emlőrák (42 ezer) halálozásánál, kettő-négyszerese az AIDS (16 ezer), legalább hat-tízszere a munkahelyi balesetek (6 ezer) vagy a nem kórházi gyógyszerelési hibák (7 ezer fő/év) halálozásának. Összességében az USA-ban a kórházi kockázatok miatti halálozás a 8. helyre került a halálhoz vezető okok sorában!!!

Ha az amerikai adatok alapján a hazai kórházi betegforgalomra vetítjük az arányokat, a kórházi kockázat évi 72,5 - 92,5 ezer beteget veszélyeztet, az ellátási hibák miatti halálozás becsült értékei 4 800 - 12 600 fő/év lesz. A hazai halállok struktúrába illesztve ez lesz a 3.-5. vezető halálok a keringési rendszer betegségei (74 ezer), a daganatok (34 ezer), az emésztőrendszeri betegségek (10 ezer), az öngyilkosság és balesetek (10 ezer),

²² Tévedni emberi dolog - To Err Is Human: Building a Safer Health System (2000), USA



Megnevezés	1996				2002			
	Semmel-weis	Diósgyőr	Megyei Kh.	ország	Semmel-weis	Diósgyőr	Megyei Kh.	ország
Elbocsátott beteg	30 985	14 699	53 929	2 466 536	36 128	14 384	57 882	2 708 144
ebből meghalt	997	394	928	78 328	1 173	395	938	76 026
Halálozási %	3,2%	2,7%	1,7%	3,2%	3,2%	2,7%	1,6%	2,8%

Forrás: Kórházi ágyszám és betegforgalmi kimutatás, Gyógyinfok
19. táblázat

A kórházi betegforgalom a két vizsgált időpont között mind országosan, mind a miskolci kórházakban 10 %-kal nőtt (városi kórházak 10,6%, megyei 7,3, országosan 9,8%), az összesített kórházi halálozás viszont nem változott. A két városi kórház közötti különbség az eltérő osztályszerkezettel magyarázható.

Legmagasabb a halálozási arány – a betegek előregedésével arányosan – az utókezelő (24-35%), a rehabilitációs (26-43%) és a tartós ápolási osztályokon (24-65%), azaz a krónikus fekvőbeteg-ellátásban. Országosan és a miskolci kórházakban is a differenciált szükségleteknek megfelelően új ellátási formák jelentek meg.

25. ábra

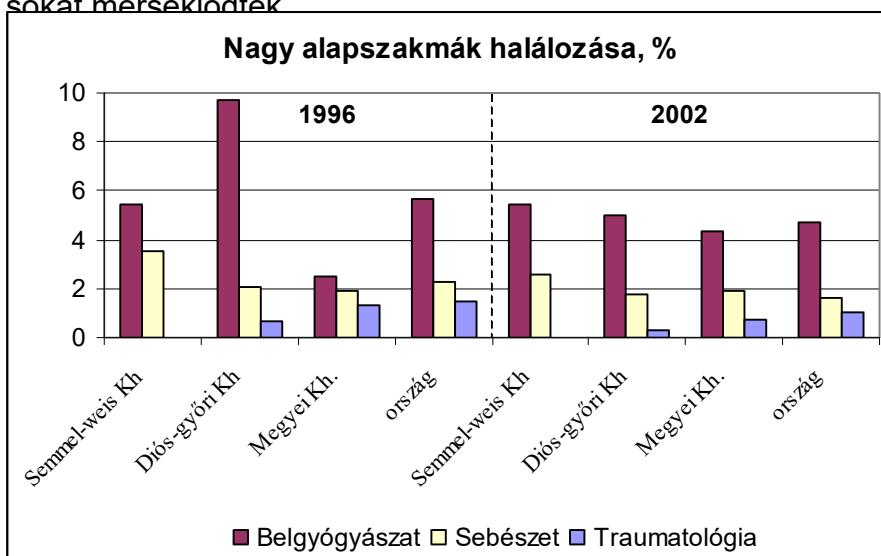
A krónikus osztályokon a halálozás növekedése az akut osztályok tehermentesítésének következménye.

A halálozás változása a krónikus fekvőbeteg osztályokon 1996, 2002

Megnevezés	1996				2002			
	Semmel-weis	Diósgyőr	Megyei Kh.	ország	Semmel-weis	Diósgyőr	Megyei Kh.	ország
Elmegyógyászat	1,0	-	1,5	2,4	3,0	-	2,0	2,8
Tüdőgyógyászat	-	-	-	5,8	-	-	-	9,5
Utókezelő	27,0	-	-	24,1	35,9	-	-	28,7
Rehabilitációs osztály	-	-	0,5	3,6	43,2	-	0,4	26,8
Tartós ápolás	-	-	-	-	64,7	27,1	-	23,8
Krónikus együtt	10,0	-	1,0	6,8	28,9	27,1	1,0	8,9

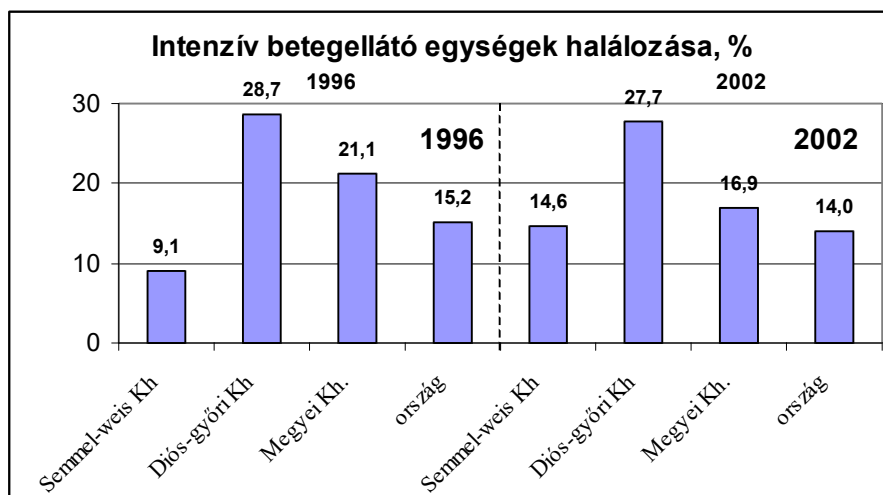
20. táblázat

A legidősebb, legkevésbé gyógyítható, elsősorban felügyeletet és ápolást igénylő betegek ezeken az osztályokon koncentrálódnak. Ez már a kórházi struktúra kedvező változásának egyik jele. Egyidejűleg az akut ellátásban javult a halálozás, mint azt a nagy alapszakmák (belgyógyászat, sebészet, traumatológia) grafikonja is mutatja. A kórházak közötti különbségek is sokat mérséklődtek.



26. ábra

Az akut ellátáson belül a legsúlyosabb esetek ellátása az intenzív betegellátó egységek feladata. Ezek a nap 24 órájában és a hét minden napján késedelem nélkül kell, hogy ellássák a felmerülő igényeket, ezért a kórház legköltésesebb szervezeti egységei.



27. ábra

Országosan 1,2, a megyei kórházban 2,2%-kal csökkent az intenzív osztályokon a halálozás. Ez nem jelentős változás, de ismerve a nehezedő működési feltételeket, pozitív változásnak tekinthető. A Semmelweis kórházban éves szinten 17-tel több (63) haláleset van a 36%-os növekedés mögött, amire magyarázatot csak a kórház szakemberei adhatnak.

Összegezve a kórházi halálozás kérdését, bár a döntéshozók azt a tény, hogy az előregedő és európai mércével mérve igen beteg lakosság megnövekedett hospitalizációja mellett kismértékben még javult is az országos mutató, mi aggasztónak tartjuk. A kórházi betegforgalom 23 %-os növekedése, ami a finanszírozási kényszer hatására 1994-98 között következett be és stabilizálódott, amit az OEP finanszírozási ösztönzővel próbál jelenleg korlátozni, Miskolc városában a vizsgált 2002. évben több, mint 4 800, országosan pedig több, mint 240 ezer többlet ápolást eredményezett. Ez az átlagos kórházi halálozással számolva Miskolcon 150, országosan közel 6 800 halálozási többletet jelentett egyben. Világszerte arra törekszenek, hogy új ellátási formák, pl. egynapos ellátás, egynapos sebészet bevezetésével csökkentsék a kórházi szükségletet, ami nemcsak költségkímélő, de egyik legbiztosabb módja több kórházi nemkívánatos hatás (pl. kórházi fertőzések, betegcserék, gyógyszer cserék) elkerülésének.

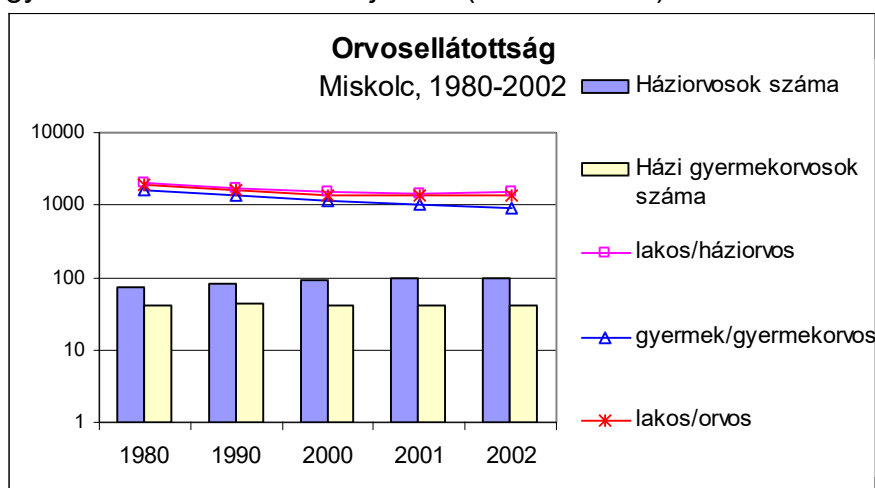
Egészségügyi ellátás helyzete

Bölcsödei ellátás

A bölcsődék száma a városban 10, a férőhelyek száma 460, a gondozónők száma 120, nem változott. Bölcsődébe jár 616 fő, amely a bölcsődés korosztály 12,8 %-a. A bölcsődék kihasználtsága 134 %-os, igen magas. A megyei adat 126 %, az országos 120%. Az önkormányzat vizsgálata szerint az intézményekben sok a túlkoros.

Háziorvosi szolgálat

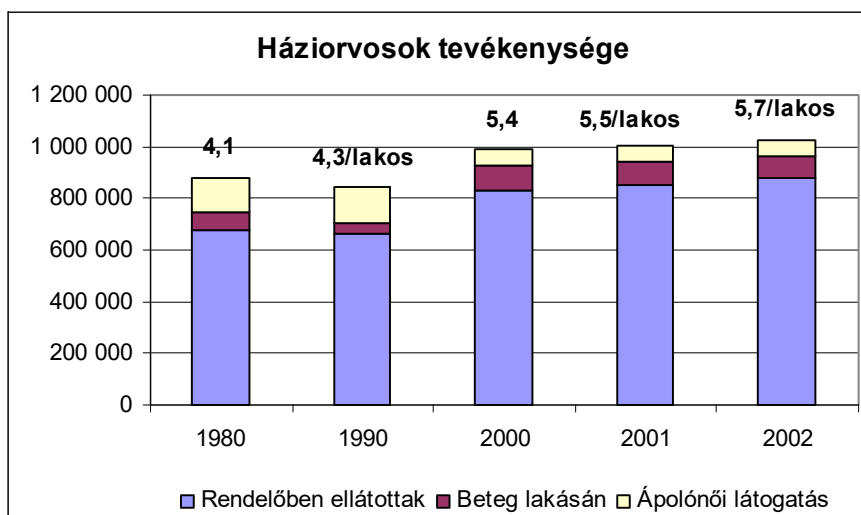
Miskolcon 2000. óta 95 felnőtt és 42 gyermek háziorvos praktizál és ez idő alatt nem volt betöltetlen állás. Az egy háziorvosra jutó betegszám kedvező, felnőtt körzetben 1490, gyermek körzetben 922 fő/orvos volt, a csökkenés a gyermek körzetekben kifejezett. (15. melléklet)



Forrás: BAZ megye stat évkönyv, KSH 2002, 198. oldal
28. ábra

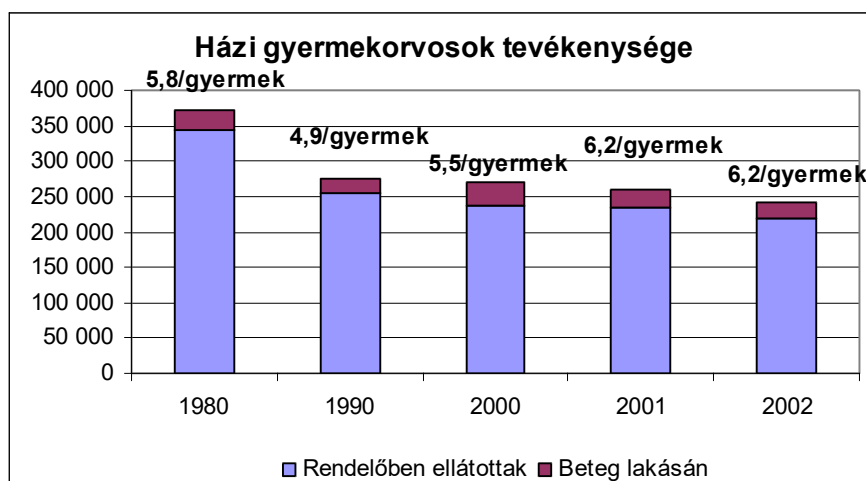
A vizsgálatok számának növekedése a felnőtt körzetekben meghaladta az orvos létszám növekedési arányát (17,3, ill 31,9 %-os növekedés). A napi átlagos betegszám felnőtt körzetekben 40-re nőtt.

A vizsgálatot igénylő betegek 90 %-át a rendelőben és 9-10 %-át az otthonában vizsgálták meg. Az otthoni vizsgálatok száma 1990-hez képest kétszeresére nőtt. Kedvezőtlen viszont az ápolónői látogatások nagyfokú csökkenése, ami az ellátottság romlásával magyarázható. Az ápolónők száma az 1999. évi 117 helyett 2001-ben már csak 105 fő volt. A jelenség országos és csak részben ellensúlyozza a hiányt az otthoni szakápolási szolgálatok megjelenése.



29. ábra

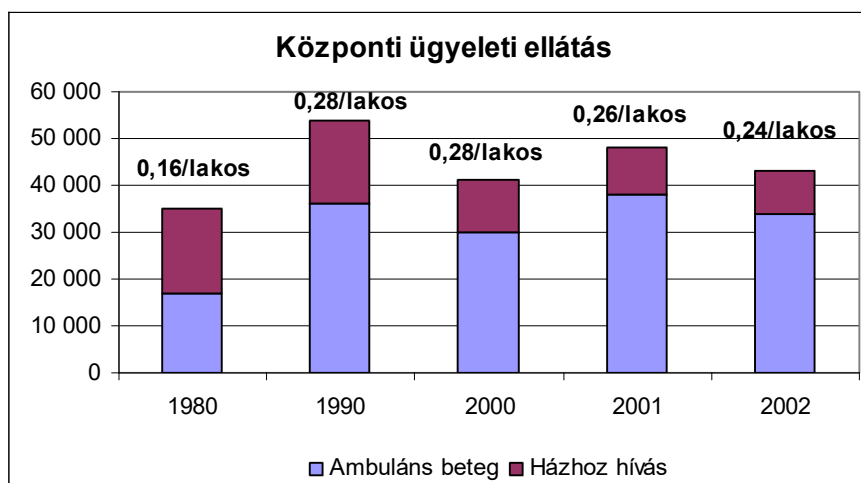
A gyermek körzetekben az ellátandó populáció 30%-kal csökkent, míg a körzetek száma lényegében nem változott (eggyel csökkent). Ez kedvezően befolyásolta az ellátottságot.



30. ábra

A napi átlagos forgalom jelentősen csökkent (33-ról 23-25 főre), ezzel együtt az egy főre jutó igénybevétel jelentősen nőtt (6,2 eset).

A központi házi orvosi ügyelet forgalma ingadozó. 1990 és 2002 között csak 5 %-kal növekedett (ezzel messze elmaradt az országos átlagtól), de a 2001. év a 48 ezer esettel kiugró év volt. A házhoz hívások száma is ingadozott, de aránya csökkent és 20 % körül stabilizálódott.



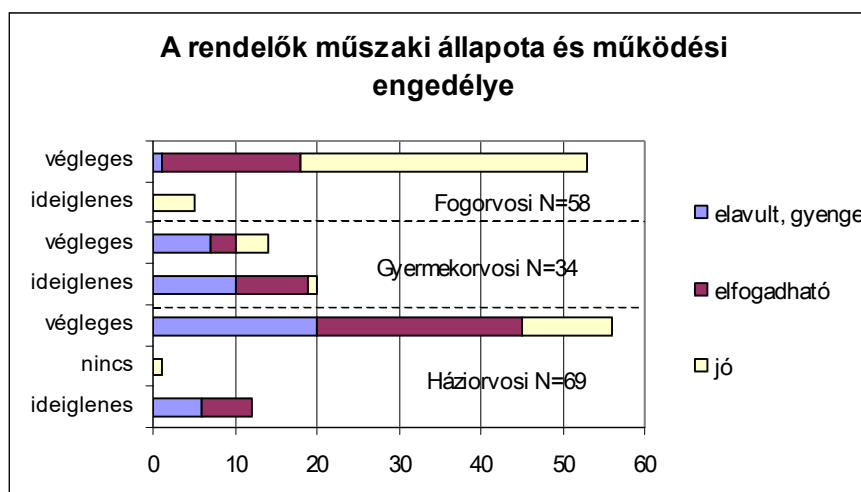
31. ábra

Alapellátási felmérés, 2003

Fontos információkat tartalmaz a Miskolc MJVÖ Egészségügyi és szociális osztálya által készített felmérés a rendelők állapotáról, az ellátott betegszámról, betegforgalomról, az ellátottak betegségeiről, az orvosok összetételéről (életkor, szakképzettség), valamint véleményéről a privatizációt és az ellátás fejlesztését illetően. (Lásd 17. melléklet)

A rendelők állapota

A 29. ábrán a rendelők műszaki állapota és az ÁNTSZ működési engedélyek közötti összefüggést ábrázoltuk.



32. ábra

Összességében a 161 rendelőnek csak 17%-át nyilvánították jónak, 28 % elfogadható, 31 % elavult, gyenge minősítést kapott. (A kritériumok nem voltak egyértelműen meghatározva!)

Végleges ÁNTSZ engedélye volt a rendelők 76 %-ának. Csupán egy felnőtt körzet nem kapott működési engedélyt a megkérdéskor, 23 %-nak ideiglenes működési engedélye volt.

A fogorvosi rendelők műszaki állapota lényegesen jobb a számok tükrében, ennek ellenére 4 jó állapotú rendelő ideiglenes engedéllyel dolgozott. A legnagyobb arányban a gyermek körzetek kaptak ideiglenes engedélyt, holott a rendelők állapotában nem mutatkozik olyan különbség, ami ezt indokolná.

Legkevesebb 32 rendelőt kellene olyan állapotba hozni, hogy megkaphassa a végleges működési engedélyét.

Körzetnagyság

Az átlagos körzetnagyság az a tényező, amit ha sikerül optimalizálni, nagyban hozzájárul mind az ellátottak, mind az ellátók elégedettségéhez. A nagy körzeteknek a forgalma is nagyobb, aránytalanul nagy terhet jelent a napi betegrendelésen helytállni és nem marad ideje és energiája az orvosnak a szűrésre-gondozásra. A degressziós szorzó miatt a finanszírozás nem arányos a többlet munkával, aminek szintén az optimális körzetnagyságra való ösztönzés a célja.

Alapellátási körzetek lakosság száma, Miskolc, 2003

	házi orvos		fogorvos
	felnőtt	gyermek	
átlagos kártyaszám	1 553	792	1 824
min	629	380	472
max	2 415	1 200	4 060
medián	1 550	770	1 573

Forrás: Miskolc MJVÖ Egészségügyi és szociális osztály felmérése, 2003

21. táblázat

Miskolcon a házi orvosi ellátásban a körzetnagyságok szélsőségesek. A felnőtt ellátásban a legkisebb és a legnagyobb körzet között négy-, illetve háromszoros különbség van. A fogászati ellátás szerkezete még ennél is torzabb. Ott ötszörös különbséget találtunk. Ez nem kedvez a minőségi ellátásnak és ha közös célok érdekében erre törekszünk, akkor igazságosabbá kell tenni a kiindulási feltételeket. Különben nem lehet számonkérni, ha egyes körzetek nem érik el a kitűzött célokat.

Érdekes összevetni a kétévenkénti KSH adatszolgáltatás adataival a házi-orvosok válaszai alapján leggyakoribbnak tartott felnőtt- és gyermekkori megbetegedéseket.

Emlékeztetőül a 10 ezer lakosra számított gyakoriságok alapján a rangsor magasvérnyomás, ischaemiás szívbetegség, gerincbántalom (spondylo-áthiák) és diabetes mellitus volt.

A mindennapi tapasztalat alapján is ez a négy betegség, illetve betegségcsoport került az élre, csak más sorrendben:

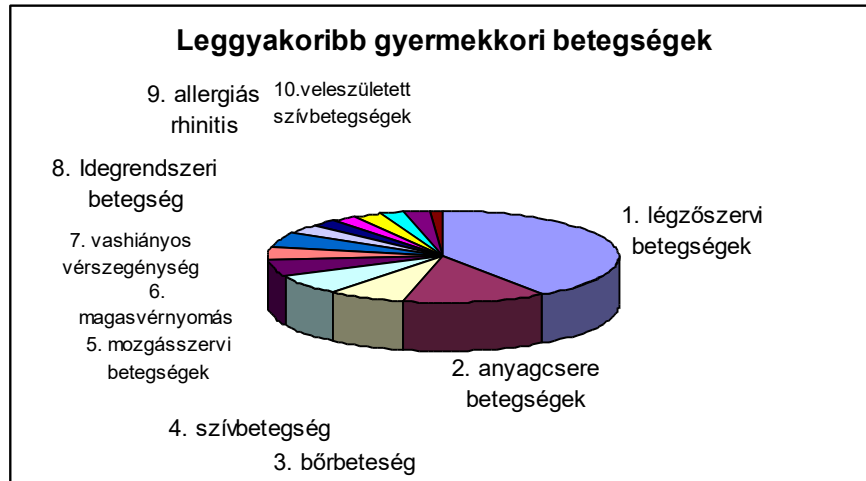
Leggyakoribb megbetegedések a felnőtt háziorvosi gyakorlatban Miskolc, 2003.

Betegség rangsora	Magas- vérnyomás	Diabetes mellitus	Ischaemiás szívbetegség	Mozgásszervi betegség
első	48	3	7	4
második	3	32	11	11
harmadik	4	4	12	11
negyedik	-	-	2	4
ötödik	-	-	-	1
összesen	55	39	32	31

22. táblázat

A magasvérnyomást 48-an tették az első helyre. A jóval ritkább cukorbetegség 32 főnél a második helyre került és jócskán megelőzte az ischaemiás szívbetegséget. Tehát a betegségek nem tényleges gyakoriságuk, hanem más szempontok (fontosságuk?; ellátási igényük?; gondozási, ellenőrzési gyakoriságuk?) szerint kerülnek a házi-orvosok figyelmének középpontjába.

A gyermekorvosoknál a jelentésükkel egyezően a légzőszervi betegségek, ezen belül elsősorban az asthma és az obstruktív bronchitis, valamint az anyagcsere betegségek kerültek az élre. A prevalenciát tekintve 3. Helyen álló mozgásszervi betegségeket viszont a szubjektív megítélés alapján megelőzik az allergiás bőrbetegségek és a szívbeteg.



33. ábra

Valid adatok, mérések nélkül tehát nem lehet sem a lakosság egészségi állapotát, sem ellátottságát megítélni.

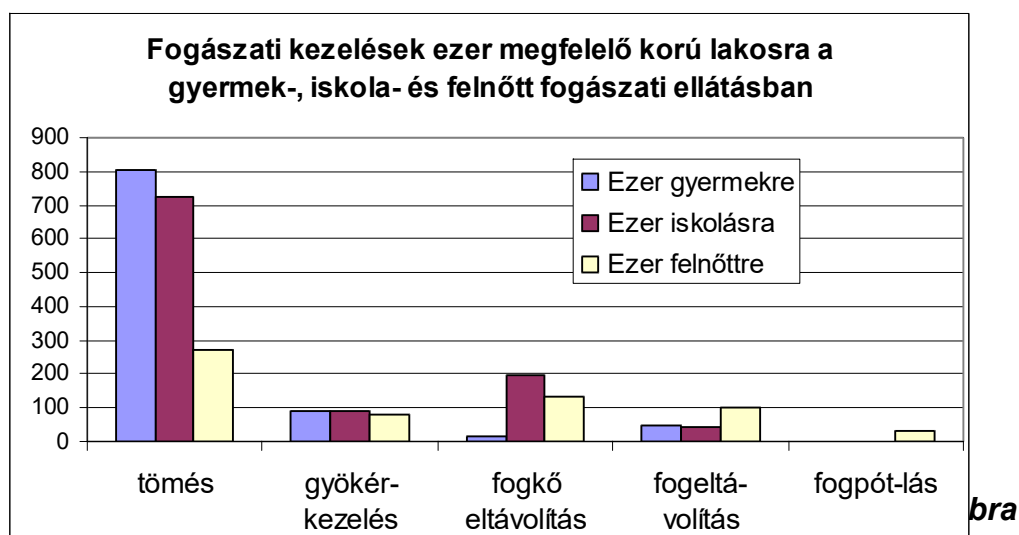
A fogászati alapellátásra vonatkozóan betegforgalmi adatok is szerepeltek a beszámolóban. Ez alapján a fogorvosok havi átlagos betegforgalma 206,9 eset (min 43; max 700, medián 180), azaz tág határok közt változik. Az egy betegre jutó idő ráfordítás (percátlag) 34,7 perc (min 5,5; maximum 72 perc, medián 32,5 perc).

Fogászati ellátás alapadatai, Miskolc, 2003.

	Rendelés db	Beteg szám	Gondozásba vett betegek száma	Gondozott arány	Percátlag
gyermek	7	9 750	6 941	71%	25
iskola	20	33 384	24 823	74%	21
felnőtt	31	96 538	36 349	38%	37

23. táblázat

A betegszámot a korcsoportos adatokkal korigáltuk, mert egyes esetekben lényegesen kisebb értékek voltak megadva. Az így számolt gondozási arány a gyermek- és iskolafogászati ellátásban közel azonos lett (71-74%), bár számosan teljeskörűnek (100%) jelentették a gondozást. A felnőtt ellátásban, ahol az ellátottak 22 %-a volt megközelítőleg 60 év feletti, ez az arány 38 % volt.



Megvizsgáltuk az ellátandó népességcsoportokhoz viszonyítva az egyes tevékenységek gyakoriságát. (31. ábra) Gyermekkorban (0-6 évesek) majdnem minden gyermekre jut évi egy fogtömés. Iskolás korban (7-14-18-25 évesek) ez a szám kb. 10%-kal, felnőtt korban viszont 70 %-kal, 300 ezrelék alá csökken. Ezzel párhuzamosan viszont a fogeltávolítás és a fogpótlás aránya nő. A fogkő eltávolítás, - ami évenként kívánatos lenne - sem történik megfelelő rendszerességgel, felnőtt korban e téren is romlik a helyzet.

Orvosok átlagéletkora, képzettsége

A választ adó 69 háziorvos átlag életkora 49,2 év volt (min 33; max 68; medián 50). Átlagosan 1,8 szakvizsgával rendelkeztek. 29 főnek egy (56%), 25 főnek kettő (36%), 14 főnek három (20%) és két főnek 4 szakvizsgája is van. Csaknem mindenkinek (67 fő) van valamilyen alapellátási szakvizsgája, legtöbbször háziorvostanból. 25 főnek belgyógyászati, illetve belgyógyászatra ráépített szakvizsgája van (pl. kardiológia), a háziorvostan, illetve az általános orvostan előtt ez volt kívánatos az alapellátásban. Foglalkozás-egészségügyi, illetve a korábbi üzemvostan szakvizsgával 16 fő rendelkezik. Nagy műtétes szakmából érkezett 9 fő, 7 főnek egyéb (bőr-, tüdőgyógyászati, szülész-nőgyógyász, aneszteziológia, fül-orr-gége) szakképzettsége van. Ennek a háziorvosi prevenció és szűrővizsgálati programok szervezésénél lehet nagy jelentősége.

A házi gyermekorvosok közül 32 főnek egy, 24 főnek kettő és 8 főnek három szakvizsgája van. Valamennyien csecsemő és gyermekgyógyászok, ezen felül legtöbbjüknek iskolaegészség, ifjúságvédelem, egy-egy főnek nephrológusi, haematológiai vagy neonatológus szakvizsgája van.

Az 58 fogorvos közül mindenki fogszakorvos, illetve fog-és szájbetegségek szakorvosa az újabb képzési trendnek megfelelően. 11 főnek van két, és 3 főnek három szakvizsgája. 9 fő gyermekfogászatból is vizsgát tett.

Rendelő tulajdonosa	feelnőtt háziorvos	gyermek-körzet	fogászat	Összesen
Önkormányzat	50	31	41	122
Társasház	5	1		6
Önálló	9	2	13	24
Saját	1	-	-	1
Egyéb, nem ismert	4	-	4	8
Összesen	69	34	58	161

24. táblázat

A rendelő tulajdonosa

122 rendelő (76 %) jelenleg önkormányzati tulajdon. Öt társasházban van, 9 önálló rendelő és mindössze egy van saját tulajdonban.

Az uniós csatlakozás következtében meg kell oldani a rendelők akadálymentes megközelítését a mozgáskorlátozott betegek érdekében. Az önkormányzat ezt is felmérte és megállapította, hogy minden második rendelőben fennáll a hiányosság.

**Akadálymentes közlekedés biztosítása az orvosi rendelőkben
Miskolc, 2003**

Akadálymentes közlekedés	házi orvos		fogorvos	összesen
	felnőtt	gyermek		
biztosítva van	16	12	48	76
nincs biztosítva	53	22	9	84
nem ismert	-	-	1	1
összesen	69	34	58	161

25. táblázat

Az 50 %-os arányt a fogorvosi rendelők jó helyzete biztosítja, amennyiben 70%-ban eleget tesznek ennek a követelményeknek. A felnőtt körzetek 77, a gyermek körzetek 32 %-ában fennáll a hiányosság.

A rendelők működtetése évi 45 millió Ft költség az önkormányzatnak. Mivel a praxisjog már vagyoni érték, a rendelőknek a házi orvosok tulajdonává válásával, privatizációjával nőne a praxisok értéke, egyúttal lenne az épületeknek, helyiségeknek valódi gazdája.

Vizsgálta tehát az önkormányzat a házi orvosok elvi álláspontját és gyakorlati készségét a változtatásra.

A miskolci felnőtt házi orvosok 25%-a (69 válaszadóból 17 fő) venne részt a privatizációban, bár csak 11 fő ért vele egyet. Határozott nemmel felelt a megkérdezettek fele, 34 fő, bár közülük vannak, akik egyetértenek, de mégsem kívánnak részt venni (2 fő). 10 fő bizonytalan.

A házi gyermekorvosok körében 24% volt az igenlő (8 fő 34 orvosból), bár ezeknek is csak a fele ért is egyet a dologgal. Határozott nemmel felelt 13 fő és hatan bizonytalankodtak.

Emberektől csak akkor lehet elvárni, hogy támogassanak célokat, változásukat, ha meg tudjuk győzni, hogy az érdekeiket és a haladást szolgálja a változtatás.

Foglalkozás-egészségügyi ellátás

A foglalkozás-egészségügyi ellátó rendszer 1995-99 között jelentős fejlődésen ment keresztül, amely alapvetően a törvényi szabályozásnak és a rentábilis működésnek köszönhető. Az alábbi megyei adatok jól demonstrálják a tendenciát.

A foglalkozás-egészségügyi ellátás betegforgalmi adatai
BAZ megye, 1995-2002

Megnevezés	1995	1998	2000	2001	2002
Ellátásban dolgozók	43	80	140	147	149
Ellátott dolgozó	96 960	122	128	129	122 762
Összes forgalom	183	130 294	820 303	251 297	301 855
Ebből alkalmassági vizsgál- lat	663 90 841	086 114	292 113	742 109	112 465
Gondozási eset	28 699	44 131	46 082	44 482	46 966
Sürgős ellátás	16 245	12 294	7 190	10 098	7 279
Foglalkozási betegség mi- atti ellátás	541	1 325	283	210	257
Szűrővizsgálati eset	47 337	66 703	80 585	78 030	78 536

BAZ megye statisztikai évkönyv, KSH 2002

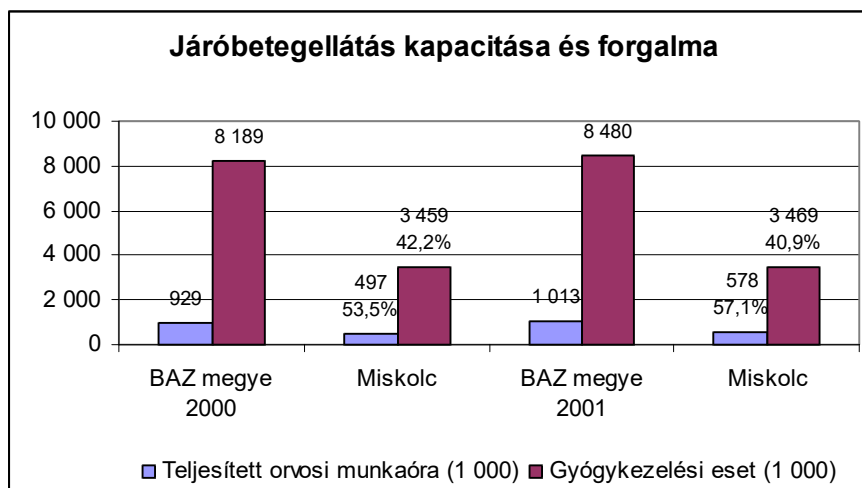
26. táblázat

Jól látható, hogy 2000-re három és félszeresére nőtt az ellátásban dolgozók száma, miközben a dolgozói létszám lényegében nem változott. A betegforgalom és ezen belül az alkalmassági vizsgálatok száma sem változott, ellenben javult a gondozás és lényegesen csökkent mind a sürgős ellátási esetek, mind a foglalkozási megbetegedések száma. A szűrővizsgálatok száma közelít a dolgozói létszámhoz. Összességében elmondhatjuk, hogy a foglalkozás-egészségügy hatékonysága javult.

Járóbeteg-szakellátás

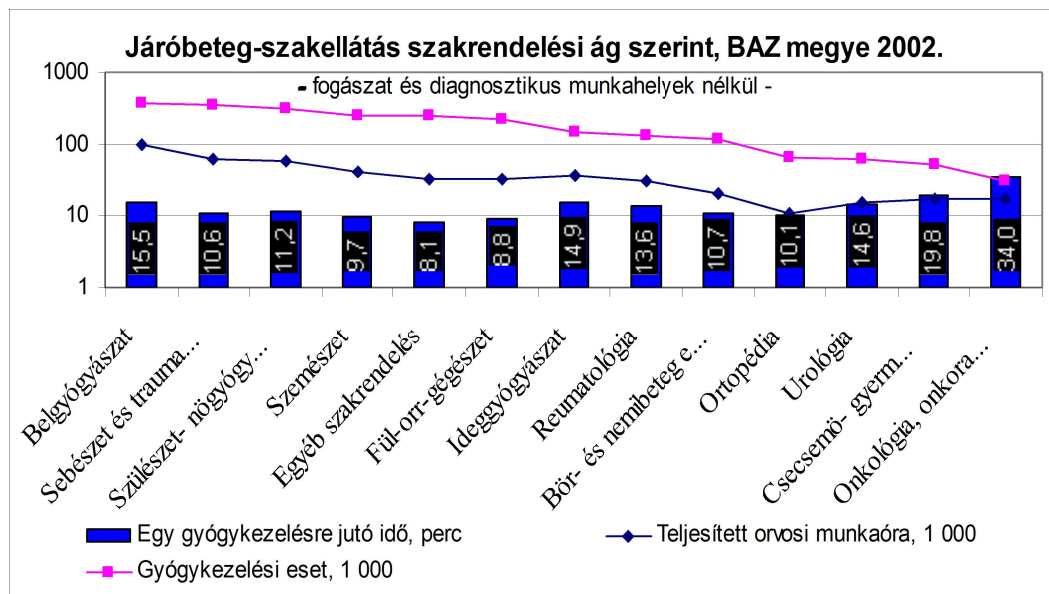
BAZ megye járóbeteg ellátási óraszámának több, mint felét, növekvő mértékben Miskolc adja (2001: 57,1%).

A fogászati-szájsebészeti óraszám teszi ki a rendelési idő 27,5%-át, a speciális diagnosztikai és terápiás kapacitások (elsősorban a laboratórium és a képződiagnosztika) további 24,5%-ot jelent.



Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002, 200. oldal
35. ábra

Ha a nagytömegű fogászati és diagnosztikai ellátást figyelmen kívül hagyjuk, a szakorvosi teljesítések szakmánként a következő módon oszlottak meg a megyében:



Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002, 200. oldal
36. ábra

A rangsorban élen álló nagy óraszámú 3 alapszakma (belgyógyászat, sebészetek, szülészet-nőgyógyászat) az óraszám 46,1, a betegforgalom 44,1%-át tette ki.

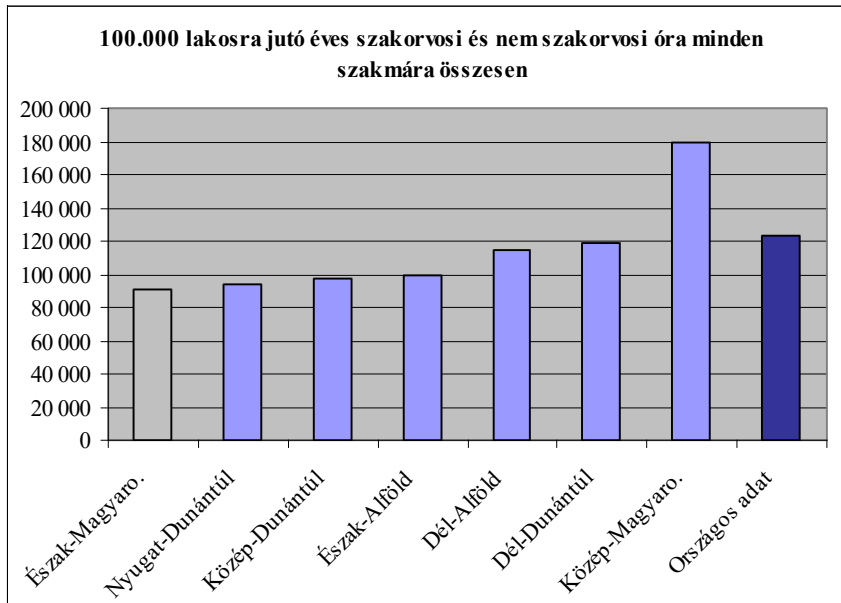
A 33. ábrában feltüntettük a percátlagokat, azaz az egy betegre számított kezelési időt, ami átlagosan 12 perc volt. Egyetlen szakterületen, az onkológiában haladta meg a 30 percet. Az utána következő csecsemő- és gyermekgyógyászatban megközelített a 20 percet.

Általában elmondható, hogy az ellátott esetszámok jól korreláltak a rendelkezésekre álló kapacitásokkal. Az ideggyógyászat, urológia, reumatológia átlag feletti percátlaga indokolt.

Ellátott esetszám					
	Megyei	Szt. Feren	Semmelwe	Diósgyőr	összesen
bel	8700	4058	13808	3719	30285
seb	14061	0	18634	11732	44427
trauma	37566	0	0	18390	55956
szül	33879	0	56934	31630	122443
gyermek	100902	0	0	0	100902
gége	66138	0	28718	16651	111507
szemészet	36423	0	50184	17335	103942
neurológia	23580	0	12220	17495	53295
ortopédia	33471	0	0	4295	37766
urológia	21078	0	21440	4974	47492
onkológia	23850	1758	478	1870	27956
elme	23634	6902	8700	0	39236
angiológia	21774	0	0	0	21774
haematológia	4230	0	10134	0	14364
Immunológiai	717	7598	6196	0	14511
endokrin	17523	0	7964	2904	28391
gastroenterológia	7734	4788	6264	994	19780
érsebészet	9504	0	674	0	10178
idegsebészet	16989	0	0	0	16989
osteoporózis	4821	6474	6846	2853	20994
kardiológia	16350	24318	5600	6368	52636
bőrgyógyászat	6357	0	40320	3977	50654
Infektológia	0	0	2700	0	2700
labor	162303	46200	99842	52215	360560
rtg	35760	22460	17232	32179	107631
UH	57063	8698	37322	18741	121824
pathológia	31605	0	24694	11606	67905
anesteziológia	3726	0	1596	2399	7721
foglalkozás eü.	375	0	1992	0	2367
izotóp dg.- th.	6468	0	0	0	6468
gondozó	603	0	3106	0	3709
addiktológia	4605	0	12698	0	17303
fizoth gyógyt.	129429	44820	69836	105855	349940
reuma.	0	31466	11446	4795	47707
rehabilitáció	3225	0	0	1095	4320
pulmonológia	6340	23830	0	0	30170
tüdögondozó	0	13136	0	0	13136
szűrés	0	0	143774	0	143774
Mammográfia	9966	0	14990	7905	32861
összesen	980749	246506	736342	381977	2345574

27. táblázat

Országos összehasonlításban a járóbeteg szakellátási kapacitások tekintetében durva tájékozódásra alkalmas adat a 100.000 lakosra jutó rendelési óraszám, ami az intézményi kapacitást és a rendelkezésre álló orvosi erőforrást is magában foglalja. (Az adatok 2000. október – 2001. szeptember közötti OEP szerződéseken alapulnak.)



Forrás: jarokapacitas_graf.xls
37. ábra

Ennek értéke a régióban 90.670 óra/év/100.000 lakos. **Ez az országban a legkisebb érték.** (max.178.998, orsz. 123.682). További elemzések során majd a rendelőintézzettel való ellátottságot, a lakóhelyhez legközelebb eső járóbeteg-ellátó intézmény átlagos távolságát stb. is figyelembe kell venni.”- olvasható a Magyarország régióinak egészségügyi helyzetét bemutató tanulmányban.

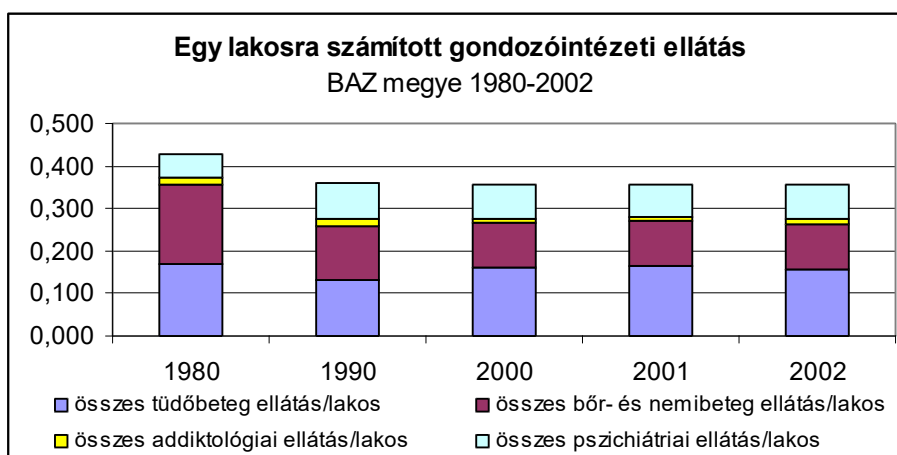
Gondozó intézeti ellátás

A tüdőgondozó betegforgalma a kilecvenes évekre csökkent, majd nőtt, 2000 óta stagnál. Ezen belül az új aktív tbc-s esetek minimális ingadozást, a hörgőrákos esetek lassú emelkedést mutatnak. A primer hörgőrákkal gondozott esetek száma a kezelt esetek élettartamának növekedése miatt 1990 óta megduplázódott.

A bőrgondozó betegforgalma a 2000-ben elért legalacsonyabb éves forgalomhoz képest minimálisan nőtt. A nemibetegek és a nemi betegségekkel kapcsolatos szűrővizsgálatok száma lecsökkent. 2000 óta itt is végeznek HIV szűrővizsgálatokat. A bőrbetegségek miatti betegforgalom viszont 2000 óta mintegy 20%-kal növekedett.

Az Addiktológiai ellátás az alkoholfogyasztással összefüggő magas halálozáshoz és a háziorvosi adatokhoz képest elenyésző és csökkenő tendenciát mutat. A gondozásba vett új betegek száma a '80-as évekhez képest egytizedére, de a '90-es évekhez képest is kb. egyharmadára esett vissza. A nyilvántartott betegek száma egynegyede az 1990. évinek. Ha figyelembe vesszük, hogy az adatok 1994 óta a drog, valamint a kevert típusú (alkohol, drog, gyógyszer együtt) betegeket is tartalmazzák – a felnőtt és gyermek lakosságra vonatkozóan -, akkor belátható, hogy a változások elemzése feltétlenül indokolt, mert nincs összhangban az elvárható gyakorlattal, a rászoruló felkutatásával és adekvát kezelésével.

A pszichiátriai gondozók betegforgalom 1990-ig nőtt, azóta kismértékben ingadozik. A gondozottak megjelenéseinek aránya 50% körül van. A nyilvántartott betegek száma 1990 óta mintegy egyharmadával csökkent, számuk 2000 óta évről-évre minimálisan emelkedik, 5 ezer körül van.



Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002, 201. oldal
38. ábra

Az ábra egy lakosra vetítve ábrázolja a gondozóintézeti ellátás összesített esetszámainak időbeli alakulását. A 2000-2001. évi miskolci adatokat hozzárendelve megállapítható, hogy a tüdőbeteg ellátottságban (2000: 0,163 – 0,173; 2001: 0,164 – 0,164) a betegforgalom alapján nem volt különbség. A bőr- és nemibeteg ellátottság mutatói a megyeközpont magasabb ellátási igényét mutatta (2000: 0,104 – 0,163; 2001: 0,106 – 0,185)

Az addiktológiai adatok alapján az ellátottságban nincs különbség (2000: 0,009 – 0,008; 2001: 0,011 – 0,012). A pszichiátriai ellátás az a terület, ahol a megyei mutató és Miskolc között a különbség kétszeres (2000: 0,078 – 0,147; 2001: 0,079 – 0,143). (Ha a megyei ellátottságot Miskolc adatai nélkül vizsgáltuk volna, a különbségek még nagyobbak lettek volna.)

Kórházi ellátás

1996-2002 között országosan a kórházi ágykapacitás 13,1 %-át szüntették meg, a leépítés az eleve szűkös krónikus kapacitásokat érintette nagyobb mértékben (75 %).

A kórházi ágyszám változásai 1996-2002 között

megnevezés	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Városi kórházak összesen	Megyei Kh.	BAZ megye	ország
Aktív fekvő 1996	886	366	1 252	1 531	4 383	64 449
Krónikus 1996	286	0	286	286	1 704	28 575
Összesen	1 172	366	1 538	1 817	6 087	93 024
Aktív fekvő 2002	828	329	1 157	1 435	4 213	61 342
Krónikus 2002	185	20	205	193	1 202	19 502
Összesen	1 013	349	1 362	1 628	5 415	80 844
Változás - aktív	-58	-37	-95	-96	-170	-3 107
Változás - krónikus	-101	20	-81	-93	-502	-9 073
Összesen	-159	-17	-176	-189	-672	-12 180
Változás %	-13,6%	-4,6%	-11,4%	-10,4%	-11,0%	-13,1%

Forrás: www.gyogyinfok.hu

28. táblázat

Miskolc város két kórháza közül a Semmelweis kórházban a leépítés meg- egyezett az országossal, a Diósgyőri Kórházban viszont az évek során fej- lesztésekkel tudták ellensúlyozni a leépítést, többek között krónikus ágya- kat helyeztek üzembe, amivel a hosszú ápolások megoldására így intéze- ten belül megoldás nyílt. A megyében és a Miskolci Megyei kórházban, amely szintén részt vesz a helybéli lakosok ellátásában, az ágyleépítés az országosnál kisebb arányú (11%) volt.

Ha szakmánként vizsgáljuk az ágyszám változásokat, szembetűnik, hogy a kórházak szerkezetében nagyobb változások voltak, mint ami az ágy- számban tükröződik. BAZ megyében elsősorban a gyermekellátás ágyait sikerült koncentrálni a megyei kórház Gyermekegészségügyi Központjába. (19. melléklet)

Míg országosan csak az intenzív ellátás bővült a struktúra módosítás ke- retében, addig Miskolcon a Semmelweis kórházban az urológia, a Diós- győri Kórházban a neurológia ágyszáma emelkedett. A fül-orr-gégészet kapacitását megőrizték. A legnagyobb csökkenés a Semmelweis Kórház szülészeti és bőrgyógyászati ágyszámában volt.

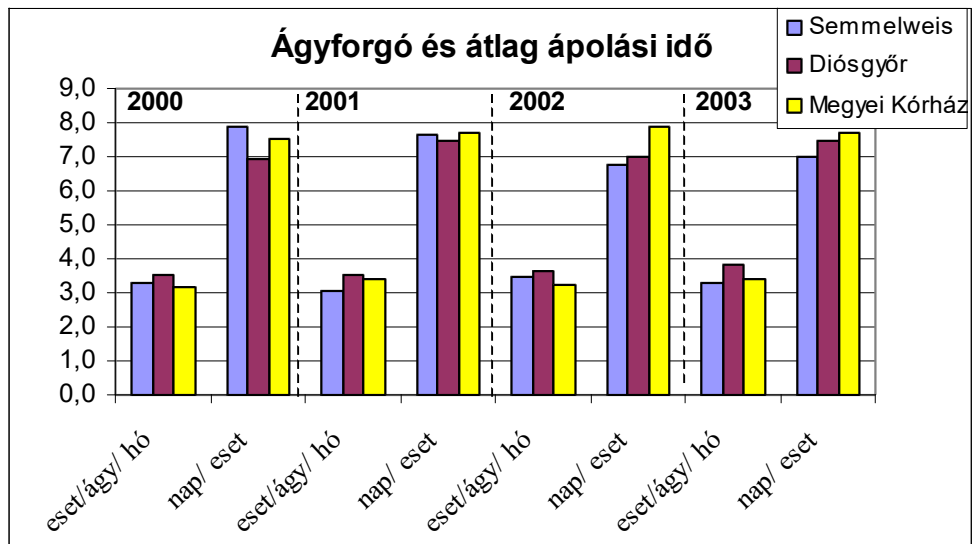
A megye kórházi struktúrájának módosulása összességében nem növelte a város szerepét BAZ megye fekvőbeteg-ellátásában. Miskolc népessége 2002-ben a megye lakosságának 24,5%-át, az országnak pedig 1,8%-át képviselte. A városi kórházak ágykapacitása ekkor az ún. nagy alapszakmákban (belgyógyászat, sebészet, szüléset-nőgyógyászat) a megyei ágyszámok 33-42 %-át, az országosnak pedig 1,9-2,8 %-át tette ki.

Kissebészeti szakmákban nagyobb eltérések adódtak: a fül-orr-gégészeti ágyak alatta maradtak az országos aránynak (1,6%), ugyanakkor a megyén belül a kapacitások egyharmada ide koncentráldott. Szemészeti ágyakból – ha csak a lélekszámot vesszük alapul – másfélszeres, bőrgyógyászatból jelentős, kb. háromszoros többletkapacitás van (megyei ágyak 72,7%-a, az országos 6,9%-a van a városi kórházakban). Az urológia helyzete a szemészethez hasonlítható.

A megye neurológiai ágyainak 42,9%-a koncentráldik a városi kórházakba (országos 3,9%-a). Az intenzív ágyak aránya maradt csak alatta a lakossági aránynak, a megyei ágyak 19,7, az országos 1,2%-a van biztosítva.

Az ilyen vizsgálódás csupán figyelem felkeltő, tájékoztató, csak az egyes területek betegellátásának elemző vizsgálatával – beleértve a betegutak vizsgálatát és az időbeli elérhetőséget – lehet meghozni a párhuzamos ellátások és a felesleges továbbutalások kiküszönölésére, a szolgáltatások javítására vonatkozó döntéseket.

Az akut ágyak Miskolcra koncentráldásával az intézetek piacot nyertek, ami csökkenti a fajlagos költségeiket, a fenntartó önkormányzat szempontjából viszont azt jelenti, hogy kb. 4 %-kal nagyobb lélekszámról kell gondoskodniuk, mint amihez a lakossági fejkvóta szerint támogatást kapnak. A lakosság szempontjából a kórház jelenléte biztonságosabb ellátást, jobb hozzáférhetőséget jelent. A miskolci lakosok a városi intézetek mellett igénybe veszik az ugyancsak helyben lévő megyei kórházat is, ennek arányára vonatkozóan sajnos nem tudunk adatokat kapni.



39. ábra

A kapacitás kihasználása annál nagyobb, minél több beteget képes a kórház egy ágyon ellátni, ezt nevezzük ágyforgónak. Minél rövidebb az átlagos ápolási idő, az ágyforgó annál magasabb, ha jól szervezik a kórházi felvételeket és van elég felvételre váró beteg.

A 2000-2004 közötti mutatók szerint a Diósgyőri kórház tudta csak kisebb visszaesések nélkül folyamatosan növelni az egy ágyról kibocsátott betegek számát. A Semmelweis kórház viszont az átlagos ápolási idő csökkentésében volt a legsikeresebb, igaz a legmagasabb értékről is indult.

Miskolc városi kórházi esetszámok a megye és az ország adataihoz viszonyítva, 1996-2002

megnevezés	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Városi kórházak összesen	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	megye %-ában	ország %-ában
Aktív fekvő 1996	26 981	14 699	41 680	50 701	147 147	2 147 189	28,3%	1,9%
Krónikus 1996	4 004	0	4 004	3 228	24 754	319 347	16,2%	1,3%
Összesen	30 985	14 699	45 684	53 929	171 901	2 466 536	26,6%	1,9%
Aktív fekvő 2002	34 202	14 325	48 527	55 459	165 777	2 519 932	29,3%	1,9%
Krónikus 2002	1 926	59	1 985	2 423	13 011	188 212	15,3%	1,1%
Összesen	36 128	14 384	50 512	57 882	178 788	2 708 144	28,3%	1,9%
Változás - aktív	7 221	-374	6 847	4 758	18 630	372 743		
Változás - krónikus	-2 078	59	-2 019	-805	-11 743	-131 135		
Összesen	5 143	-315	4 828	3 953	6 887	241 608		
Változás %	16,6%	-2,1%	10,6%	7,3%	4,0%	9,8%		

29. táblázat

A miskolci városi kórházak ágykapacitásukat meghaladó és növekvő mértékben vettek részt a megye betegellátásában. Míg az ágyak aránya a két vizsgált évben nem változott (25,3/25,2 % illetve 1,7 % volt), addig az ellátott esetek aránya 26,6%-ról 28,3%-ra nőtt, a növekedés az aktív fekvő-beteg-ellátásban következett be (Lásd Semmelweis Kórház 7221 eset), a krónikus ellátás esetszáma csökkent. (Valójában ennek egy része „áthelyeződött” az aktív ellátásba (elme ágyak egy részének kapacitása.) A változások az országos arányt nem befolyásolták, mert a betegforgalom országosan is 10%-kal megnövekedett.

Osztályonként vizsgálva kiugró eredményt ért el az urológia a Semmelweis kórházban (+217%), illetve a neurológia a Diósgyőri kórházban (+73%). Kiemelkedő volt a szemészet betegforgalmának növekedése is (+59%).

Az ápolási napok számának csökkenése világtendencia. Az okok közt említhető a kivizsgálások és gyógy módok hatékonyságának javulása, az igen drága kórházi költségek lefaragására való törekvés és a kórházi tartózkodás tartamával egyenes arányban növekvő kórházi ártalmak elkerülésének szándéka.

Hazánkban 1996-2002 közt az onkológiától, a rehabilitációtól és intenzív betegellátástól eltekintve minden szakterületén csökkent az ápolási napok száma (összesen 2,16 millió nappal, 8,5%). Ez egy olyan hatalmas és drága rendszerben, mint az egészségügy, ahol közel évi 30 millió teljesíthető ápolási nap folyamatos, hatékony felhasználását kellene megoldani, azt feltételezi, hogy van stratégia a probléma kezelésére, de sajnos ilyen Magyarországon nincs.

**A kórházi ápolási napok számának változása
a megye és az ország adataihoz viszonyítva, 1996-2002**

Kórházi ápolási napok						
megnevezés	Simmel- weis Kh	Diósgyőri Kh	Városi kórházak összesen	Megyei Kh.	BAZ megye	ország
Változás - aktív	8 373	-5 265	3 108	-7 576	53 544	51 421
Változás - krónikus	-44 456	4 067	-40 389	-23 078	-143 771	-2 218 078
Összesen	-36 083	-1 198	-37 281	-30 654	-90 227	-2 166 657
Ágyszámban - aktív	23	-14	9	-21	147	141
Ágyszámban - krónikus	-122	11	-111	-63	-394	-6 077
Ágyszámban - összesen	-99	-3	-102	-84	-247	-5 936

Megj.: Az ápolási napok különbségét évi 365 nappal osztva becsültük a elszabadult, illetve többlet ágyszámot
30. táblázat

Fontos információ, hogy a „megtakarítás” az „olcsó” krónikus betegellátásban keletkezik, miközben a „drága” aktív fekvőbeteg ellátásban felhasznált kapacitások nőttek. A dolog „eredője” (az országos végeredmény) önmagában csak azt fejezi ki, hogy a kórházak továbbra is a jobb bevételt hozó aktív betegellátásból igyekeznek fennmaradni. Ezt alátámasztja a fentebb bemutatott betegforgalmi statisztika, ami a lakosság valós szükségleteivel szemben az aktív ellátások növekvő, a krónikus betegellátás csökkenő esetszámait mutatta.

A kórházak nem egyforma eséllyel vesznek részt az aktív fekvőbeteg kassza bevételeiért folyó versenyben. Miskolcon ebben a versenyben a Semmelweis Kórház volt a vizsgált időszakban a legsikeresebb, aktív „finanszírozási esetszámait” a megyei kórháznál is nagyobb mértékben tudta növelni. A Diósgyőri Kórház viszont azt a feladatot oldotta meg sikeresen, hogy kapacitásait legteljesebb mértékben az ellátandó lakosság

szükségeinek kielégítésére fordítsa. Nem keletkeztek az ápolási napok számának csökkentéséből számottevő szabad kapacitásai.

A progresszív (magasabb szintű) ellátás intézményei rosszabb helyzetben vannak, mert sokkal kevésbé tudnak „mazsolázni”, beteget kiválogatni vagy továbbutalni. A hozzájuk irányított súlyosabb betegeket, amelyek ellátásának feltételei a városi kórházakban nincsenek meg, nekik valóban egyre hatékonyabban kell ellátni.

Az egyes megyék közt nagy különbségek vannak, amit az is alátámaszt, hogy BAZ megyében egy aktív nap növekményre 3 krónikus csökkenés jut csak, míg az országos arány 1:50-hez.

Az átlagos ápolási idő az esetek és napok változásának aggregált mutatója. A miskolci kórházi adatokból kiolvasható, hogy szorosan követik az országos tendenciákat, míg a megye egészéről ez nem mondható el.

**Az átlagos ápolási idő változása
a megye és az ország adataihoz viszonyítva, 1996-2002**

Átlagos ápolási napok száma						
megnevezés	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Városi kórházak összesen	Megyei Kh.	BAZ megye	ország
Aktív fekvő 1996	8,2	7,2	7,9	8,8	8,2	8,0
Krónikus 1996	23,4	0,0	23,4	25,4	21,4	26,0
Összesen	10,2	7,2	9,2	9,8	10,1	10,3
Aktív fekvő 2002	6,7	7,1	6,8	7,9	7,6	6,8
Krónikus 2002	25,6	68,9	26,8	24,4	29,7	32,3
Összesen	7,7	7,3	7,6	8,6	9,2	8,6
Változás - aktív	-1,5	-0,2	-1,0	-0,9	-0,6	-1,2
Változás - krónikus	2,2	68,9	3,5	-1,1	8,3	6,3
Összesen	-2,5	0,1	-1,6	-1,2	-0,9	-1,7
Változás	-24,0%	1,0%	-17,5%	-12,2%	-8,8%	-16,7%

31. táblázat

Osztályonként vizsgálva a kórházakban is mutatkoznak azonban igen jelentős eltérések, amelyek okait érdemes lenne megvizsgálni, hogy meg-
rögzött szokások, vagy valós ellátási szükségletek vannak a háttérben. A
sebészet és az ideggyógyászat az a két szakterület, ahol valamennyi vizsgált kórházban és magában a megyében is magasabb az ápolás átlagos tartama, a Semmelweis Kórházban kiugró mértékben. Ugyanitt a bőrgyógyászat mutat kiugróan magas értéket. Meg kellene vizsgálni, hogy a la-

kosság egészségi állapotából adódó magasabb szükségletéről, az aktív betegellátásból a krónikus felé való betegáramoltatás hiányáról, vagy a kapacitásokhoz való ragaszkodásról van-e szó.

Kifejezetten alacsony a Diósgyőri Kórházban a traumatológia és a Semmelweis Kórházban a szüléset, az urológia és a fertőzőbeteg ellátás átlagos ápolási ideje.

Végül a kórházi teljesítmény-elvű finanszírozásban 1996 óta meglévő lehetőségre, az egynapos ellátás alkalmazására kerestünk és találtunk bizonyítékokat. Ezek olyan kórházi feltételeket igénylő egészségügyi szolgáltatások – többnyire műtéti beavatkozások -, amelyek után, ha megfelelő technikát, elsősorban altatási módszert alkalmaznak, nyugodtan hazabocsátható a beteg, mert nem szoktak fellépni későbbi komplikációk, szövődmények, sőt éppen azzal lehet ezeknek a számát csökkenteni, hogy rövid ideig tartózkodik az intézetben a beteg, kisebb esélye van pl. kórházi fertőzésre.

Az aktív fekvőbeteg-ellátásban történt változások relevánsak a kérdés szempontjából. Jól látható, hogy megyei, sőt országos vonatkozásban példamutató változások következtek be Miskolcon.

Az egynapos ellátás változása a megye és az ország adataihoz viszonyítva, 1996-2002

megnevezés	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Városi kórházak összesen	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	megye %-ában	ország %-ában
Aktív fekvő 1996	342	77	419	1 056	2 007	28 921	20,9%	1,4%
Krónikus 1996	425	0	425	1	490	2 374	86,7%	17,9%
Összesen	767	77	844	1 057	2 497	31 295	33,8%	2,7%
Aktív fekvő 2002	2 130	136	2 266	1 894	4 572	61 342	49,6%	3,7%
Krónikus 2002	0	0	0	0	0	19 502	0,0%	0,0%
Összesen	2 130	136	2 266	1 894	4 572	80 844	49,6%	2,8%
Változás - aktív	1 788	59	1 847	838	2 565	32 421		
Változás - krónikus	-425	0	-425	-1	-490	17 128		
Aktív %	523%	77%	441%	79%	128%	112%		

32. táblázat

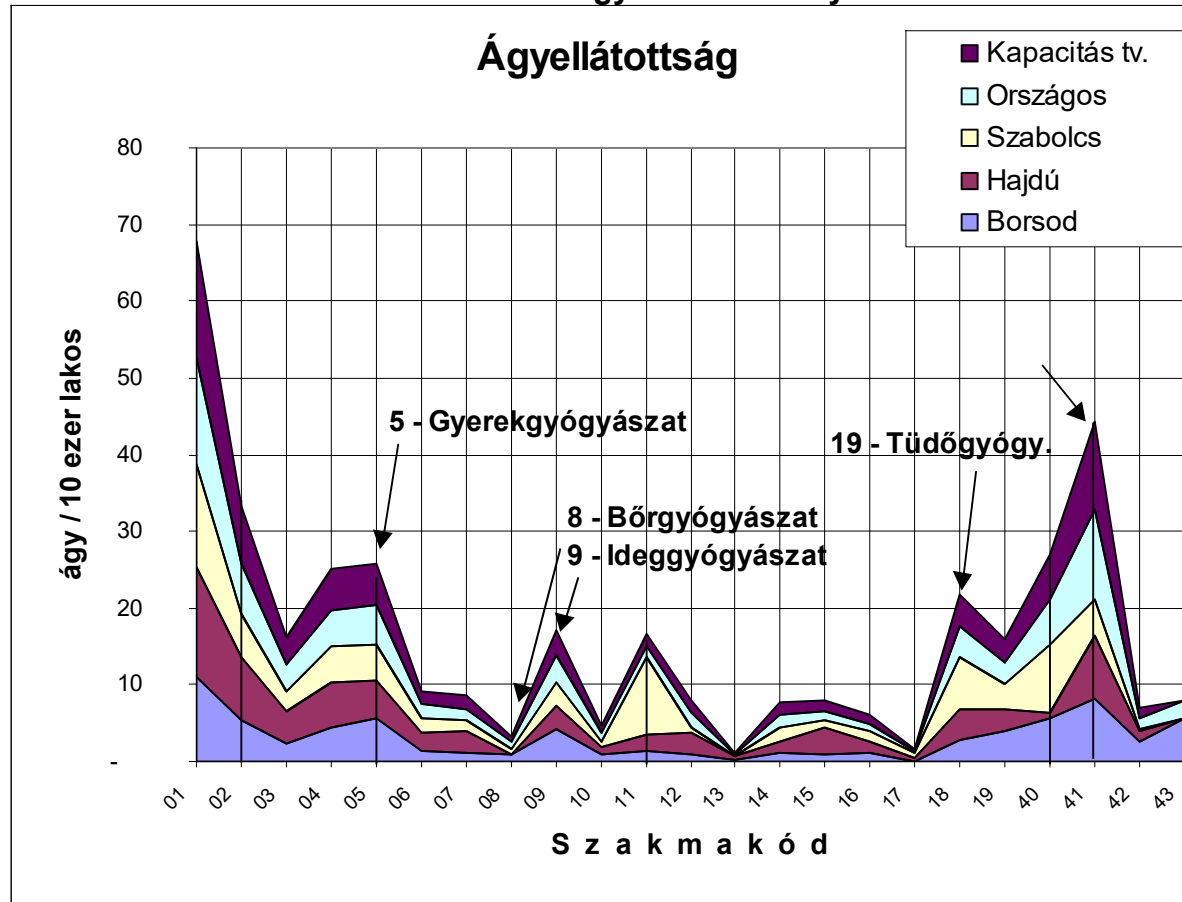
Osztályonként vizsgálva a Semmelweis Kórház szüléset-nőgyógyászatán és urológiáján, a Diósgyőri Kórház traumatológiáján találtunk kiugró eset-számokat. Ennél már csak az lenne jobb eredmény, ha a szüléseten lé-

nyegesen kisebb lenne ez az esetszám, mert vélhetőleg tömegesen végzett abortuszokról van szó. A kérdés megítélése a szolgáltatók orvosszakmai vezetésének a kompetenciája. A pozitív tapasztalatokat széles körben, akár országosan lenne jó hasznosítani, mivel az egynapos ellátások körének bővítése a fekvőbeteg-túlsúlyos hazai egészségügy egyik kulcskérdése.

Sajátos helyzet, hogy Miskolc gyermek lakosságának kórházi ellátása centralizáltan, egy helyen, a megyei Gyermek-egészségügyi Központban történik. A centralizáció szükséges és jó dolog, ráadásul a lakosságnak ugyanúgy helyben van, mint a felnőtt ellátás. Annak érdekében azonban, hogy tisztázottak legyenek a feladatok, kinek mit kell tennie a helyzet javítása érdekében, az önkormányzatnak, az általa működtetett szolgáltatóknak és szolgáltatóknak (gyermek házi orvosok, védőnői szolgálat, anya-nővédelem, családsegítő szolgálat) szoros együttműködésére van szükség.

Végül a 38. ábra segítségével két szomszédos megye (Szabolcs-Szatmár megyében BAZ megyéhez hasonlóan nincsenek egyetemi klinikák), az országos és az 1996. évi ún. Kapacitás törvény alapján ábrázoltuk a 10 ezer lakosra jutó ellátottsági mutatókat és mutatunk rá, hogy a feltüntetett 4 szakma kivételével kapacitás hiány van a megyében. Nem azért tesszük ezt, hogy azt sugalljuk, pénzt kell szerezni ezek létrehozására. Ez lehetetlen és felesleges is lenne. A meglévő kapacitásokkal kell jobban gazdálkodni. Külön szerencse, hogy nem indokolt drasztikus kapacitás leépítésekben gondolkodni!

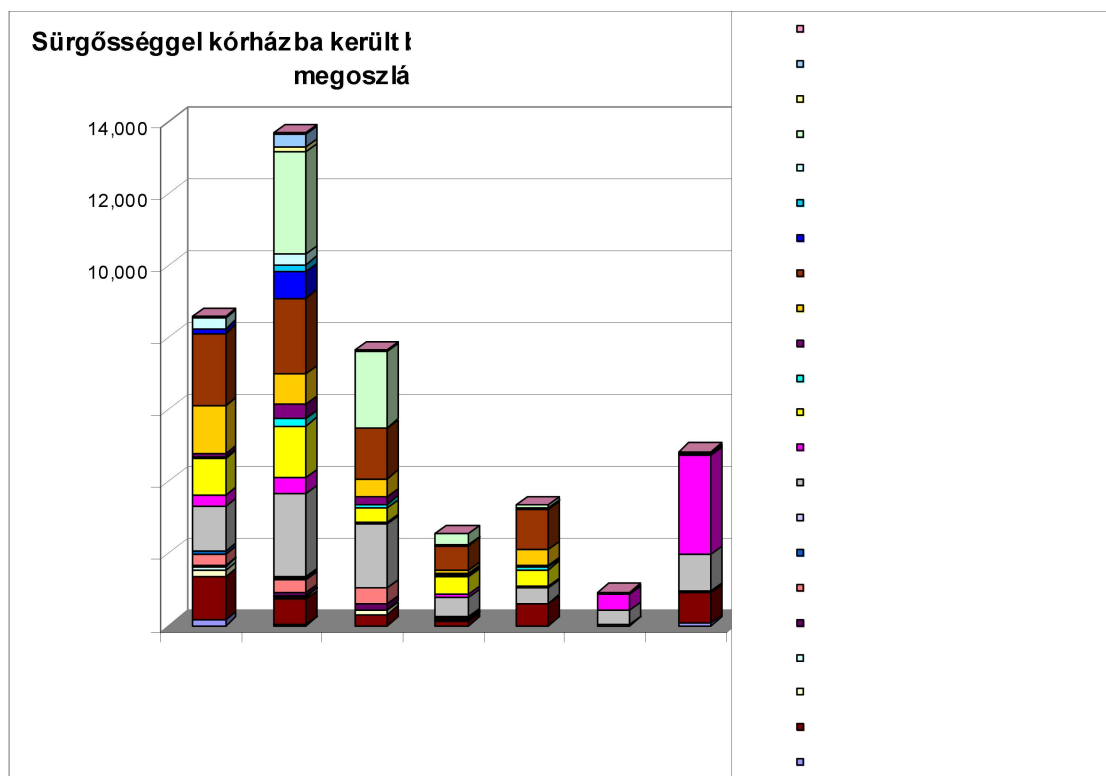
BAZ megye 10 ezer lakosra számított kórházi ágyellátottsága a normatívához, az országos átlaghoz és a szomszédos megyékhez viszonyítva



40. ábra

Sürgősségi betegellátás

A sürgősségi ellátás adatainak elemzésekor – figyelembe véve a későbbiek során részletezett adatok szerinti megye felbontást – Miskolc város és a környező kórházak sürgősségi eseteinek vizsgálatából az alábbi adatok láthatóak:



41. ábra

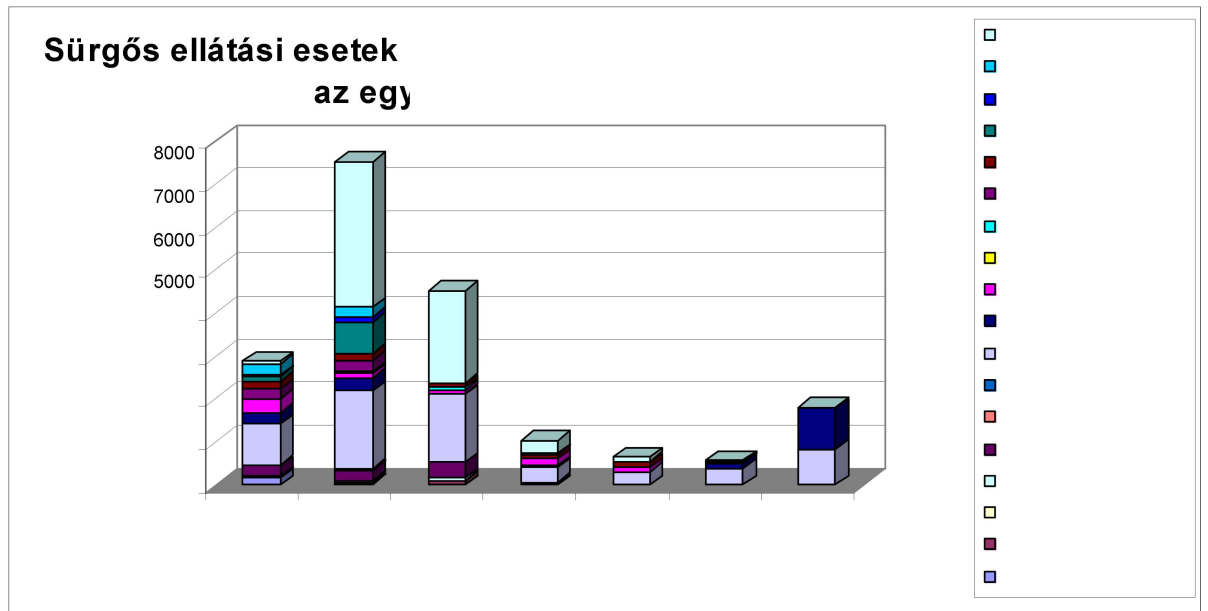
A táblázat adatai az intézetek által sürgősként adminisztrált betegeket mutatja. A diagnózisok és beavatkozások áttekintése után az adatok tisztítás történt, amely után az alábbi táblázat keletkezett. (a munkaidőn kívüli betegellátás önmagában nem tekinthető sürgősségnek, ez az időpont egyben a parasolvens betegek ellátását is takarja)

A tisztítás után látható az egyes kórházak profiljának megfelelő sürgősséggel ellátott betegösszetétel:

- (1) Traumatológiai ellátás dominál a megyei és vasgyári kórházban
- (2) A légzőszervi betegek akut felvétele a Szt. Ferenc Kórházra jellemző, kérdés, hogy valóban akut eseteket takarnak-e a számok

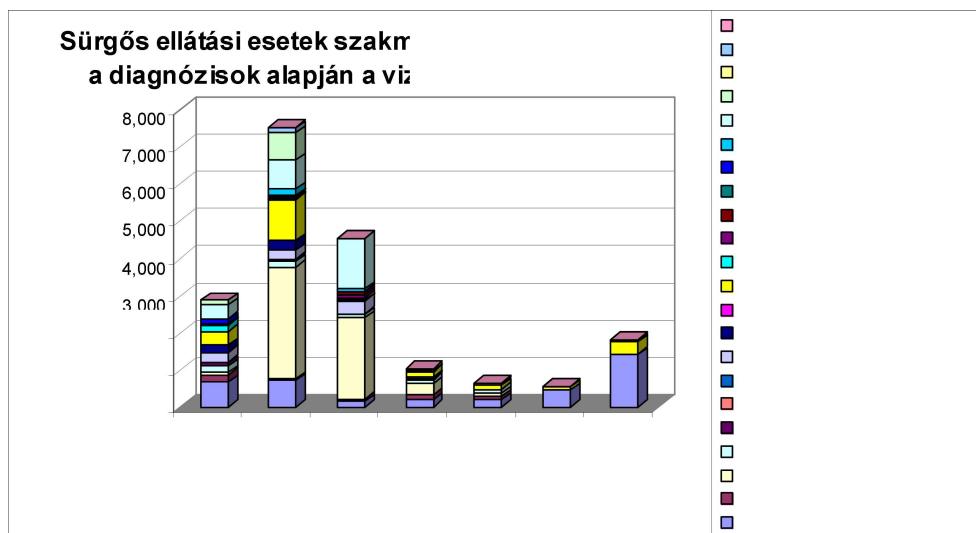
(3) Kardiológiai eseteket mindegyik kórház vesz fel, domináns a megyei és a diósgyőri kórház

(4) Központi idegrendszeri esetek egyenletesen szóródnak a három miskolci kórház között.



42. ábra

Az osztályok leterheltségét mutatja a következő tábla:



43. ábra

A Semmelweis Kórházban egy belgyógyászati, a Megyei Kórházban Trauma és Intenzív, míg a Diósgyőri Kórházban Trauma és Stroke dominanciát találhatunk. Az ügyleti összevonásban együttműködőnek tervezett másik 4

kórházban a Szt. Ferenc és Edelény tüdő betegek, illetve Kazincbarcika traumás esetei érdemelnek említést.

A sürgősségi ellátás esetszámai kórházak és szakmák szerint

osztály	Semmelweis	Megyei	Diógyőr	Sátorajajhely	Kazincbarcika	Ózd	Szikszó	Edelény	Szt. Ferenc	Végösszeg
Szülészeti-nőgyógyás	3 121	1 592	919	368		168	1 357			7 525
Sebészeti mátrix		1 190			1 702	159				3 051
Sebészet	684	270	274	729			764			2 721
Belgyógyászat	542	744	409	138	154	33	59	22	206	2 307
Traumatológia		744	1 637							2 381
Tüdőgyógyászat								496	1 799	2 295
Neurológia	259	770	936	17						1 982
Gyermekgyógyászat		1 212		4	5					1 221
PIC		1 045								1 045
Urológia	192	626								818
Kardiológia	252	485								737
Fül-orr-gégészet	326	289		24						639
Anyagcsere, endokrin	184	429								613
Idegsebészet		531								531
Érsebészet		273								273
Angiológia		204								204
Fogászat- szájsebészet		170								170
Stroke		168								168
Haematológia	145									145
Mellkassebészet	143									143
Szemészet	32	68		5						105
Allergológia	18									18
Elmegyógyászat	12	5								17
Onkológia							15			15
Sugártherápia		12								12
Fertőzőbeteg-ellátó	9									9
Bőrgyógyászat				1						1
Reumatológia									1	1
összesen	5 919	10 827	4 175	1 286	1 861	360	2 195	518	2 006	29 147

33. táblázat

A fenti táblázat a megyében található kórházak sürgősségi felvételi adatait tartalmazza. A nyers tábla a következő szempontok miatt elgondolkodtató: A táblázat a betegforgalom %-ában mutatja a sürgősségi esetek arányát.

Gyakorlatilag majd minden harmadik szülészeti eseményt sürgősségi felvételnél jelenít meg. Közismert, hogy a szülések jelentős része a kiírt idő-

Szülészeti-nőgyógyászat	34,2%
Traumatológia	28,1%
Sebészet	27,4%
Fogászat- szájsebészet	25,2%
Neurológia	21,5%
Tüdőgyógyászat	20,2%
Belgyógyászat	18,4%
Urológia	14,1%
Fül-orr-gégészet	13,4%
Gyermekgyógyászat	7,0%
Szemészet	1,9%
Onkológia	0,7%
Fertőzőbeteg-ellátó	0,3%
Elmegyógyászat	0,2%
Bőrgyógyászat	0,1%
Reumatológia	0,0%

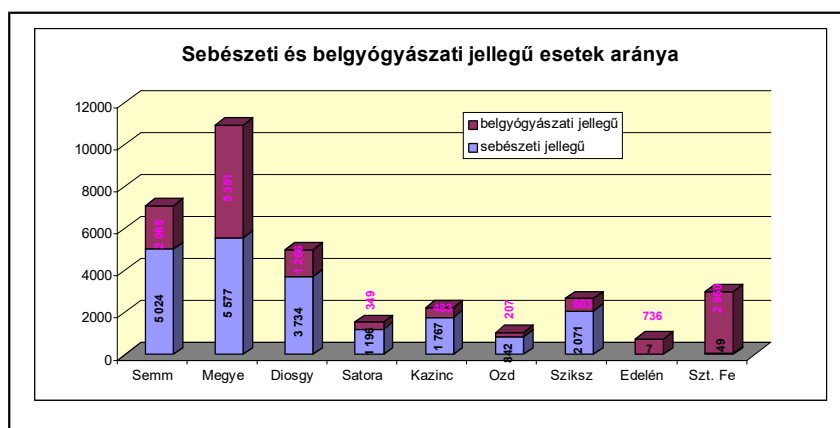
pontban történik, mintegy 80%-ban felkért szüléssel. Ezeket a betegeket a sürgősségi ellátás szempontjából nem lehet sürgősségi esetnek tekinteni.

(5) A sebészeti sürgősségi felvételek egyes kórházaknál szintén igen magas arányt képviselnek, nem reális, hogy ezek aránya a traumatológiai esetek arányával egyezzen meg.

34. táblázat

(6) A fogászat – szájsebészet, illetve tüdőgyógyászat adatait szintén túlzottnak tekintjük.

A fenti kérdés eldöntésére megvizsgáltuk a sürgősségi felvétellel kórházba került betegeken elvégzett beavatkozásokat.



43. ábra

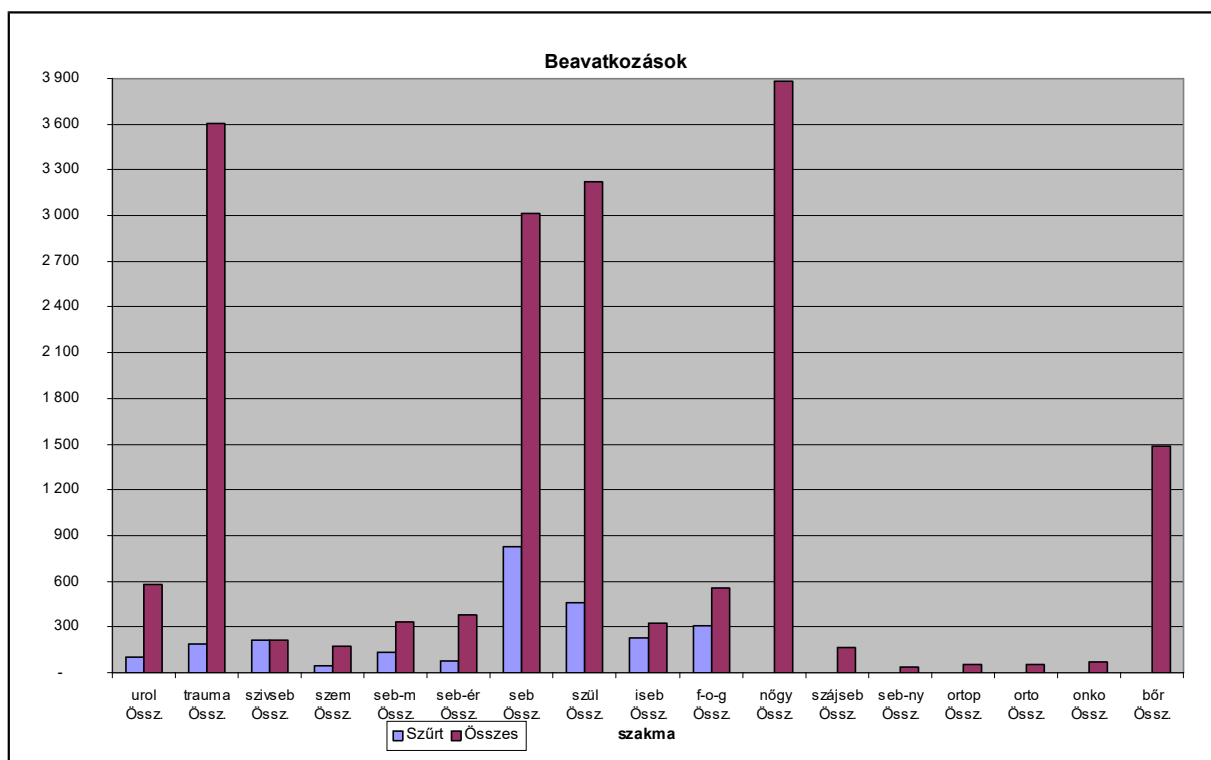
Első felosztásban a felvételek sebészeti és belgyógyászati jellegű megoszlását vizsgáltuk. Látható, hogy a speciális intézetek, illetve a megyei kórház kivételével mindenütt a sebészeti típusú esetek dominálnak.

Az alábbi táblázaton a sürgősséggel felvett betegek beavatkozási kódjainak elemzése látható.

szakma	Semm	Megye	Diosgy	Saújhe	Kazin	Ozd	Sziks	Edelén	Szt. Fe	Össz
ált. seb.	214	336	55	77	126	45	77	2	17	949
nőgyógy.	140	109	52	39	64	0	96	0	0	500
gégészet	149	114	3	9	41	1	0	0	3	320
trauma	0	102	87	35	3	24	3	0	0	254
idegseb	0	232	0	0	0	0	0	0	0	232
kardiológia	37	170	3	12	2	1	1	0	0	226
mellkasseb.	79	13	29	16	3	3	10	0	0	153
urológia	26	80	0	0	0	0	0	0	0	106
érseb.	0	82	0	4	1	1	0	0	0	88
szemészet	12	26	0	3	9	0	0	0	0	50
összesen	657	1264	229	195	249	75	187	2	20	2878
összes beav.	5024	5577	3734	1196	1767	842	2071	7	49	20267
sürgős %	13,1%	22,7%	6,1%	16,3%	14,1%	8,9%	9,0%	28,6%	40,8%	14,2%

35. táblázat

Az egyes szakmákon belül a tevékenység megoszlás az alábbi:



44. ábra

A mellékelt grafikonon összesítve látjuk a szűrt sürgősségi beavatkozások és a Miskolc és környéki kórházak által sürgősségi kóddal jelelt beavatkozások arányát.

Betegirányítás, szállítás kérdése

A jelenlegi helyzetben a betegek az adott térségi kórházhoz kerülnek ellátásra. Az alábbi táblázat a szállítás távolságát, illetve a lakhely szerinti gyakoriságot mutatja:

A Semmelweis kórház betegeinek 75%-a Miskolci, vagy 30 km-n belőli lakos.

távolság	Semmelweis	
<30	1539	22,3%
31-60	1434	20,8%
61-120	182	2,6%
>120	44	0,6%
Helyben	3684	53,4%
egyéb	12	0,2%
összesen	6895	100,0%
Helyben+<30 km		75,8%

36. táblázat

település	beutalt
Miskolc	3684
Mezőkövesd	387
Felsőzsolca	144
Alsózsolca	131
Tiszaújváros	131
Emőd	123
Mezőkeresztes	118
Nyékládháza	113
Mályi	82
Sajólad	69

37. táblázat

A Megyei Kórház esetében látható, hogy a beteganyag jelentős része Miskolcon kívülről érkezik. A 30 km-n belőli beutalás csak a beteganyag 52,6 %-át teszi ki.

Megyei Kórház				
távolság	esetszám	%		
<30	4077	38,5%	Miskolc	1493
31-60	4014	37,9%	Sajószentpéter	471
61-120	843	8,0%	Tiszaújváros	291
>120	145	1,4%	Kazincbarcika	277
Helyben	1493	14,1%	Ózd	254
egyéb	9	0,1%	Szerencs	247
	10581	100,0%	Mezőcsát	207
helyben + 30 km		52,6%	Mezőkövesd	158
			Onga	144
			Tiszalúc	143
			Taktaharkány	130
			Hernádnémeti	128
			Szirmabesenyő	123
			Megyaszó	117
			Tokaj	109
			Edelény	106

38. táblázat

A Diósgyőri Kórház esetében a miskolci dominancia látható.

A Szent
km-es k

Diósgyőri Kórház				
Távolság	esetszám	%	település	esetszám
<30	746	15,14%	Miskolc	3515
31-60	549	11,14%	Mezőkövesd	101
61-120	75	1,52%	Felsőzsolca	82
>120	42	0,85%	Emőd	73
Helyben	3515	71,34%	Alsózsolca	51
egyéb	0	0,00%	Nyékládháza	50
	4927	100,00%	Bükkszentkereszt	45
helyben+30 km		86,50%	Harsány	40
			Sajólad	35
			Mályi	33
			Mezőkeresztes	33

áblázat
%-a 30

Szent Ferenc Kórház				
távolság	esetszám	%	település	esetszám
<30	767	26,03%	Miskolc	1140
31-60	824	27,96%	Alsózsolca	88
61-120	207	7,02%	Felsőzsolca	85
>120	9	0,31%	Mezőkövesd	72
Helyben	1140	38,68%	Szerencs	63
egyéb	0	0,00%	Tiszaújváros	47
	2947	100,00%	Emőd	42
Helyben+<30 km		64,71%	Nyékládháza	39
			Mályi	36
			Taktaharkány	35
			Sárospatak	33

l. táblázat

Miskolc város háziorvosi ügyelet adatai

Miskolc városában a háziorvosi ügyeletet az Oxytrans Kft látja el. Ügyeleti hely a városban két helyen található, a központi az Arany János utcában, míg a III. kerület számára kisebb forgalmú ügyelet az Első utcában. A gyermek és fogászati ügyelet az Arany János utcában található.

Miskolc Városi ügyelet havi átlagos betegforgalma															
	déli		hétköznap		Szombat nappal		Szombat éjjel		Vasárnap nappal		Vasárnap éjjel		Összesen		napi átlag
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	
felöltt															
járó	38,5	0,0	359,3	86,2	254,0	72,3	103,5	15,7	270,0	74,0	105,5	21,3	1130,8	269,5	46,7
hívás	59,2	0,0	259,3	63,7	116,2	30,7	47,7	16,0	151,2	31,2	61,7	16,2	695,2	157,7	28,4
inj	1,7	0,0	67,7	9,5	72,5	31,2	15,7	1,8	81,7	23,0	22,2	2,0	261,3	67,5	11,0
sérült	0,0	0,0	6,0	3,5	4,7	1,5	1,3	0,5	5,3	1,0	2,7	0,7	20,0	7,2	0,9
össze															
sen	99,3	0,0	692,3	162,8	447,3	135,7	168,2	34,0	508,2	129,2	192,0	40,2	2107,3	501,8	87,0
gyermek ügyelet															
járó	3		171		350		79		280		22		905		30,2
hívás			38		17		4		7		2		68		2,3
inj			30		46		0		46		0		122		4,1
össze															
sen	3	0	239	0	413	0	83	0	333	0	24	0	1095	0	36,5
sszes															
en	102,3	0,0	931,3	162,8	860,3	135,7	251,2	34,0	841,2	129,2	216,0	40,2	3202,3	501,8	123,5

1= Arany János utca, 2= Első utca

41. táblázat

Az ügyeleti betegforgalom a különböző ellátási szintek között az alábbi adatokat mutatja:

Háziorvosi forgalom: 123,5 fő/nap

Ambulanciák forgalma munkaidőn kívül: 263,04 fő/nap

Osztályos felvétel sürgősségi kóddal: 70,16/nap

Az adatokból látható, hogy a betegek jelentős része nem a háziorvosi ügyeleten keresztül érkezik a kórházba.

Gyermekkorú betegek ellátása:

Miskolc városában a fenti táblázat szerint gyermekkorú beteget a gyermekügyelet átlagban 36,5-öt lát el naponta. Gyermekkorház (Gyermek-egészségügyi Központ) a Megyei Kórház szervezetében működik.

18 év alatti betegfelvételek száma:

	miskolci	összesen
Semmelweis Kórház	264	577
Megyei Kórház	1361	6194
Diósgyőri Kórház	152	218
Szent Ferenc Kórház	1	8

42. táblázat

Miskolc város ágy és orvosellátottság adatai

BAZ megye egészségügyi ellátó intézményei Miskolc városában koncentrálnak. Ez látható az orvos és ágyszám kapacitás adataiból is. Több párhuzamos osztály működik a városban, amely jelentős orvos létszám kapacitást jelent, ez 521 orvos és 3361 ágy.

osztály	Megyei		Simmelweis		Diósgyőr		Szt. Ferenc		összesen		mindösszesen	
	orvos	ágyszám	orvos	ágyszám	orvos	ágyszám	orvos	ágyszám	orvos	ágyszám	orvos	ágyszám
ált.seb	13	64	21	125	6	36			40	225	40	225
bel 1	16	90	13	94	12	80	7	40	48	304	77	493
bel 2	15	90	10	64					25	154		
bel 3			4	35					4	35		
angio-kard	8	30							8	30	8	30
érseb	6	33							6	33	6	33
gége	9	50	5	30					14	80	14	80
gy haemat	9	48							9	48	9	48
gy immun	7	47							7	47	7	47
gy gasztr	10	63							10	63	10	63
gykardióló	10	64							10	64	10	64
gy ito	10	12							10	12	10	12
újszülött	12	80							12	80	12	80
gy rehab	4	40							4	40	4	40
gy. Seb	11	58							11	58	11	58
idegseb	11	96							11	96	11	96
ideg-tox	13	90							13	90	27	225
ideg-stroke	0	0	6	50	8	85			14	135		
kaito	17	10	8	7	9	5			34	22	34	22
rehab	3	78	1	44	1	20	5	83	10	225	10	225
orthopéd	11	70							11	70	11	70
elme 1	7	75	4	130					11	205	17	281
elme 2	6	76							6	76		
sugárter	10	40							10	40	10	40
szájseb	5	15							5	15	5	15
szemésze	12	34	8	43					20	77	20	77
szül	22	117	20	90	15	51			57	258	57	258
trauma	17	108			20	72			37	180	37	180
urologia	9	50	8	40					17	90	17	90
reumatológia							6	40	6	40	6	40
tüdőgyógyászat							19	200	19	200	19	200
kr. Pszichoth							3	48	3	48	3	48
infectológia			6	83					6	83	6	83
bőr			10	52					10	52	10	52
kr. Bel			2	66					2	66	2	66
hospice			1	20					1	20	1	20
összesen	283	1628	127	973	71	349	40	411	521	3361	521	3361

43. táblázat

KÓRHÁZAK KÖZÖTTI ÁTHELYEZÉSEK

Abból a feltételezésből indultunk ki, hogy a sürgősséggel felvett betegek kórházi áthelyezésének elemzése megbízható információt ad a betegutak racionalizálásához.

A betegek kórházi áthelyezések több oka is lehet:

(1) a beteg nem az ellátási szükségletének megfelelő intézménybe került;

(2) az adott intézményben aktuálisan nem állt rendelkezésre a megfelelő kapacitás a beteg definitív ellátásához;

(3) a beteg állapotromlása miatt kellett igénybe venni a progresszív ellátást;

(4) az akut életveszély elhárítása után a beteg élt a szabad orvos és intézmény választás jogával és kérte az áthelyezését, esetleg azért, mert a lakhelyétől távol került kórházba;

(5) a beteg az akut ellátásból a krónikus ellátásba került át rehabilitáció vagy tartós ápolás céljából.

Az ellátás minősége és hatékonysága szempontjából a rendszerben fellelé történő áramlást kellene figyelembe venni, hogy az „elsőre jól” elvet lehessen érvényesíteni: a megfelelő helyen és időben kapja a szükséges ellátást.

Két adatbázist tudunk használni. Az egyik leválogatásban (INTFEL) a bármely kórházból átadott és BAZ megyei intézménybe felvett és ellátott betegek, a másikban (INTAT) a BAZ megyei kórházakban felvett, majd áthelyezett betegek adatait dolgoztuk fel a betegáramlás iránya szerint.

A továbbiakban a jobb követhetőség érdekében először az egyik, majd a másik adatbázis elemzésének módszerét és eredményeit mutatjuk be.

Más kórházból átvett esetek elemzésének módszere

Az INTFEL adatbázisban azok az esetek szerepeltek, amelyeket az ország bármely pontján sürgősséggel felvettek és utána BAZ megyei kórházba áthelyeztek.

5 546 rekord közül ki kellett hagynunk 250 beazonosíthatatlan, illetve 35 nem kórházat azonosító esetet, a hiba gyakorisága összesen 5,1 % volt.

Megyén kívüli kórházból adtak át a teljes adatbázisból 422 esetet. A leggyakoribb átadó Hajdú-Bihar megye (210 eset), Heves (85 eset), Budapest, illetve Pest megye (82 eset), illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (25 eset), tehát a környező megyék és az a két centrum (Budapest és Debrecen), amellyel a lakosság részben mobilitása, részben egészségügyi ellátása kapcsán szorosabb kapcsolatban van.

Az elemezhető esetek 86 %-ában (4 545 esetben) megyén belül történt az áthelyezés, 2 916 esetben a megye valamelyik kórháza volt az átadó, 1 449 esetben (32 %) Miskolcon belül történt a betegszállítás.

Amennyiben az átadó országos intézet vagy egyetemi klinika volt, ezt magas szintű, speciális sürgősségi betegellátási igénynek tekintettük (Spec. SBO). A megyei kórházakból történő beteg átadást SBO II, a fennmaradó, alapszintű kórházi sürgősségi ellátást SBO I. feladatnak vettük. Ezután határoztuk meg a betegáramlás irányát.

Progresszivitásnak neveztük az ellátási szintek közötti mozgást, akár felfelé, akár lefelé irányult. A városi kórházak és az országos intézetek, egyetemi klinikák közötti áthelyezés 2 szintkülönbség, a megyei kórház és az országos intézetek között csak 1 szintkülönbség van. Az irányt + és – jellel jelöltük. Vizsgáltuk az azonos szintek, azaz városi, illetve megyei kórházak közötti betegáramlást is.

Eredmények

10 ezer BAZ megyei lakosra számítva a kórházból áthelyezett eseteket az elsődleges sürgősségi ellátó hely szerint az arányok a következőképpen alakultak:

SBO típusa	átadások szá- ma	10 ezer la- kosra
Spec SBO	275	3,67
SBO II.	1 709	22,81
SBO I.	3 277	43,75
Összesen	5 261	70,23

44. táblázat

A betegáramlás fő iránya a városi kórházakból a megyei kórházba, a progresszív ellátásba mutat (1 882 eset), de jelentős az azonos szintek közötti áthelyezés is (1 516 eset). Az országos szintű, speciálisnak tekinthető elsődleges ellátások száma és aránya nem jelentős (275 eset).

A legintenzívebb betegáramlás a Városi Semmelweis kórház és a Miskolci Megyei Kórház között van.

A krónikus ellátást végző kórházak közül a Szent Ferenc Kórházba irányuló betegáramlás kiemelkedő.

A Vasgyári Kórházba és Sátoraljaújhelyre átadott betegek alacsony száma alapján feltételezhető, hogy nem a betegek alacsonyabb ellátási igényeire

nye, hanem az ellátási igényeknek jobban megfelelő struktúra és az ügyeleti ellátás jobb szervezettsége lehet az oka, hogy a más kórházban történő elsődleges ellátás kisebb.

A valós okok feltárásához további elemzések szükségesek a beteg lakhelye, a kórházi felvételt indokló esemény bekövetkezése, az áthelyezést indokló diagnózis, az áthelyezés előtt és után elvégzett beavatkozások, az ellátás kimenetele (halálozás, illetve szövődmények) szerint. Ilyen mélységben csak prospektív adatgyűjtés és szakértők által validált adatok alapján lehetne az okokat feltárni.

Más kórházba átadott esetek elemzésének módszere

Az INTAT adatbázisban azok az esetek szerepeltek, amelyeket a BAZ megyei kórházak sürgősséggel felvettek, ellátási szintjüknek megfelelő (SBO I. illetve II. szintű) ellátásban részesítettek, majd a beteg definitív ellátási igényének megfelelően más kórházba helyeztek, figyelembe véve a továbbküldés szakmai és szervezeti szabályait.

Most az átadó BAZ megyei kórházakat tettük a tábla oldalrovatába és összegeztük az intézmények típusa szerint a felvevő kórházakat, intézeteket.

5 505 rekord közül ki kellett hagynunk 124 beazonosíthatatlan, illetve 191 nem kórházat azonosító esetet, a hiba gyakorisága összesen 5,7 % volt.

Megyén kívüli kórházba helyeztek át a teljes adatbázisból 382 esetet. A legtöbb áthelyezés Hajdú-Bihar megyébe (168 eset), Heves megyébe (108 eset), fővárosi intézetekbe (52 eset), illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyébe (29 eset) irányult, tehát az INTFEL adatbázis alapján tapasztalattal összhangban volt.

Az elemezhető eseteknek most 88 %-át tette ki a megyén belüli áthelyezés (4 545 eset). Az előző táblával egyezően, 1 449 esetben (32 %) Miskolcon belül történt a betegszállítás.

A városi kórházak által nyújtott ellátást – beleértve a megyei működtetésű krónikus intézményeket is - alapszintű kórházi sürgősségi ellátásnak, SBO I. feladatnak vettük. A megyei kórházban történt ellátást SBO II. feladatnak tekintettük. Speciális elsődleges ellátással nem számoltunk. Ugyanakkor ezekben az esetekben a beteg felvételével a másik kórház igazolta a be-

teg ellátási igényét. Ez esetben is meghatároztuk a betegáramlás irányát és az ellátási szintek közötti különbségeket az INTFEL adatbázis elemzésénél már ismertetett módon.

Eredmények

10 ezer BAZ megyei lakosra számítva, az áthelyezett esetek adatbázisai alapján a sürgősségi betegellátás együttes gyakorisága közel 140.

SBO TÍPUS	felvételek szerint /INTFEL/		átadások szerint /INTAT/		együtt 10 ezer lakosra	átadás (továbbküldés) iránya szerint	
	eset	10 ezer lakosra	eset	10 ezer lakosra		eset	10 ezer lakosra
Spec SBO	275	3,67	0	0,00	3,67	212	2,83
SBO II.	1 709	22,81	1 895	25,30	48,11	1 906	25,44
SBO I.	3 277	43,75	3 295	43,99	87,73	3 072	41,01
Összesen	5 261	70,23	5 190	69,28	139,51	5 190	69,28

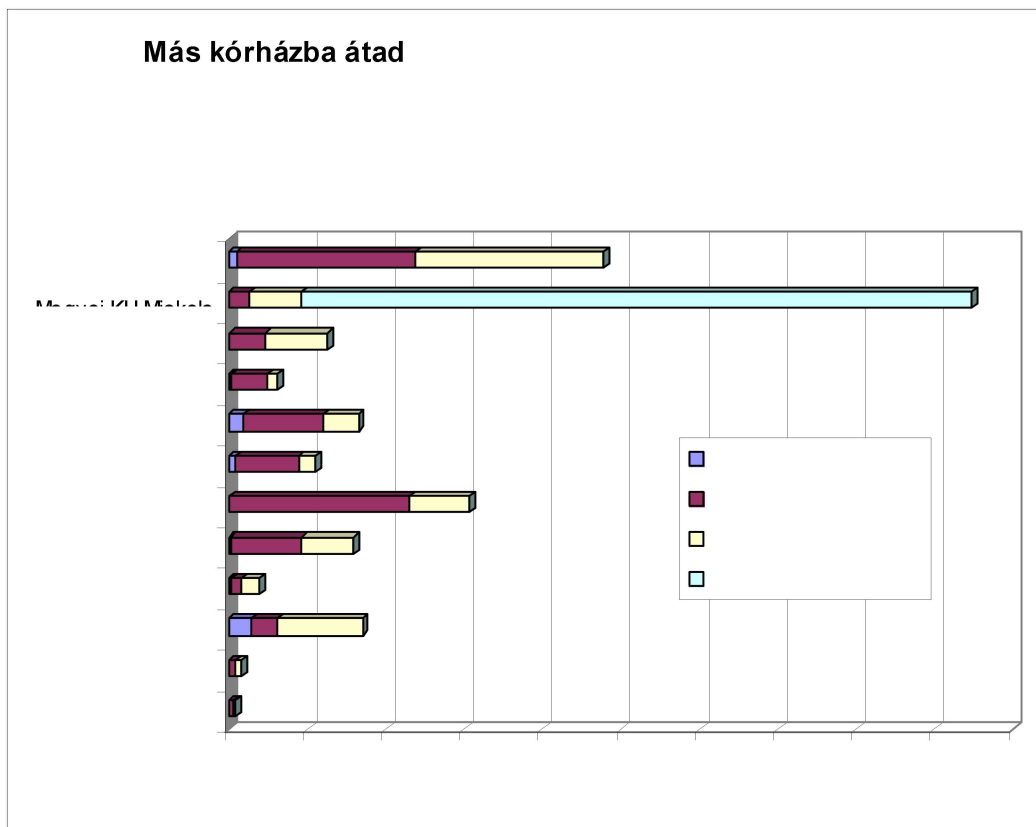
45. táblázat

A becslést az ország népességére vetítve a sürgős esetek kórházi áthelyezéseinek becsült száma országosan mintegy 140 ezer, ami az összes kórházi ellátási eset 5,6%-át jelenti.

Ennek mintegy 10 %-a speciális SBO ellátási igény, 30%-a SBO II. és 60 %-a SBO I. szintű.

Ha önmagában a továbbutalásokat vizsgáljuk, nagyon hasonló eredményeket kapunk, mint az intézeti felvételek (INTFEL adatbázis) elemzésekor kaptunk. Logikusan a magasabb szintű ellátás irányában tapasztalható az átlaghoz képest bizonyos mértékű eltolódás.

A BAZ megyei kórházak által más kórházba áthelyezett betegek áramlása a fenti képet mutatta:



45. ábra

Az ábrán jól látható, hogy a betegeket a városi kórházak többnyire egy szinttel feljebb, a megyei kórházba utalják, míg a megyei kórházból visszaáramlanak a városi kórházakba a betegek. Legnagyobb számban a Városi Semmelweis és a Szikszói Kórházból veszik igénybe a progresszív ellátást.

Az azonos szintek közötti betegáramlás ugyancsak a Semmelweis Kórházban és a Szent Ferenc Kórházban jelentős. Utóbbiból irányítják a legnagyobb számban országos intézetekbe és klinikákra a betegeket. (Az adatbázisból a konkrét intézmények és osztályok is vizsgálhatók.)

A Vasgyári Kórház és Sátoraljaújhely e tekintetben is kitűnik alacsony áthelyezési gyakoriságával. Feltűnő, hogy a megyei kórháznak milyen kis számban kell igénybe vennie magasabb szintű speciális ellátásokat.

Összefoglalás

Miskolc népessége fogy és öregszik, aminek oka a születésszám csökkenés és az elöregedés mellett a fiatal korosztályok megnövekedett elvándorlása. A nemek szerinti eltérő halálozás miatt az egyedülálló idős nők számának növekedésével és a rájuk jellemző betegségek kezelésével (nőgyógyászati daganatok, csontritkulás, törések, magas vérnyomás, diabetes mellitus), valamint növekvő szociális ellátási feladatokkal kell számolni.

A halálozási arány az országossal megegyező, amit a 2001. és 2003. évi 98,7%, illetve 100%-os standardizált halandósági hányadossal tudunk alátámasztani. Az országos szint azonban európai mércével mérve nagyon rossz. Korcsoportok szerint vizsgálva a gyermekek és fiatal felnőttek, főleg nők egészségvédelmére kell koncentrálni. Gazdasági aktivitás szerint a munkanélküliek a fokozottan veszélyeztetettek, körükben pedig nagy arányt képvisel a roma lakosság. A munkanélküli szülők gyermekeinek egészségi állapota is veszélyben van.

A vezető halálokok az országoshoz hasonlóan a szív-érrendszeri betegségek, a daganatok, az erőszakos halálokok, melyen belül az otthoni balesetek, esések és az öngyilkosság a meghatározó.

A lakáshelyzet jobb az átlagosnál, a lakásépítés intenzitása jelentős mértékben visszaesett, viszont az átadott lakások minősége javult.

A közműellátottság területén a háztartások villamos energia felhasználása az országos átlag alatt van, gázfelhasználás is, de tendenciája növekvő.

A környezetszennyezés mértéke a nagyvárosokhoz és az országos átlaghoz viszonyítva is jónak mondható. A fő probléma a gépjárművek által kibocsátott égéstermékek, ami a porra tapadva és a tüdőbe jutva fokozza a tüdőrák kockázatát. A pollen szennyezettség miatt az asthma gyakorisága évenként 10 %-kal nő és az iskolaorvosi jelentések szerint gyermekkorban a legjelentősebb ártalom.

Az oktatás terén a közép- és felsőfokú szintű iskolázottság nagymértékben javult, amiben a miskolci egyetemnek is jelentős szerepe van. A roma lakosság körében nagyon magas az általános iskolát be nem fejezők száma és az érettségizettek aránya az 5 %-ot sem éri el. Az érettségizett nők gyermekeinek életkilátásai és egészségi állapota a szakirodalom szerint szignifikánsan jobbak, mint az alacsony iskolázott anyáké.

A munkanélküliséget tekintve az ország legkritikusabb térségének központja, helyzete a megyénél kedvezőbb, lassan javul.

A szociális ellátás nem kielégítő, a férőhelyeket jogszabályi okból, a nem kielégítő alapterület miatt kénytelenek voltak csökkenteni. A gondozóházi elhelyezésre várakozók száma 2000 óta csaknem négyszeresére nőtt. Az ellátottak körében évről-évre nő az önellátásra képtelenek, vagy csak részben önellátók aránya. Az önkormányzat elkészítette az új jogszabályi követelményeknek is megfelelő szolgáltatás fejlesztési koncepcióját, aminek a végrehajtásához megfelelő forrásokat kell rendelni, pályázatokkal előteremteni.

A veszélyeztetett kiskorúak számának növekedése olyan figyelmeztető jel, ami a gyermekes családok helyzetének romlására hívja fel a figyelmet. A civil szervezetek számának növekedését és munkájuk támogatását kiemelten kell kezelni annak érdekében, hogy a helyzet ne romoljon, sőt javuljon.

Az egészségügyi ellátottság – jórészt a népesség fogyása miatt - javult, az országos átlagnál kedvezőbb. Az orvosok létszáma nőtt, ami hozzájárult ahhoz, hogy az egy orvosra jutó beteglétszám csökkent.

A háziorvosi jelentések adatai, amit kétévenként a KSH dolgoz fel és tesz közzé, jó támpontot jelentenek az egészségi állapot javítására kidolgozott programok, törekvések hatásának mérésére. Ehhez viszont meg kellene oldani, hogy az adatszolgáltatók egy benchmarking jellegű visszajelzést kapjanak saját ellátandó lakosságuk egészségi állapotáról, illetve saját teljesítmény-mutatóikról. Kiemelésre érdemes, hogy a magas-vérnyomással nyilvántartott betegek aránya eléri, sőt meghaladja a lakosság korösszetétele alapján várható értékeket. A körzetek között azonban nagy különbségek vannak.

A megindított népegészségügyi program remélhetőleg sok segítséget fog adni ehhez a munkához.

A miskolci háziorvosi adatokat az országos adatokkal összehasonlítva meghatározhatók az átlagnál magasabb gyakoriságú betegségek, a növekvő és a csökkenő területek.

A betegségcsoportok szerinti feldolgozás a magasvérnyomás, a koszorúérbetegség, a mozgásszervi betegségek, ezen belül a gerinc problémák, hátfájás (spondylopathiák) és a cukorbetegség nagy gyakoriságára irányítja a figyelmet.

A gyermekorvosi jelentések adatai alapján a gyermekek egészségi állapota a nyilvántartott betegségek alapján mind a megyei, mind az országos átlagnál rosszabb.

A nyilvántartott idült betegségek területek, illetve körzetek szerinti vizsgálata arra irányítja a figyelmet, hogy a lakosság egészségi állapotának javulása csak összehangolt programokkal, előre meghatározott célok mentén érhető el.

Az ügyeleti forgalom növekedése országos tendencia. Miskolcon ez a növekedés az országos átlag alatt maradt.

A kórházi teljesítmény-mutatók azt támasztják alá, hogy a kórházi menedzsment – teljesítmény oldalon - jól alkalmazkodott a változásokhoz. Országosan itt az ideje szakmai célok mentén fejleszteni tovább a szolgáltatásokat, mert nem tükröződik az egészségi állapot javulásában az egészségügyi teljesítménye.

Országos életmód vizsgálatok alapján joggal feltételezhető, hogy a táplálkozás, élvezeti szer fogyasztás (elsősorban az alkohol fogyasztás, dohányzás) és mozgásszegény életmód, a fiatal korban megkezdett szexuális élet által okozott kockázatok a miskolci fiataloknál is jelen vannak. Az egészségnek értéként való kezelését neveléssel is lehet befolyásolni. Ezeket a programokat pedig – a nemzetközi tapasztalatok ismeretében – minél fiatalabb életkorban meg kell kezdeni, amiben a fiatal szülőket és a pedagógusokat megcélzó programoknak van jelentőségük.

BEVEZETŐ.....	84
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY HELYZETÉNEK ÉRTÉKELÉSE, MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK (OECD JELENTÉS ALAPJÁN).....	87
Egészségi állapot, kockázati tényezők.....	87
Egészségügyi kiadások.....	93
MISKOLC VÁROS DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI.....	95
A népesség száma, kor és nem szerinti megoszlása.....	95
Családdinamika.....	98
TÁRSADALMI-GAZDASÁGI FELTÉTELEK.....	100
Lakáshelyzet.....	100
Közműellátottság.....	101
LEVEGŐMINŐSÉG.....	102
OKTATÁS.....	104
Oktatási intézmények száma és kihasználtsága.....	104
KULTÚRA.....	106
Mozik, színházak, könyvtárak, múzeumok.....	106
SZOCIÁLIS HELYZET.....	107
Foglalkoztatottság, munkanélküliség helyzete.....	107
SZOCIÁLIS ELLÁTÁS HELYZETE.....	111

Szociális intézményi ellátás.....	111
Ellátottak száma a Területi Gondozó Szolgálat intézményeiben..	112
Szociális támogatási formák.....	116
Szociális támogatások száma és összege.....	116
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT.....	117
Élveszületési arányszám.....	118
Halálozási arányszám.....	118
Standardizált halandósági hányados (SHH).....	118
A halálozás ok szerinti vizsgálata (okspecifikus halálozás).....	119
Idő előtti (korai) halálozás.....	123
Csecsemőhalálozás.....	124
Terhességmegszakítás.....	126
Morbiditási adatok (Megbetegedések összetétele, gyakorisága).....	127
Háziorvosi nyilvántartott morbiditás.....	128
Háziorvosi adatok városrészek szerint.....	132
Gyermekkorai megbetegedések.....	138
Gondozó intézeti nyilvántartott morbiditás.....	143
GONDOZÓINTÉZETEK BEN NYILVÁNTARTOTT BETEGEK BAZ MEGYÉBEN	
.....	143
Fekvőbeteg intézeti halálozás.....	144
EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS HELYZETE.....	149
Bölcsődei ellátás.....	149
Háziorvosi szolgálat.....	149
Alapellátási felmérés, 2003.....	151

A RENDELŐK ÁLLAPOTA.....	151
KÖRZETNAGYSÁG.....	152
ALAPELLÁTÁSI KÖRZETEK LAKOSSÁGSZÁMA, MISKOLC, 2003.	152
A RENDELŐ TULAJDONOSA.....	158
Foglalkozás-egészségügyi ellátás.....	160
Járóbeteg-szakellátás.....	161
Gondozó intézeti ellátás.....	165
Kórházi ellátás.....	167
Sürgősségi betegellátás.....	177
Sürgősségi betegellátás.....	177
BETEGIRÁNYÍTÁS, SZÁLLÍTÁS KÉRDÉSE.....	182
MISKOLC VÁROS HÁZIORVOSI ÜGYELET ADATAI.....	183
Gyermekkorú betegek ellátása:.....	184
MISKOLC VÁROS ÁGY ÉS ORVOSELLÁTOTTSÁG ADATAI.....	184
KÓRHÁZAK KÖZÖTTI ÁTHELYEZÉSEK.....	185
Összefoglalás.....	191



E-Consult 2000 Tanácsadó Kft.

1142 Budapest Tengerszem utca 52.

Tel.: 1-422-0793, Fax: 1-422-0794

Mobil: 20/9154320

E-mail: econt@axelero.hu ; www.e-consult.hu

EGÉSZSÉ GKÉP
AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS AZ
EGÉSZSÉ GÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK
FEJLESZTÉSÉNEK MEGALAPOZÁSÁHOZ
MISKOLC VÁROSÁBAN

MELLÉKLETEK

Miskolc Megyei Jogú Város



Miskolc, 2004. október

MELLÉKLETEK

4. melléklet: Népmozgalmi adatok. Miskolc megyei jogú város

	1980	1990	2000	2001	2002
lakónépeség	213 274	195 433	185 567	182 408	180 282
éveszületések száma	3 128	2 236	1 714	1 590	1 644
halálozás	2 262	2 510	2 390	2 368	2 410
vándorlási különbözet	1 123	- 2 135	- 1 512	- 2 320	- 1 432
természetes szaporodás ill. fogyás (-)	866	- 274	- 676	- 778	- 766

Forrás: BAZ megye stat. évkönyv, KSH 2002, 114. oldal

5. melléklet: Éveszületési arányszám alakulása 1980-2002 között

Év	Miskolc	BAZ megye	ország
1980	14,7	15,1	13,9
1990	11,4	13,9	12,1
2000	9,2	10,9	9,6
2001	8,7	10,6	9,5
2002	9,1	10,4	9,5

Forrás: BAZ megye Stat. Évkönyv, KSH 2002.
Egészségügyi Stat. Évkönyv, KSH 2002.

6. melléklet: Halálozási arányszám alakulása 1980-2002 között

Év	Miskolc	BAZ megye	ország
1980	10,6	12,1	13,6
1990	12,1	13,8	14,0
2000	12,9	13,3	13,3
2001	13,0	13,1	13,0
2002	13,4	13,3	13,1

Forrás: BAZ megye Stat. Évkönyv, KSH 2002.
Egészségügyi Stat. Évkönyv, KSH 2002.

**7. melléklet: Miskolc népessége 5 éves korcsoportok szerint,
nemenként (2001, 2002)**

korcsoport	Miskolc 2001				Miskolc 2002				ffi-nő külön- bőzet	változás 2002/ 2001
	férfi	nő	össze- sen	meg- oszlás	férfi	nő	össze- sen	meg- oszlás		
0-4	4 136	3 881	8 017	4,4%	4 043	3 825	7 868	4,4%	218	98,1%
5-9	4 842	4 500	9 342	5,1%	4 321	4 099	8 420	4,7%	222	90,1%
10-14	5 409	5 127	10 536	5,7%	5 221	4 888	10 109	5,6%	333	95,9%
15-19	6 949	6 691	13 640	7,4%	6 099	6 226	12 325	6,8%	-127	90,4%
20-24	8 206	7 903	16 109	8,7%	7 556	7 038	14 594	8,1%	518	90,6%
25-29	7 026	7 052	14 078	7,6%	7 521	7 512	15 033	8,3%	9	106,8%
30-34	6 373	6 186	12 559	6,8%	6 371	6 282	12 653	7,0%	89	100,7%
35-39	5 039	5 455	10 494	5,7%	5 427	5 503	10 930	6,1%	-76	104,2%
40-44	5 918	6 717	12 635	6,9%	5 135	5 962	11 097	6,2%	-827	87,8%
45-49	6 911	8 004	14 915	8,1%	6 905	7 972	14 877	8,3%	-1 067	99,7%
50-54	5 664	6 923	12 587	6,8%	5 707	7 089	12 796	7,1%	-1 382	101,7%
55-59	4 965	6 295	11 260	6,1%	4 838	6 156	10 994	6,1%	-1 318	97,6%
60-64	4 283	6 083	10 366	5,6%	4 324	6 074	10 398	5,8%	-1 750	100,3%
65-69	3 737	5 537	9 274	5,0%	3 677	5 599	9 276	5,1%	-1 922	100,0%
70-74	3 072	4 656	7 728	4,2%	3 030	4 755	7 785	4,3%	-1 725	100,7%
75-79	1 935	3 681	5 616	3,1%	1 944	3 693	5 637	3,1%	-1 749	100,4%
80-84	871	1 970	2 841	1,5%	1 057	2 441	3 498	1,9%	-1 384	123,1%
85-89	439	1 049	1 488	0,8%	352	937	1 289	0,7%	-585	86,6%
90-x	169	471	640	0,3%	199	504	703	0,4%	-305	109,8%
Összesen	85 944	98 181	184 125	100,0%	83 727	96 555	180 282	100,0%	-12 828	97,9%

Forrás: BAZ megye Statisztikai évkönyv, 2001, 2002

**8. melléklet: Háztartások és családok főbb adatai,
Miskolc 1970 - 2001**

	1970	1980	1990	2001
háztartások száma	59 754	72 785	73 500	71 443
100 háztartásra jutó személy	285	269	256	248
100 háztartásra jutó foglalkoztatott	142	134	115	85
családok száma	48 843	56 953	54 064	51 265
nem családháztartás	10 911	15 832	19 436	20 178
100 családra jutó családtag	301	295	291	285
100 családra jutó 15 évesnél fiatalabb gyermek	78	77	71	53

**9. melléklet: Háztartások és családok főbb adatai,
BAZ megye 2001**

	1970	1980	1990	2001
háztartások száma	236 549	266 378	271 946	270 331
100 háztartásra jutó személy	317	293	274	269
100 háztartásra jutó foglalkoztatott	139	135	115	77
családok száma	197 231	212 580	206 254	197 755
Nem családháztartás	39 318	53 798	65 692	72 576
Háztartásban élő	750 417	780 998	743 884	728 313
Csak időskorúakból álló háztartás	30 709	41 716	54 168	65 582

Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002, 114. oldal

10. melléklet: A családok összetétele gyermekszám szerint. Miskolc, 2001

<i>Család</i>	<i>Gyermekszám</i>	<i>a.sz.</i>	<i>%</i>
házaspár	gyermektelen házaspár	14 670	28,6%
	egygyermekes házaspár	10 689	20,9%
	kétgyermekes házaspár	9 089	17,7%
	3 gyermekes házaspár	1 808	3,5%
	4-x gyermekes házaspár	416	0,8%
élettársi kapcsolat	gyermektelen élettárs	2 548	5,0%
	egygyermekes élettárs	1 253	2,4%
	kétgyermekes élettárs	662	1,3%
	3 gyermekes élettárs	256	0,5%
	4-x gyermekes élettárs	117	0,2%
apa	apa + egy gyermek	770	1,5%
	apa + két gyermek	224	0,4%
	apa + több gyermek	40	0,1%
anya	anya + egy gyermek	5 930	11,6%
	anya + két gyermek	2 315	4,5%
	anya + több gyermek	478	0,9%
Összesen		51265	100%

Forrás: BAZ megye statisztikai évkönyve, KSH 2002

11. melléklet: Szociális intézmények szolgáltatásai

Intézmények	Étkeztetés	Házi segítségnyújtás	Családsegítés	Támogató szolgálat	Utcai szoc. munka	Idősek klubja	Fogyatékosok nappali intézete	Nappali melegedő	Idősek gondozóháza	Fogyatékosok gondozóháza	Éjjeli menedékhely	Hajléktalan átmeneti szállás	Idősek otthona	Fogyatékos otthon	Hajléktalan otthon	Hajléktalan rehab. otthon
Önkormányzati intézmények																
Területi gondozószolgálat	270	1 033				551			52							
"Iránytű" Ávasi Szociális Szolgálat	80	120				40										
Családsegítő Szolgálat			2 247													
Őszi Napsugár Otthon			3 456				50			10			618			
Civil szervezetek és egyházak által működtetett intézmények																
Vöröskereszt Hajléktalanokat Gondozó Központja	200				742			100			80	100			23	
Magyar Máltai Szeretetszolgálat Miskolci Csoportja	150											37	27			
Minorita rend népkonyhája	100											11				
"Napfényt az életnek" Alapítvány					1 421			100			30	24				30
Autisták Családi Otthona															15	
Csilla Báronő Szeretetotthon															34	
MÁON Önálló Életviteli Központ							20								20	
Napház Gondozó Centrum														30		
Fenyveskert Otthonház														18		
Gesztényekerti Idősek Otthona														43		
Szent Erzsébet Szeretetotthon				166										30		
Mozgássérültek és barátaik Miskolci Városi Egyesülete				187												
Szimbíózis Támogató Szolgálat																
ÖSSZESEN	800	1 153	5 703	353	2 163	591	85	200	52	10	110	172	766	69	23	30

**12. melléklet: Halálozás betegségi főcsoportok szerint
Miskolc 1998-2002**

Betegségi főcsoport	Halálozeset			Halandóság tízezer lakosra		
	1998	2000	2002	1998	2000	2002
I. Fertőző és élősződek okozta betegségek (A00-B99)	11	8	13	0,6	0,4	0,7
II: Daganatok (C00-D48)	632	609	645	33,64	33,78	34,76
III. A vér és a vérképző szervek betegségei (D50-D89)	6	2	3	0,32	0,11	0,16
IV. Endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek (E00-E88)	45	32	47	2,40	1,77	2,53
V. Mentális és viselkedészavarok (F00-F99)	17	15	20	0,90	0,83	1,08
VI. Az idegrendszer betegségei (G00-G99)	31	20	29	1,65	1,11	1,56
VIII. A fül és a csecsnyúlvány betegségei (H60-H95)	1	0	0	0,05	0,00	0,00
IX. A keringési rendszer betegségei (I00-I99)	1 161	1 234	1 149	61,80	68,45	61,92
X. A légzőrendszer betegségei (J00-J99)	125	107	90	6,65	5,94	4,85
XI. Az emésztőrendszer betegségei (K00-K92)	222	172	211	11,82	9,54	11,37
XII. A bőr és bőr alatti szövet betegségei (L00-L98)	0	1	0	0,00	0,06	0,00
XIII. A csont- izomrendszer és kötőszövet betegségei (M00-M99)	4	3	6	0,21	0,17	0,32
XIV. Az urogenitalis rendszer betegségei (N00-N99)	17	21	20	0,90	1,16	1,08
XVI. A perinatalis szakban keletkező bizonyos állapotok (P00-P96)	9	5	12	0,48	0,28	0,65
XVII. Veseületett rendellenességek (Q00-Q99)	3	10	8	0,16	0,55	0,43
XVIII. Tünetek és rosszul meghatározott állapotok (R00-R99)	2	6	1	0,11	0,33	0,05
XX. A morbiditás és a mortalitás külső okai (V01-Y98)	172	165	136	9,15	9,15	7,33
Összesen	2 458	2 410	2 390	138,31	133,68	128,79

13. melléklet: Elkerülhető és megelőzhető halálozás becslése megyei és országos adatok alapján

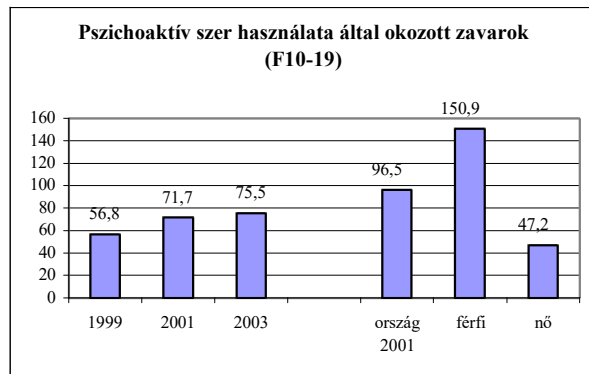
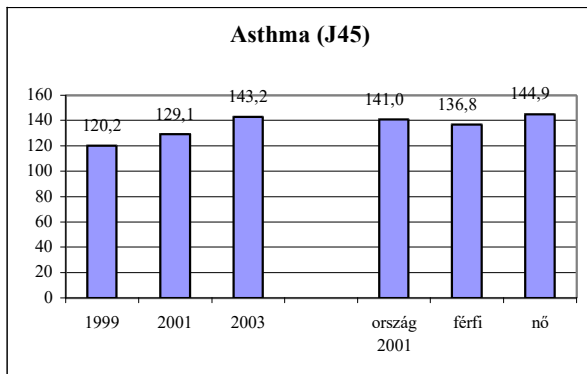
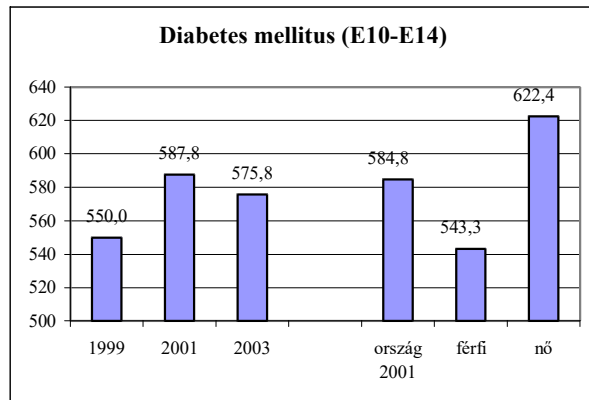
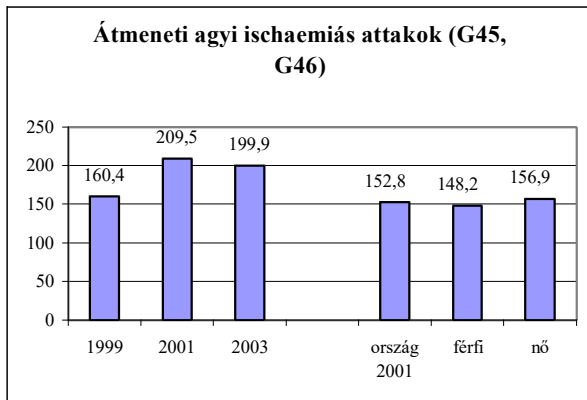
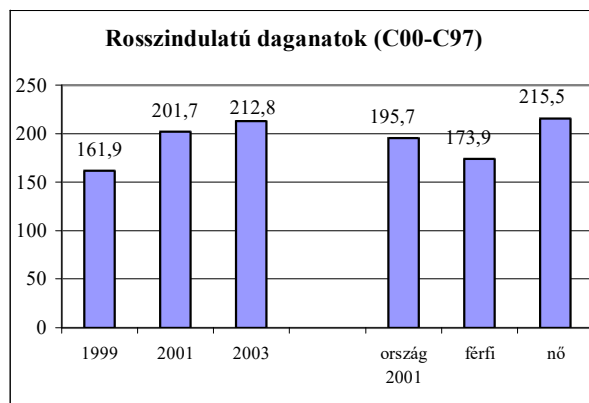
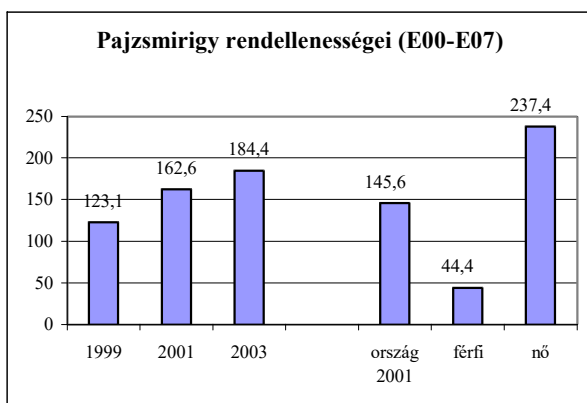
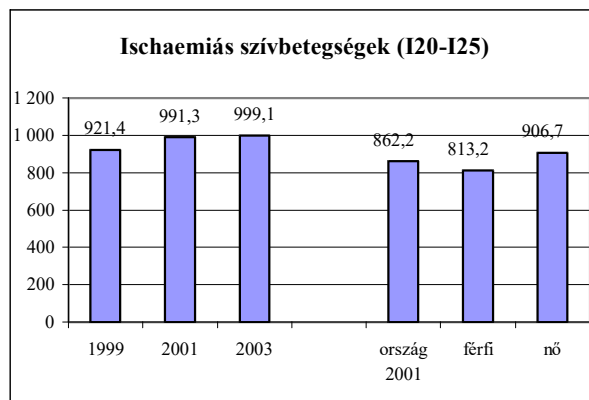
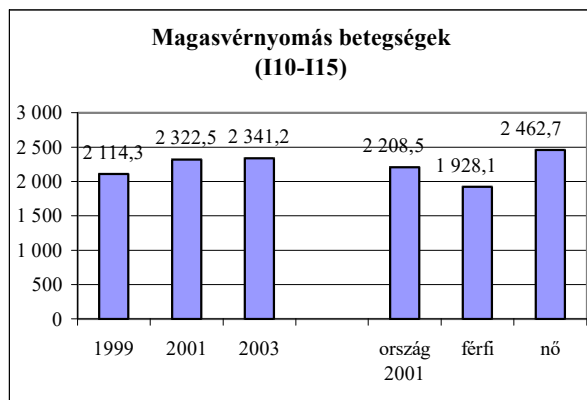
Elkerülhető halálokok	Kor-csoport	Miskolc-becslés			BAZ megye 2002		Ország 2002		Elkerülhető halálozás %		
		1998	2000	2002	< 60 év	> 60 év	< 65év	> 65év	BAZ	Ország	átlag
TBC	5-64	0	0	1	nincs adat		nincs adat				
Méhnyak-, méhtestrák	15-64	2	2	1	nincs adat		nincs adat				
Hodgkin kór	5-34	nincs adat			nincs adat		nincs adat				
Cukorbetegség	5-64	6	6	4	24	144	nincs adat		14,3%		
Kr. reumás szívbetegség	5-44	nincs adat			nincs adat		nincs adat				
Magasvérnyomás	5-64	11	7	6	34	416	474	3792	7,6%	11,1%	9,3%
Agyi érbetegség	5-64	40	48	49	175	1380	2929	15581	11,3%	15,8%	13,5%
Heveny légúti betegségek	5-49	nincs adat			nincs adat		nincs adat				
Tüdőgyulladás	5-49	6	4	6	17	83	210	698	17,0%	23,1%	20,1%
Idült hörghurut, tüdőtágulat, asztma	5-64	nincs adat			nincs adat		nincs adat				
Vakbélgyulladás	5-64	nincs adat			nincs adat		nincs adat				
Hasüregi sérv (Lágyék-, combsérv)	5-64	nincs adat			nincs adat		nincs adat				
Epekőbetegség, epehólyag gyulladás		nincs adat			nincs adat		nincs adat				
Elkerülhető halálozás összesen		64	68	66	250	2023	3613	20071	11,0%	15,3%	13,1%
<i>Az összhalálozás %-ában</i>		2,6%	2,8%	2,8%	2,5%	27,0%	2,7%	21,5%			
60 év alatti halálozások aránya					11,0%		15,3%				
Megelőzhető halálozás	Kor-csoport	Miskolc-becslés							Megelőzhető halálozás %		
		1998	2000	2002	< 60 év	> 60 év	< 65év	> 65év	BAZ	Ország	átlag
A légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganata	5-64	61	53	57	200	358	3830	4109	35,8%	48,2%	42,0%
Bőrrák	5-64	nincs adat			nincs adat		nincs adat				
Ischaemiás szívbetegség	5-64	81	78	87	296	1688	5512	24162	14,9%	18,6%	16,7%
ebből AMI		37	38	40	15	166	2951	7264	8,3%	28,9%	18,6%
Kr. májbetegségek és májzsugor	15-64	102	98	84	303	202	4526	1611	60,0%	73,7%	66,9%
Motoros jármű közl. balesetei**	kortól	21	14	24	86	33	1264	283	72,3%	81,7%	77,0%
2990. 4990, 5990, 8920	független										
Megelőzhető halálozás összesen		204	190	195	900	2447	18083	37429	26,9%	32,6%	29,7%
<i>Megelőzhető halálozás %-os aránya</i>		8,3%	7,9%	8,2%	37,2%	32,7%	45,6%	40,2%	110,2%	109,2%	109,7%
60 év alatti halálozások aránya					26,9%		32,6%				
Korai halálozás összesen		268	258	261	1150	4470	21696	57500	20,5%	27,4%	23,9%
Korai halálozás %-os aránya		10,9%	10,7%	10,9%	48%	60%	55%	62%	83,9%	91,8%	87,8%
Halálozás összesen		2458	2410	2390	2417	7490	39633	93200	24,4%	29,8%	27,1%
60, illetve 65 év alatti halálozások aránya					24,4%		29,8%				

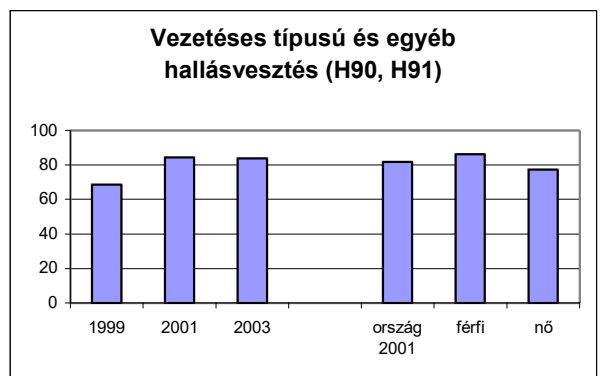
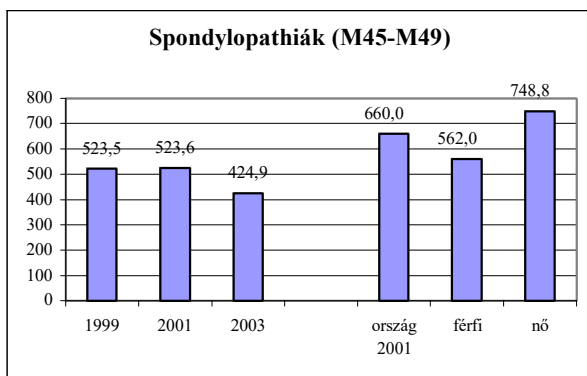
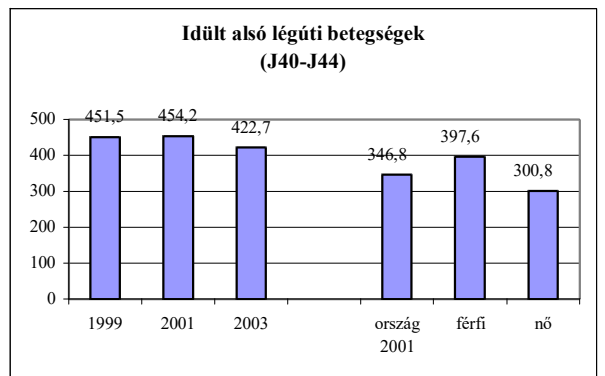
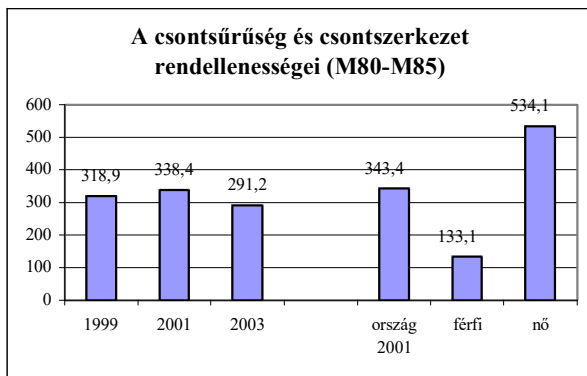
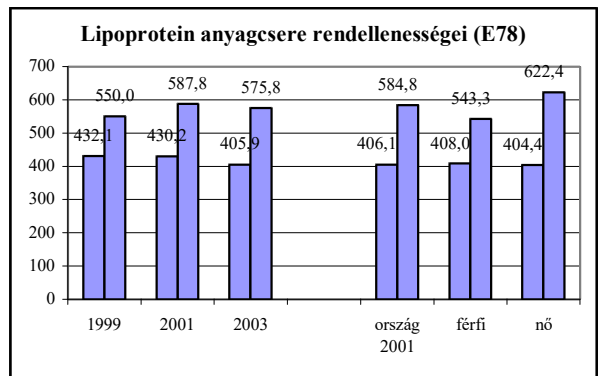
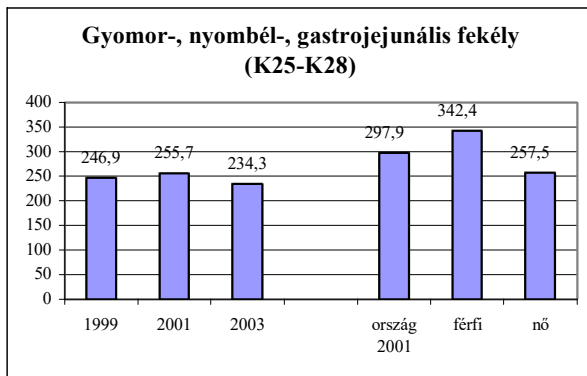
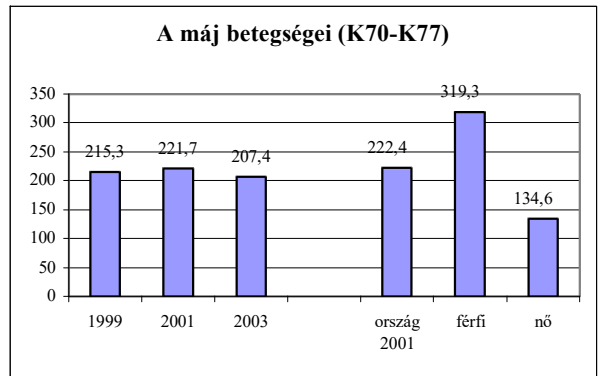
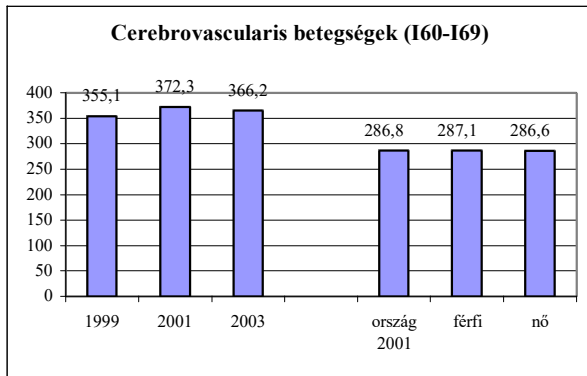
14. melléklet: Nyilvántartott morbiditás a háziorvosi adatok alapján

Miskolc 1999-2003

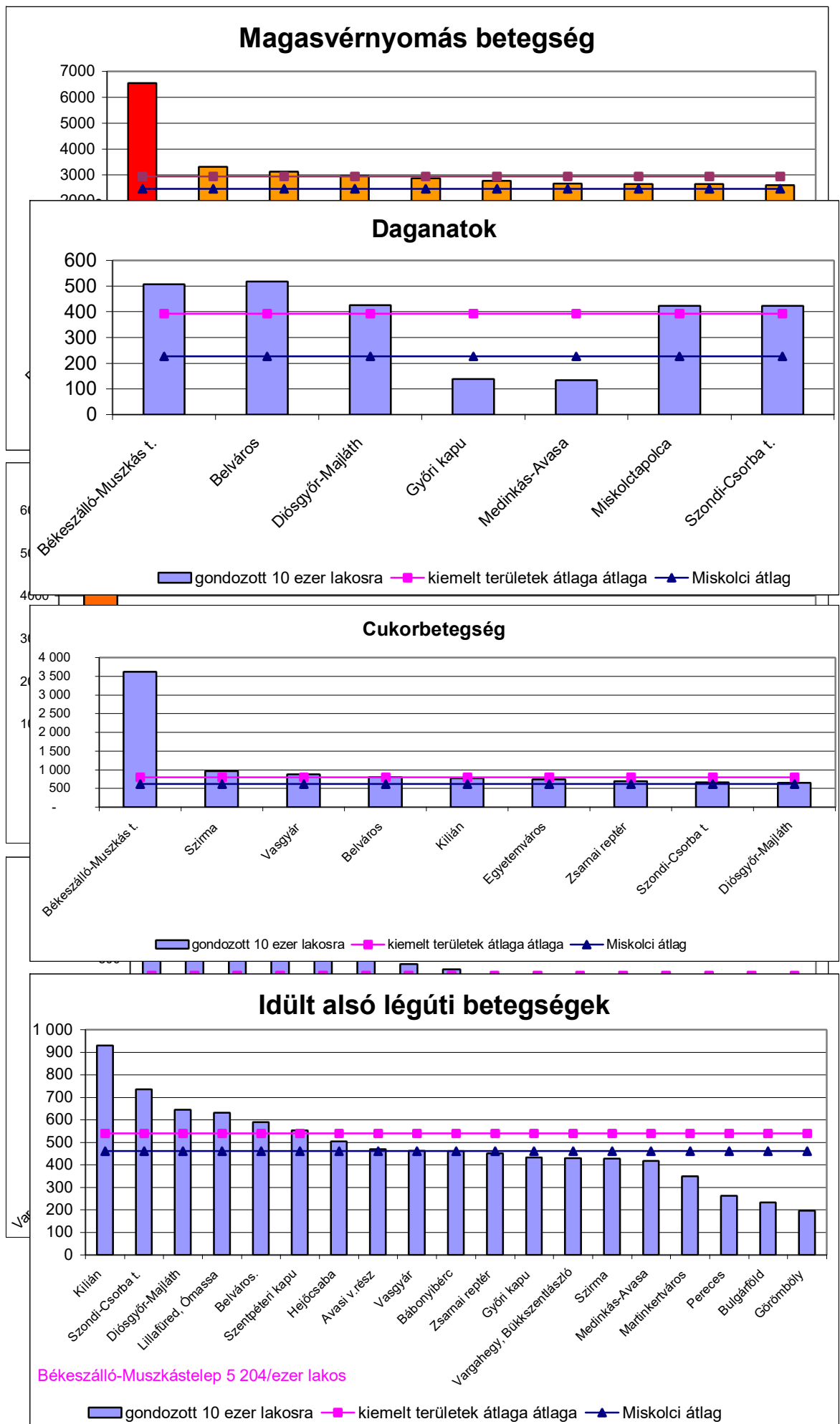
Betegségeik rangsorban	megbetegedés 10 000 lakosra			megbetegedés esetszám			változás mértéke	
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	tízezrelék	esetszám
Magasvérnyomás betegségek (I10-I15)	2 114,250	2 322,490	2 341,173	29 840	33 792	36 254	226,92	6414,00
Diabetes mellitus (E10-E14)	549,960	587,839	575,768	7 762	8 553	8 916	25,81	1154,00
Spondylopathiák (M45-M49)	523,461	523,646	424,916	7 388	7 619	6 580	-98,54	-808,00
Idült alsó légúti betegségek (J40-J44)	451,545	454,230	422,721	6 373	6 609	6 546	-28,82	173,00
Lipoprotein anyagcsere rendellenességei (E78)	432,132	430,175	405,866	6 099	6 259	6 285	-26,27	186,00
Cerebrovascularis betegségek (I60-I69)	355,115	372,305	366,151	5 012	5 417	5 670	11,04	658,00
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély (K25-K28)	246,851	255,741	234,285	3 484	3 721	3 628	-12,57	144,00
A máj betegségei (K70-K77)	215,322	221,720	207,421	3 039	3 226	3 212	-7,90	173,00
Vezetékes típusú és egyéb hallásvesztés (H90, H91)	68,727	84,468	83,950	970	1 229	1 300	15,22	330,00
Pszichoaktív szer használata által okozott zavarok (F10-19)	56,753	71,684	75,490	801	1 043	1 169	18,74	368,00
Köszvény (M10)	86,653	67,286	72,907	1 223	979	1 129	-13,75	-94,00
Epilepsia (G40)	57,745	66,873	69,033	815	973	1 069	11,29	254,00
Vakság és csökkentlátás (H54)	95,651	85,568	54,890	1 350	1 245	850	-40,76	-500,00
Veseelégtelenség (N17-N19)	25,578	43,849	45,462	361	638	704	19,88	343,00
Seropositív és egyéb rheumatoid arthritis (M05, M06)	50,022	45,636	43,460	706	664	673	-6,56	-33,00
Vashiányos anaemia (D50)	61,642	55,945	42,556	870	814	659	-19,09	-211,00
Mentális retardatio (F70-F79)	55,903	39,794	41,652	789	579	645	-14,25	-144,00
Extrapiramidális és mozgási rendellenességek (G20-G26)	30,183	45,774	39,844	426	666	617	9,66	191,00
Glomerularis betegségek (N00-N08) (N10-N16)	38,544	34,914	37,455	544	508	580	-1,09	36,00
Gümőkór (A15-A19)	37,823	34,433	33,257	526	501	515	-4,57	-11,00
Nem fertőzőes vékony- és vastagbél gyulladás (K50-K52)	40,315	36,289	31,191	569	528	483	-9,12	-86,00
Alzheimer-kór (G30)	16,367	14,914	12,463	231	217	193	-3,90	-38,00
Vírusos májgyulladás (B15-B19)	13,108	13,108	11,172	185	168	173	-1,94	-12,00
Sclerosis multiplex (G35)	8,857	8,522	6,264	125	124	97	-2,59	-28,00
Fiatalkori ízületi gyulladás (M08)	4,322	7,560	2,389	61	110	37	-1,93	-24,00
Fibrosis cystica (E84)	2,905	5,498	1,098	41	80	17	-1,81	-24,00

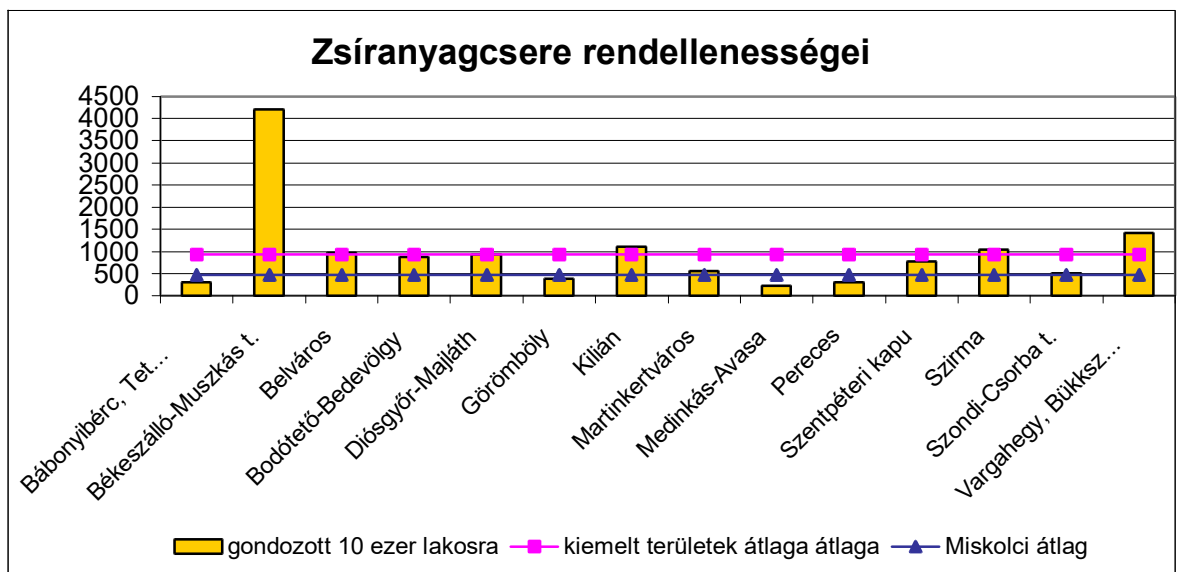
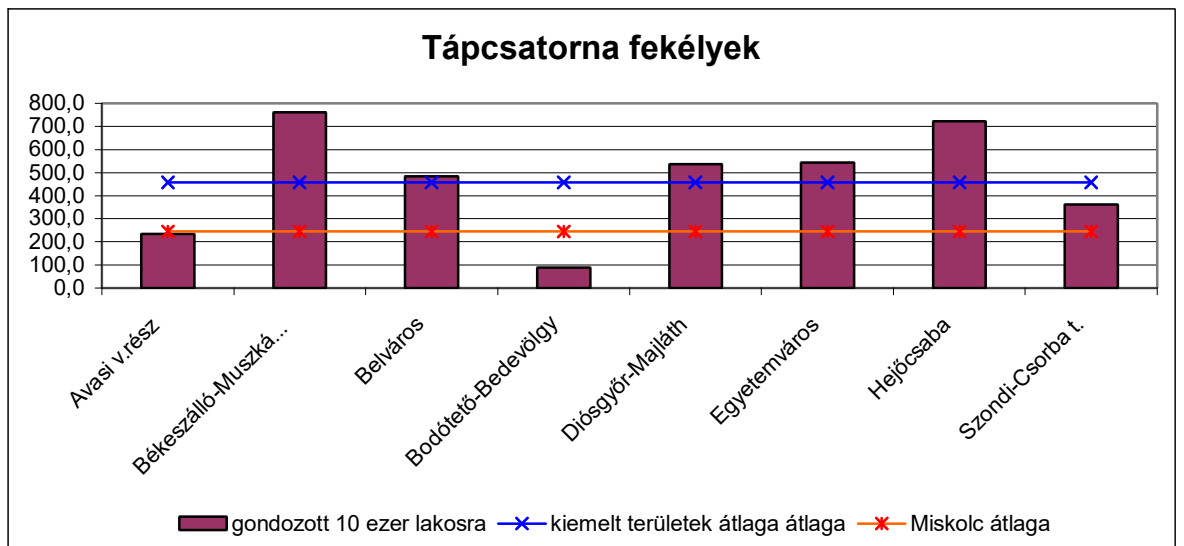
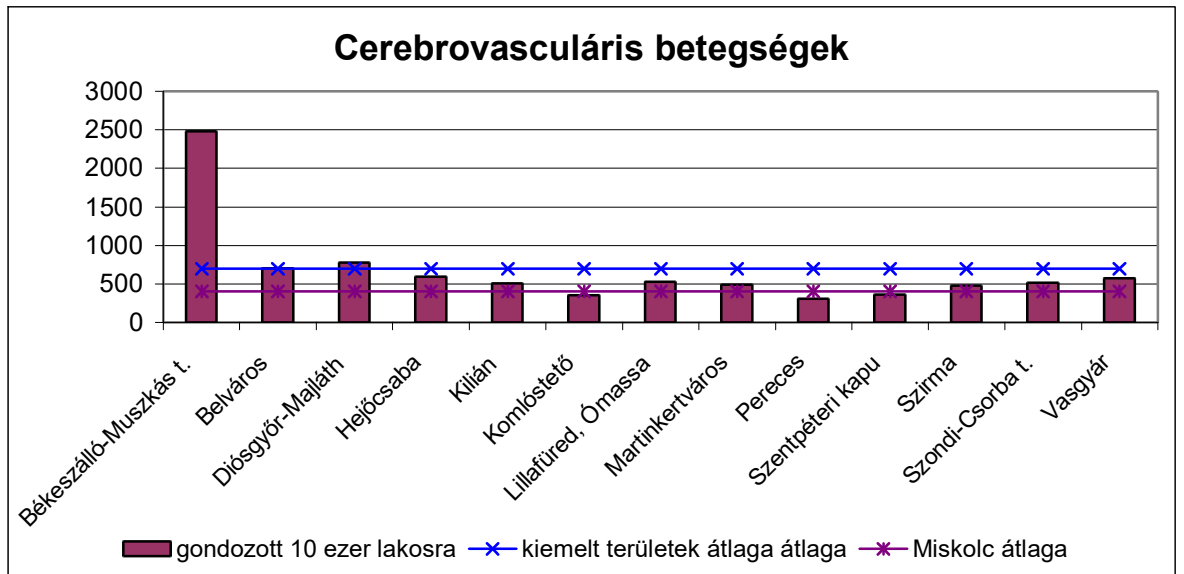
15. melléklet: A háziorvosi morbiditás időbeli változása és nemenkénti különbségei

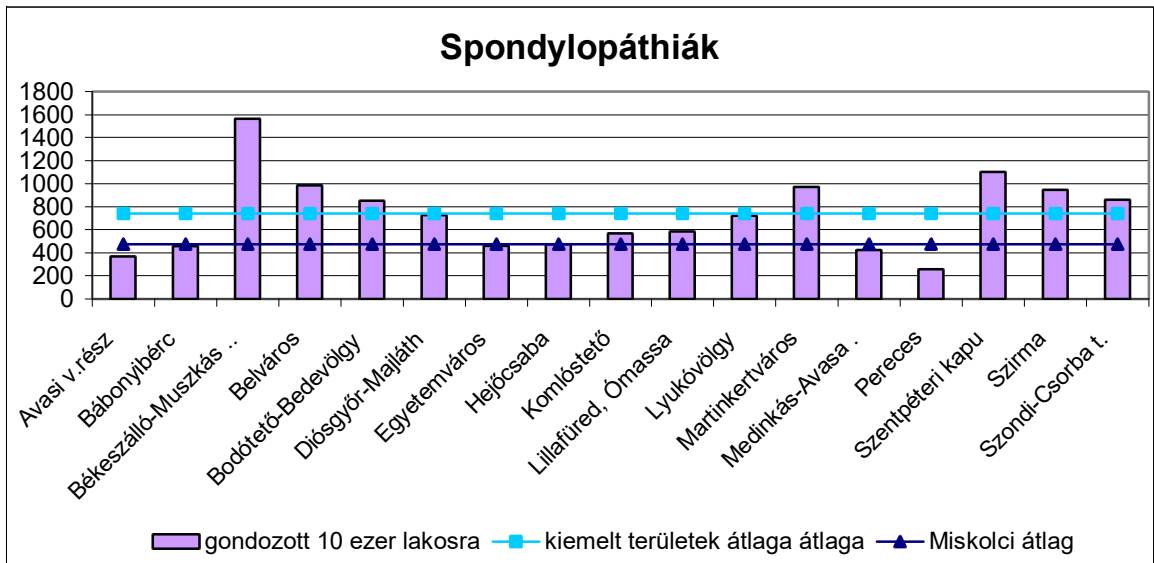
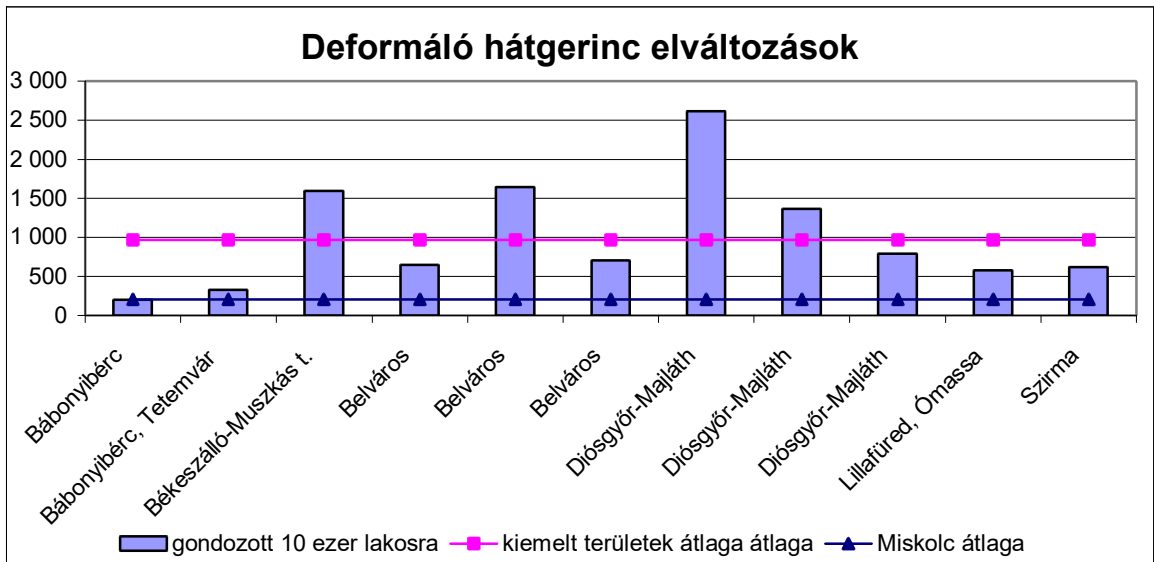
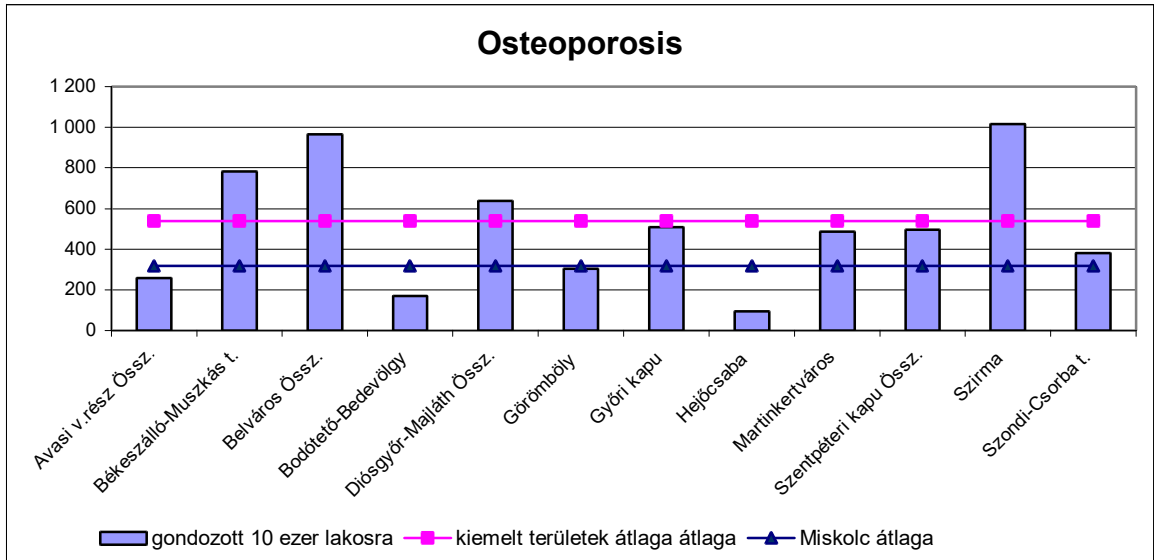




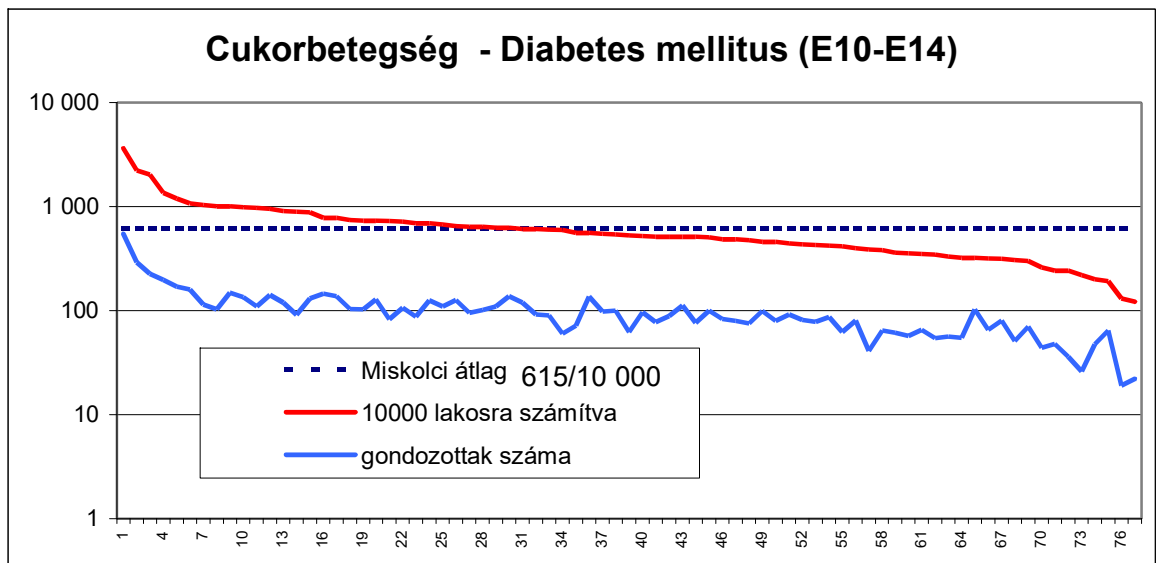
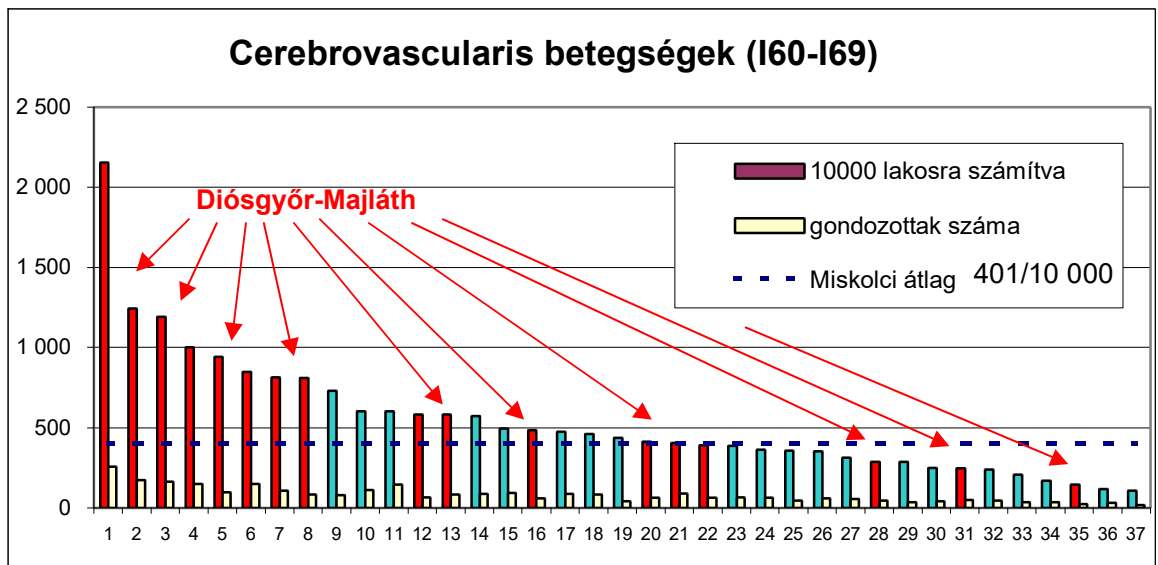
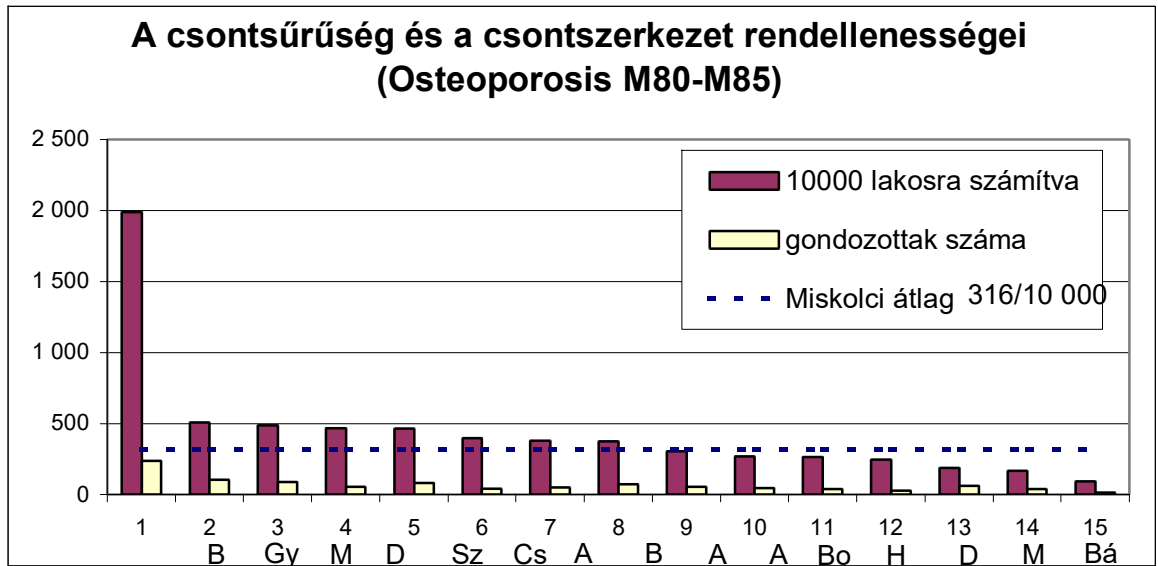
16. melléklet: A háziorvosi morbiditás területi különbségei – városrészek szerint

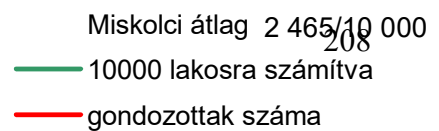
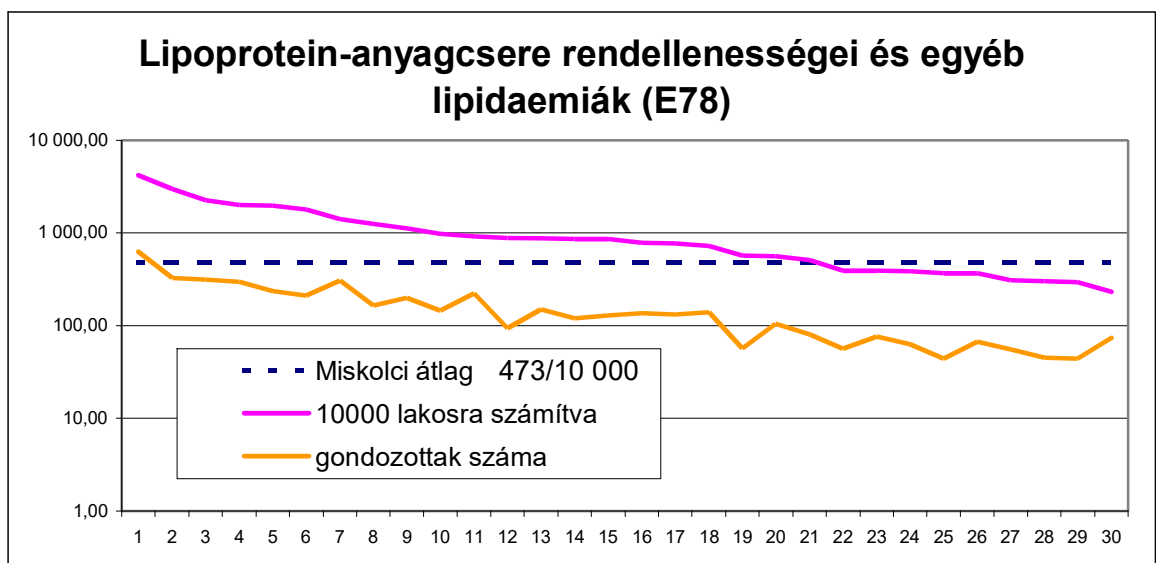
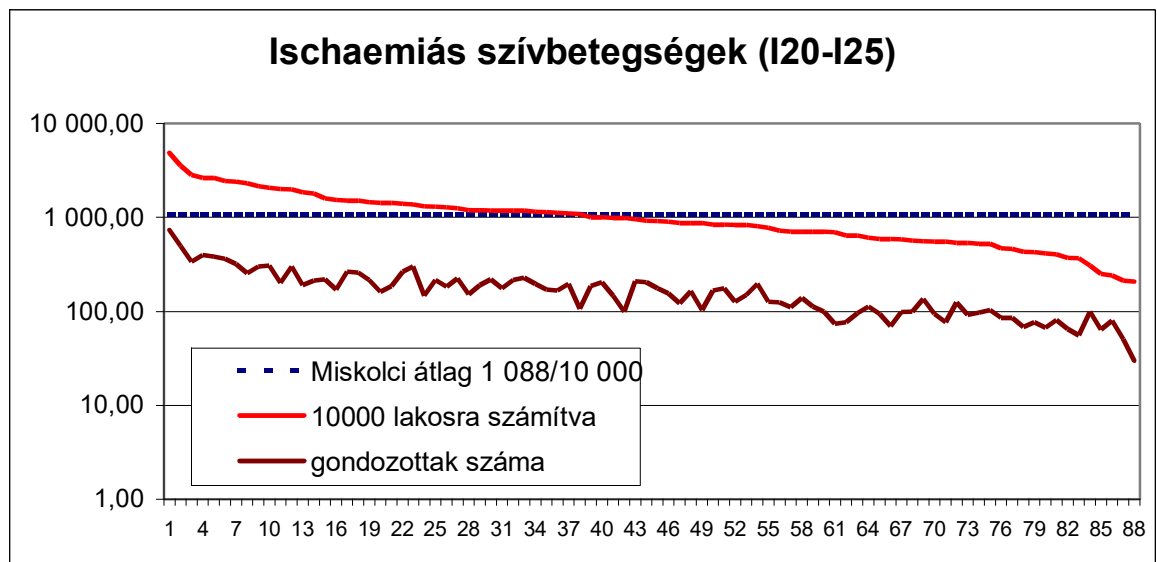
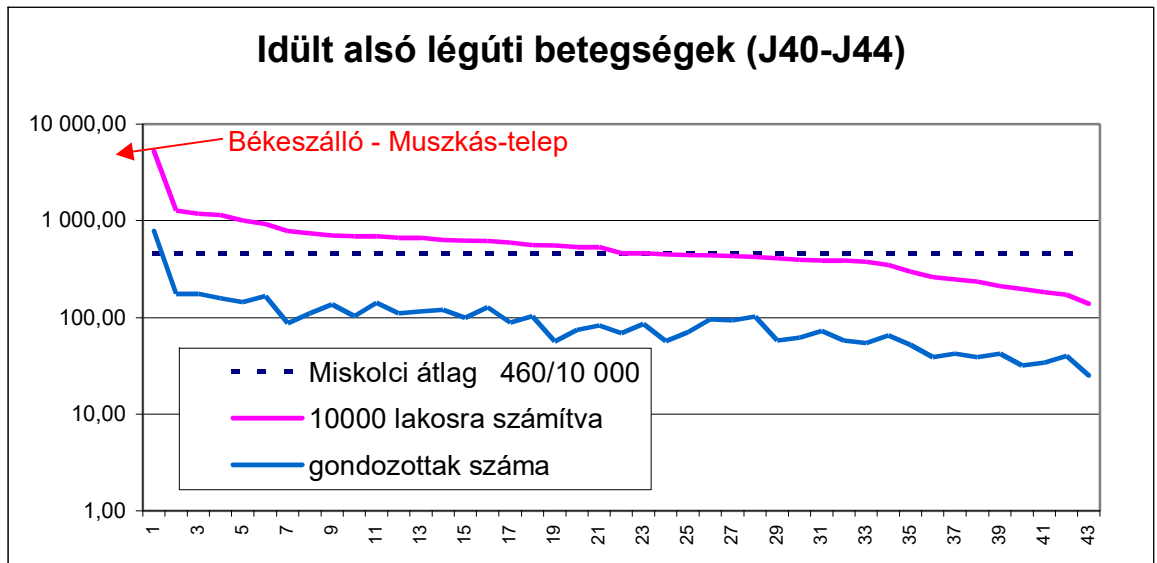




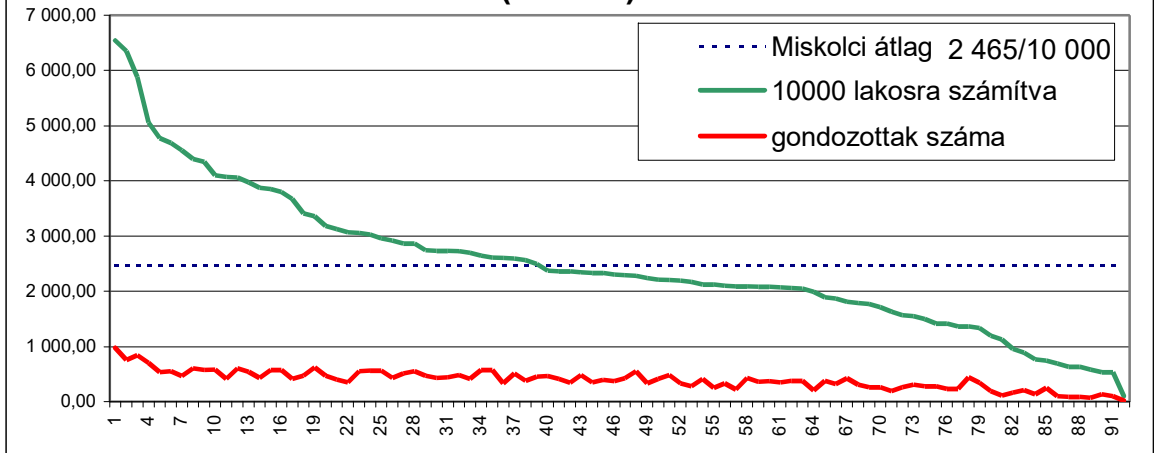


17. melléklet: Háziiorvosi morbiditás – körzetenként

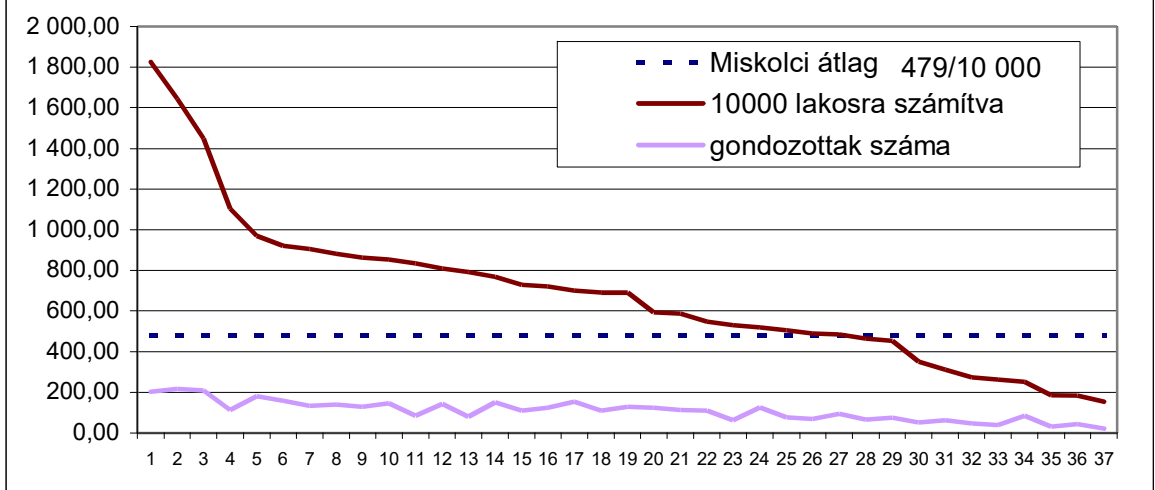




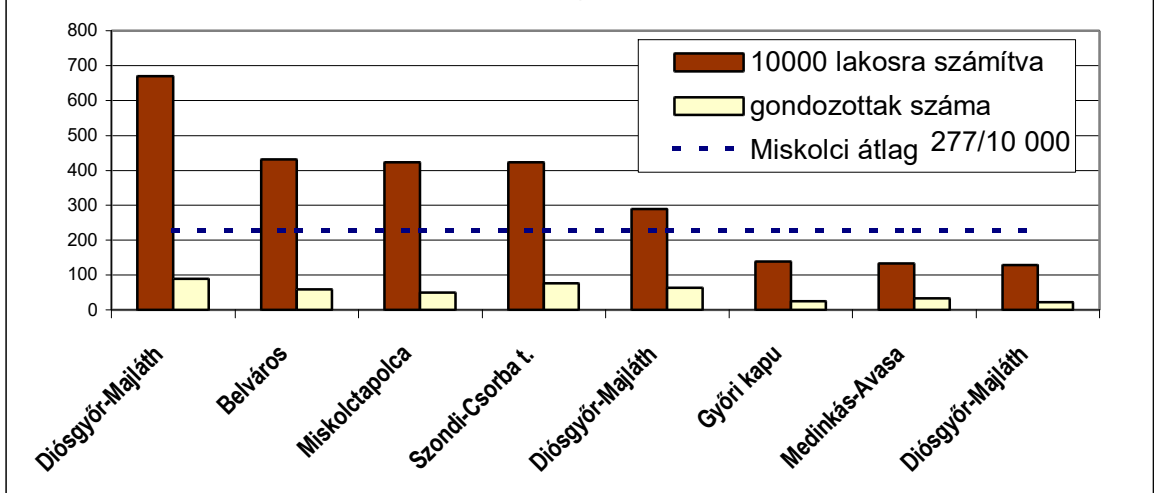
Magasvérnyomás (hypertensív) betegségek (I10-I15)



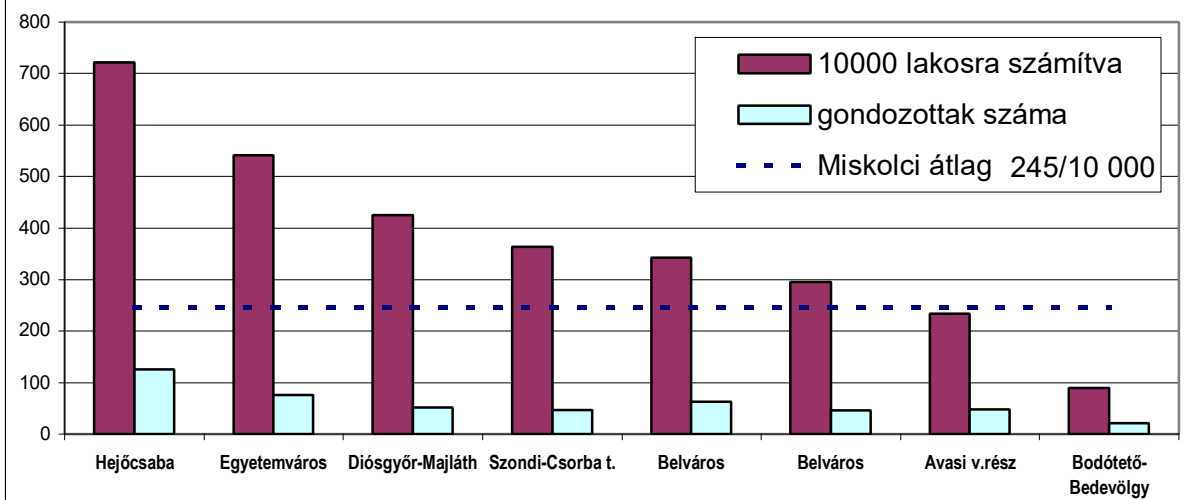
Spondylopathiák (M45-M49)



Rosszindulatú daganatok (C00-C97)



Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély (K25-K28)



18. melléklet: Házi orvosi alapellátás adatai

Miskolc, 1980-2002

	1980	1990	2000	2001	2002
Házi orvosi szolgálat					
Házi orvosok száma	72	81	94	96	95
Körzetek száma	79	84	96	96	95
ebből önkormányzati vállalkozó, magán	..	..	90	92	92
felnőtt lakos	..	138 817	..	140 873	141 560
lakos/házi orvos	..	1 713,8	..	1 467,4	1 490,1
Rendelőben ellátottak	679 000	664 000	829 000	848 000	876 000
Beteg lakásán	65 000	43 000	97 000	94 000	87 000
Összes vizsgálat	744 000	707 000	926 000	942 000	963 000
Ápolónői látogatás	136 000	138 000	68 000	60 000	60 000
összes ellátás/lakos	..	4,3	..	5,5	5,7
Napi átlagos forgalom	37	36	39	38	40
Házi orvosi ügyelet					
Központi ügyelet	3	2	1	1	1
Bevont körzet	121	128	4	4	4
Ügyeletes orvos/nap	8	8	6	6	6
Ambuláns beteg	17 000	36 000	30 000	38 000	34 000
Házhoz hívás	18 000	18 000	11 000	10 000	9 000
összes ügyeleti ellátás/lakos	0,16	0,28	0,22	0,26	0,24
Mentő igénybevétele	..	..	294	304	392
Házi gyermekorvosi szolgálat					
Házi gyermekorvosok száma	41	43	42	42	42
Körzetek száma	42	44	42	42	42
ebből önkormányzati vállalkozó, magán	..	..	38	42	42
gyermek lakos	..	56 616	..	41 535	38 722
gyermek/gyermekorvos	..	1 316,7	..	988,9	922,0
Rendelőben ellátottak	344 000	254 000	238 000	234 000	219 000
Beteg lakásán	28 000	21 000	31 000	25 000	22 000
Összes vizsgálat	372 000	275 000	269 000	259 000	241 000
összes ellátás/gyermek	..	4,9	..	6,2	6,2
Napi átlagos forgalom	33	25	25	24	23
Szakrendelésre utalt/nap	..	..	3,4	3,3	3,1
Házi orvosi alapellátás összesen					
házi orvos összesen	113	124	136	138	137
lakónépesség	213 274	195 433	185 567	182 408	180 282
lakos/orvos	1 887,4	1 576,1	1 364,5	1 321,8	1 315,9

19. melléklet: Szakorvosi gondozók betegforgalma

BAZ megye 1980-2002

	1980	1990	2000	2001	2002
Tüdőbeteg-gondozó					
Intézet	11	10	10	10	10
Tüdőbeteg forgalom	136 443	101 580	122 660	122 940	115 994
Röntgen tüdőszűrés	342 023	271 632	266 959	235 665	243 724
Nyilvántartott aktív tbc-s*	1 155	885	178	188	174
Nyilvántartott igazolt primer hörgőrákos	357	612	1 096	1 192	1 239
Új aktív tbc-s	395	331	182	179	194
Új igazolt primer hörgőrákos	288	455	465	486	488
TBC incidencia/1000 lakos	1,9	1,7	1,0	1,0	1,1
Hörgőrák prevalencia/1000 lakos	1,7	3,1	5,9	6,5	6,9
Hörgőrák incidencia/1000 lakos	1,4	2,3	2,5	2,7	2,7
összes tüdőbeteg ellátás/lakos	0,64	0,52	0,66	0,67	0,64
Bőr- és nemibeteg gondozó					
Intézet	5	9	7	7	7
Bőr- és nemibeteg forgalom	150 727	95 480	78 460	79 351	79 691
Ebből bőrbeteg	82 486	90 255	61 475	74 768	75 966
nemibeteg	3 175	797	338	575	430
Összes szűrővizsgálat	31 940	1 960	3 012	4 453	3 728
Ebből nemibeteg szűrővizsgálat	31 906	1 960	1 178	1 317	1 444
HIV szűrés ..	..	..	803	761	811
Nyilvántartott nemibeteg	131	11	25	58	65
Ebből szifilisz	95	3	17	28	40
gonorrhéas	36	8	8	30	25
Év folyamán jelentkezett beteg	..	..	43 026	45 826	41 357
Ebből szifilisz	8	1	10	21	20
gonorrhéas	556	180	48	50	66
egyéb** ..	..	..	294	304	392
összes bőr- és nemibeteg ellátás/lakos	0,71	0,49	0,42	0,44	0,44
Addiktológiai gondozó***					
Intézet	7	12	11	11	11
Addiktológiai betegforgalom	13 288	14 280	6 426	8 320	9 220
Év folyamán gondozásba vett beteg	2 396	735	256	187	277
Nyilvántartott beteg	3 044	5 475	1 635	1 502	1 301
összes+A5 addiktológiai ellátás/lakos	0,06	0,07	0,03	0,05	0,05
Pszichiátriai gondozó****					
Intézet	10	13	11	12	13
Pszichiátriai betegforgalom	44 700	61 635	59 117	56 494	61 326
Ebből gondozott	22 546	28 243	23 284	21 621	27 419
Nyilvántartott beteg	6 406	7 894	4 852	4 880	5 093
Ebből skizofrénias	1 085	1 445	1 352	1 415	1 357
személyiség-zavar	431	478	285	299	343
hangulatzavarok ..	..	..	962	1 120	1 209
öngyilkossági kísérlet	80	95	32	31	20
összes pszichiátriai ellátás/lakos	0,21	0,32	0,32	0,31	0,34
Összes gondozóintézeti ellátás/lakos	1,62	1,40	1,44	1,46	1,48

* 1996-tól WHO előírás szerint

** 2000 óta eltérő a betegkör

*** 1994 óta drog és kevert típusú (alkohol+gyógyszer+deog) betegek adataival

**** gyermek- és ifjúság pszichiátriai gondozó adataival együtt

20. melléklet Felnőtt háziorvosok szakképzettsége
Miskolc, 2003

Szakvizsga megnevezése	száma				össz.
	1.	2.	3.	4.	
Általános orvos	10	1			11
Anaesthesiologus	1	1	1		3
Belgyógyász	14	8	1		23
Bőrgyógyász			1		1
Csaláadorvos	2	1			3
Háziorvos	42	8	2	1	53
Fül-orr-gégész		1			1
Gyermekgyógyászat			1		1
Kardiológus			1		1
Klinikai onkológus		1			1
Sebész		5	2		7
Szülész-nőgyógyász		1			1
Foglalkozási egészségügyi		3	4		7
Üzemorvos		7	1	1	9
Traumatológus		1	1		2
Tüdőgyógyász			1		1
Összesen	69	38	15		122

Forrás: Miskolc MJVÖ Egészségügyi és szociális osztály felmérése, 2003

21. melléklet: A rendelők műszaki állapota és az ÁNTSZ engedély
Miskolc, 2003

		elavult, gyenge	elfogadható	jó
házi orvos	ideiglenes	6	6	0
	nincs	0	0	1
	végleges	20	25	11
összes		26	31	12
gyermek orvos	ideiglenes	10	9	1
	végleges	7	3	4
	összes	17	12	5
fogorvos	ideiglenes			5
	végleges	1	17	35
	összes	1	17	40
összesen	ideiglenes	16	15	6
	nincs	0	0	1
	végleges	28	45	50

Forrás: Miskolc MJVÖ Egészségügyi és szociális osztály felmérése, 2003

**22. melléklet: A kórházi ágyak számának változása megyei és országos összehasonlításban
Miskolc, 1996-2002**

S z a k m a		1996					2002					Változás % (Bázis: 1996)					1996	2002	1996	2002	1996	2002
kód	megnevezés	Semmelweis Kh	Diós-győri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Semmelweis Kh	Diós-győri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Semmelweis Kh	Diós-győri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Miskolci városi kórházi ágyszám	Miskolc a megye %-ában	Miskolc az ország %-ában			
01	Belgyógyászat	215	95	466	1 281	17 260	193	80	210	831	14 319	89,8	84,2	45,1	64,9	83,0	310	273	24,2	32,9	1,8	1,9
02	Sebészet	145	37	207	595	9 127	125	36	153	403	7 171	86,2	97,3	73,9	67,7	78,6	182	161	30,6	40,0	2,0	2,2
03	Traumatológia		78	111	209	4 539		72	108	180	3 505		92,3	97,3	86,1	77,2	78	72	37,3	40,0	1,7	2,1
04	Szülészet-nőgyógyászat	130	67	140	567	7 349	90	51	117	333	5 094	69,2	76,1	83,6	58,7	69,3	197	141	34,7	42,3	2,7	2,8
05	Csecs.- és gyermekgy.			141	255	5 844			360	420	5 032			255,3	164,7	86,1	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
06	Fül-orr-gégészlet	30		75	170	2 434	30		50	95	1 825	100,0		66,7	55,9	75,0	30	30	17,6	31,6	1,2	1,6
07	Szemészet	50		42	152	2 024	43		34	92	1 669	86,0		81,0	60,5	82,5	50	43	32,9	46,7	2,5	2,6
08	Bőr- és nemibeteg	75			99	974	52			72	756	69,3			72,7	77,6	75	52	75,8	72,2	7,7	6,9
09	Ideggyógyászat	56	54	139	299	3 959	50	85	130	315	3 461	89,3	157,4	93,5	105,4	87,4	110	135	36,8	42,9	2,8	3,9
10	Ortopédia			76	76	1 320			70	70	1 114			92,1	92,1	84,4	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	Urológia	50		70	120	2 074	60		50	110	1 523	120,0		71,4	91,7	73,4	50	60	41,7	54,5	2,4	3,9
12	Onkológia, onkorad.			40	88	1 886			40	74	1 874			100,0	84,1	99,4	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
13	Fog- és szájszészlet		30		30	256			15	15	229				50,0	89,5	30	0	100,0	0,0	11,7	0,0
14	Reumatológia				184	2 101				92	1 606				50,0	76,4	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
15	Intenzív betegellátó	10	5	24	67	1 235	10	5	22	76	1 304	100,0	100,0	91,7	113,4	105,6	15	15	22,4	19,7	1,2	1,2
16	Fertőző betegellátó	125			179	1 823	100			100	1 164	80,0			55,9	63,9	125	100	69,8	100,0	6,9	8,6
17	Felvételi osztály				12	244				213	229				1 775,0	93,9	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
18	Elmegyógyászat						75		76	300	4 175						0	75		25,0		1,8
19	Tüdőgyógyászat									290	3 062											
90	Mátrix intézet									132	1 166											
91	Belgyógy. típusú mátrix										370											
92	Sebészeti típusú mátrix										694											
	Aktív fekvő együtt	886	366	1 531	4 383	64 449	828	329	1 435	4 213	61 342	93,5	89,9	93,7	96,1	95,2	1 252,0	1 157,0	28,6	27,5	1,9	1,9
18	Elmegyógyászat	150		166	628	10 852	55		75	333	5 598	36,7		45,2	53,0	51,6	150	55	23,9	16,5	1,4	1,0
19	Tüdőgyógyászat				399	4 660				110	1 157				27,6	24,8	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
21	Utókezelő	136			441	6 377	66			255	4 744	48,5			57,8	74,4	136	66	30,8	25,9	2,1	1,4
22	Rehabilitációs osztály			120	236	6 686	44		118	306	6 477			98,3	129,7	96,9	0	44	0,0	14,4	0,0	0,7
23	Tartós ápolás						20	20		198	1 526						0	40		20,2		2,6
	Krónikus együtt	286	0	286	1 704	28 575	185	20	193	1 202	19 502	64,7		67,5	70,5	68,2	286	205	16,8	17,1	1,0	1,1
	Ö S S Z E S E N	1 172	366	1 817	6 087	93 024	1 013	349	1 628	5 415	80 844	86,4	95,4	89,6	89,0	86,9	1 538	1 362	25,3	25,2	1,7	1,7
	Újszülött	60	25	50	231	3 067	60	25	50	209	2 741	100,0	100,0	100,0	90,5	89,4	85	85	36,8	40,7	2,8	3,1

Forrás: www.gyogyinfok.hu

**23. melléklet: A kórházi ellátási esetszám változása a miskolci kórházakban
1996-2002**

S z a k m a		1996					2002					Változás % (Bázis: 1996)					1996	2002	1996	2002	1996	2002
kód	megnevezés	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Miskolci kh-ak esetszáma	Miskolc a megye %-ában	Miskolc az ország %-ában			
01	Belgyógyászat	6 083	2 910	15 400	41 051	531 571	6 956	3 117	8 431	31 285	549 489	114,4	107,1	54,7	76,2	103,4	8 993	10 073	21,9	32,2	1,7	1,8
02	Sebészet	4 331	1 129	7 583	20 839	297 016	4 021	1 400	4 179	13 653	293 324	92,8	124,0	55,1	65,5	98,8	5 460	5 421	26,2	39,7	1,8	1,8
03	Traumatológia		3 127	4 184	8 053	150 261		3 704	1 820	5 573	142 762		118,5	43,5	69,2	95,0	3 127	3 704	38,8	66,5	2,1	2,6
04	Szülészet-nőgyógyászat	5 567	4 234	7 427	28 236	359 803	5 968	3 129	6 778	19 833	307 616	107,2	73,9	91,3	70,2	85,5	9 801	9 097	34,7	45,9	2,7	3,0
05	Csecs.- és gyermekgy.			3 263	7 507	180 373			13 131	16 086	220 981			402,4	214,3	122,5	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
06	Fül-orr-gégészlet	1 405		3 290	7 605	117 620	1 382		3 039	4 954	104 816	98,4		92,4	65,1	89,1	1 405	1 382	18,5	27,9	1,2	1,3
07	Szemészet	2 029		1 405	4 985	70 083	3 233		2 196	5 912	97 276	159,3		156,3	118,6	138,8	2 029	3 233	40,7	54,7	2,9	3,3
08	Bőr- és nemibeteg	1 356			1 863	21 551	1 252			1 760	24 294	92,3			94,5	112,7	1 356	1 252	72,8	71,1	6,3	5,2
09	Ideggyógyászat	1 448	1 636	3 770	8 596	95 438	1 600	2 834	4 055	10 349	118 649	110,5	173,2	107,6	120,4	124,3	3 084	4 434	35,9	42,8	3,2	3,7
10	Ortopédia			1 635	1 635	32 733			2 025	2 025	39 791			123,9	123,9	121,6	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
11	Urológia	1 399		1 405	2 804	70 237	4 441		1 925	6 366	84 654	317,4		137,0	227,0	120,5	1 399	4 441	49,9	69,8	2,0	5,2
12	Onkológia, onkorad.			937	1 927	54 780			1 371	2 090	84 095			146,3	108,5	153,5	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
13	Fog- és szájszészlet		1 562		1 562	9 918			693	693	9 805				44,4	98,9	1 562	0	100,0	0,0	15,7	0,0
14	Reumatológia				4 071	47 296				2 684	46 312				65,9	97,9	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
15	Intenzív betegellátó	507	101	402	2 042	46 598	431	141	718	2 979	66 956	85,0	139,6	178,6	145,9	143,7	608	572	29,8	19,2	1,3	0,9
16	Fertőző betegellátó	2 856			3 850	41 786	3 474			3 474	36 080	121,6			90,2	86,3	2 856	3 474	74,2	100,0	6,8	9,6
17	Felvételi osztály				521	20 125				4 098	24 903				786,6	123,7		0	0,0	0,0	0,0	0,0
18	Elmegyógyászat						1 444		1 030	10 755	94 162							1 444		13,4		1,5
19	Tüdőgyógyászat									11 000	87 329											
90	Mátrix intézet									10 208	39 814											
91	Belgyógy. típusú mátrix										10 847											
92	Sebészeti típusú mátrix								4 068		35 977											
	Aktív fekvő együtt	26 981	14 699	50 701	147 147	2 147 189	34 202	14 325	55 459	165 777	2 519 932	126,8	97,5	109,4	112,7	117,4	41 680	48 527	28,3	29,3	1,9	1,9
18	Elmegyógyászat	2 623		1 720	7 954	108 655	814		792	3 318	40 166	31,0		46,0	41,7	37,0	2 623	814	33,0	24,5	2,4	2,0
19	Tüdőgyógyászat				9 300	85 830				1 213	12 911				13,0	15,0						
21	Útókezelő	1 381			3 867	46 449	351			2 277	34 966	25,4			58,9	75,3	1 381	351	35,7	15,4	3,0	1,0
22	Rehabilitációs osztály			1 508	3 633	78 413	398		1 631	4 731	92 576			108,2	130,2	118,1		398		8,4		0,4
23	Tartós ápolás						363	59		1 472	7 593							422		28,7		5,6
	Krónikus együtt	4 004	0	3 228	24 754	319 347	1 926	59	2 423	13 011	188 212	48,1		75,1	52,6	58,9	4 004	1 985	16,2	15,3	1,3	1,1
	Ó S S Z E S E N	30 985	14 699	53 929	171 901	2 466 536	36 128	14 384	57 882	178 788	2 708 144	116,6	97,9	107,3	104,0	109,8	45 684	50 512	26,6	28,3	1,9	1,9
	Újszülött	1 562	1 082	2 600	8 691	103 265	1 888	640	2 208	7 366	93 249	120,9	59,1	84,9	84,8	90,3	2 644	2 528	30,4	34,3	2,6	2,7

24. melléklet: A kórházi ápolási napok és az átlagos ápolási idő változása

Miskolc, 1996-2002

S z a k m a		1996					2002					Átlagos ápolási idő 1996					Átlagos ápolási idő 2002				
kód	megnevezés	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Semmelweis Kh	Diósgyőri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország
01	Belgyógyászat	50 339	26 473	131 449	362 365	5 145 645	57 820	24 797	63 186	261 960	4 382 719	8,3	9,1	8,5	8,8	9,7	8,3	8,0	7,5	8,4	8,0
02	Sebészet	46 123	10 628	73 379	185 567	2 448 148	40 187	10 165	37 283	110 443	1 880 363	10,6	9,4	9,7	8,9	8,2	10,0	7,3	8,9	8,1	6,4
03	Traumatológia		20 413	32 036	57 471	1 205 474		18 903	14 373	33 276	934 111		6,5	7,7	7,1	8,0		5,1	7,9	6,0	6,5
04	Szülészet-nőgyógy.	27 610	19 186	40 382	138 859	1 777 144	23 709	14 088	33 391	88 820	1 383 586	5,0	4,5	5,4	4,9	4,9	4,0	4,5	4,9	4,5	4,5
05	Csecs.- és gyermekgy.			40 165	68 460	1 381 617			110 015	128 229	1 288 171			12,3	9,1	7,7			8,4	8,0	5,8
06	Fül-orr-gégészet	10 508		23 864	53 750	638 547	8 048		16 859	29 507	469 924	7,5		7,3	7,1	5,4			5,5	6,0	4,5
07	Szemészet	12 873		10 679	38 562	493 148	14 270		10 080	27 897	415 430	6,3		7,6	7,7	7,0			4,6	4,7	4,3
08	Bőr- és nemibeteg	19 779			26 201	247 640	15 029			21 093	215 750	14,6			14,1	11,5				12,0	8,9
09	Ideggyógyászat	17 863	19 009	37 483	89 047	1 111 246	15 759	32 091	41 682	104 541	1 023 032	12,3	11,6	9,9	10,4	11,6	9,8	11,3	10,3	10,1	8,6
10	Ortopédia			21 282	21 282	344 533			22 040	22 040	320 451			13,0	13,0	10,5			10,9	10,9	8,1
11	Urológia	11 171		17 418	28 589	551 944	14 095		14 642	28 737	431 369	8,0		12,4	10,2	7,9			7,6	4,5	5,1
12	Onkológia, onkorad.			14 335	23 284	465 407			12 599	20 719	506 206			15,3	12,1	8,5			9,2	9,9	6,0
13	Fog- és szájszészet		9 571		9 571	64 893			4 313	4 313	48 420		6,1		6,1	6,5			6,2	6,2	4,9
14	Reumatológia				60 972	662 579				34 342	538 917				15,0	14,0				12,8	11,6
15	Intenzív betegellátó	1 547	1 013	3 287	10 372	239 133	1 619	984	3 824	14 760	299 365	3,1	10,0	8,2	5,1	5,1	3,8	7,0	5,3	5,0	4,5
16	Fertőző betegellátó	24 509			34 382	394 512	18 423			18 423	255 436	8,6			8,9	9,4	5,3			5,3	7,1
17	Felvételi osztály				950	35 989				60 187	36 116				1,8	1,8				14,7	1,5
18	Elmegyógyászat						21 736		22 687	100 632	1 344 864						15,1		22,0	9,4	14,3
19	Tüdőgyógyászat									86 084	915 244									7,8	10,5
90	Mátrix intézet									67 225	276 559									6,6	6,9
91	Belgyógy.típ.mátrix										86 936										8,0
92	Sebészeti típ. mátrix								31 209		206 051									7,7	5,7
	Aktív fekvő együtt	222 322	106 293	445 759	1 209 684	17 207 599	230 695	101 028	438 183	1 263 228	17 259 020	8,2	7,2	8,8	8,2	8,0	6,7	7,1	7,9	7,6	6,8
18	Elmegyógyászat	38 775		43 972	176 717	3 210 638	15 406		19 510	104 491	1 774 586	14,8		25,6	22,2	29,5	18,9		24,6	31,5	44,2
19	Tüdőgyógyászat				128 131	1 400 790				36 497	343 732				13,8	16,3				30,1	26,6
21	Útókezelő	54 911			144 662	1 727 452	12 298			74 857	1 419 584	39,8			37,4	37,2	35,0			32,9	40,6
22	Rehabilitációs osztály			38 174	80 173	1 959 794	14 564		39 558	105 164	2 070 100			25,3	22,1	25,0			36,6	24,3	22,2
23	Tartós ápolás						6 962	4 067		64 903	472 594								19,2	68,9	44,1
	Krónikus együtt	93 686	0	82 146	529 683	8 298 674	49 230	4 067	59 068	385 912	6 080 596	23,4		25,4	21,4	26,0	25,6	68,9	24,4	29,7	32,3
	Ö S S Z E S E N	316 008	106 293	527 905	1 739 367	25 506 273	279 925	105 095	497 251	1 649 140	23 339 616	10,2	7,2	9,8	10,1	10,3	7,7	7,3	8,6	9,2	8,6
	Újszülött	7 555	5 219	13 147	42 342	153 602	8 524	3 246	8 866	32 478	187 434	4,8	4,8	5,1	4,9	1,5	4,5	5,1	4,0	4,4	2,0

25. melléklet: Felvétel napján történt elbocsátás változása a fekvőbeteg-ellátásban

Miskolc, 1996-2002

S z a k m a		1996					2002					Változás % (Bázis: 1996)					1996	2002	1996	2002	1996	2002
kód	megnevezés	Semmelweis Kh	Diós-győri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Semmelweis Kh	Diós-győri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Semmelweis Kh	Diós-győri Kh	Megyei Kh.	BAZ megye	ország	Miskolci esetszám	Miskolc a megye %-ában	Miskolc az ország %-ában			
01	Belgyógyászat	139	51	100	486	7 282	19	0	10	43	14 319	13,7	0,0	10,0	8,8	196,6	190	19	39,1	44,2	2,6	0,1
02	Sebészet	71	3	52	248	3 767	0	0	142	143	7 171	0,0	0,0	273,1	57,7	190,4	74	0	29,8	0,0	2,0	0,0
03	Traumatológia		14	14	33	1 492		125	0	125	3 505		892,9	0,0	378,8	234,9	14	125	42,4	100,0	0,9	3,6
04	Szülészet-nőgyógyász	48	5	812	907	3 161	1 793	11	1 712	3 521	5 094	3 735,4	220,0	210,8	388,2	161,2	53	1804	5,8	51,2	1,7	35,4
05	Csecs.- és gyermekgy.		14	62	1 278			28	28	5 032			200,0	45,2	393,7	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
06	Fül-orr-gégész	6	1	15	193	0	0	0	0	1 825	0,0		0,0	0,0	945,6	6	0	40,0			3,1	0,0
07	Szemészet	3	0	3	291	0	1	1	1 669	0,0				33,3	573,5	3	0	100,0	0,0	1,0	0,0	
08	Bőr- és nemibeteg	3		3	20	0	0	0	0	756	0,0			0,0	3 780,0	3	0	100,0			15,0	0,0
09	Ídeggyógyászat	6	2	44	68	768	0	0	0	3 461	0,0	0,0	0,0	0,0	450,7	8	0	11,8			1,0	0,0
10	Ortopédia		0	0	49		0	0	0	1 114					2 273,5	0	0				0,0	0,0
11	Urológia	5	3	8	1 285	318	0	318	1 523	6 360,0		0,0	3 975,0	118,5	5	318	62,5	100,0	0,4	20,9		
12	Onkológia, onkorad.		1	1	178		0	0	0	1 874		0,0	0,0	0,0	1 052,8	0	0	0,0			0,0	0,0
13	Fog- és szájszész		1	1	19		0	0	0	229		0,0	0,0	0,0	1 205,3	1	0	100,0			5,3	0,0
14	Reumatológia			2	10		0	0	0	1 606				0,0	16 060,0	0	0	0,0			0,0	0,0
15	Intenzív betegellátó	48	1	15	145	2 601	0	0	0	1 304	0,0	0,0	0,0	0,0	50,1	49	0	33,8			1,9	0,0
16	Fertőző betegellátó	13		16	256	0		0	0	1 164	0,0			0,0	454,7	13	0	81,3			5,1	0,0
17	Felvételi osztály			9	6 271			0	0	229				0,0	3,7	0	0					
18	Elmegyógyászat						0	0	0	4 175						0	0					
19	Tüdőgyógyászat								17	3 062						0	0					
90	Mátrix intézet								376	1 166						0	0					
91	Belgyógy. típusú mátrix									370						0	0					
92	Sebészeti típusú mátrix							1		694						0	0					
	Aktív fekvő együtt	342	77	1 056	2 007	28 921	2 130	136	1 894	4 572	61 342	622,8	176,6	179,4	227,8	212,1	419	2 266	20,9	49,6	1,4	3,7
18	Elmegyógyászat	409		1	434	1 667	0	0	0	5 598	0,0		0,0	0,0	335,8	409	0	94			24,5	0,0
19	Tüdőgyógyászat			31	349				0	1 157				0,0	331,5	0	0	0			0,0	0,0
21	Útókezelő	16		25	244	0			0	4 744	0,0			0,0	1 944,3	16	0	64			6,6	0,0
22	Rehabilitációs osztály			0	0	114	0	0	0	6 477					5 681,6	0	0				0,0	0,0
23	Tartós ápolás						0	0	0	1 526						0	0					0,0
	Krónikus együtt	425	0	1	490	2 374	0	0	0	19 502	0,0		0,0	0,0	821,5	425	0	86,7			17,9	0,0
	Ö S S Z E S E N	767	77	1 057	2 497	31 295	2 130	136	1 894	4 572	80 844	277,7	176,6	179,2	183,1	258,3	844	2 266	33,8	49,6	2,7	2,8
	Újszülött	59	38	273	453	9 376	0	0	0	2 741	0,0	0,0	0,0	0,0	29,2	206	0	45,5			2,2	0,0

26. melléklet: Tízezer lakosra számított kórházi ágyellátottság összehasonlító adatai, 2001

Szakma megnevezése	Borsod	Hajdú	Szabolcs	Országos	Kapacitás tv.	Eltérés a tv.-től
01 Belgyógyászat	11,1	14,2	13,3	14,0	15,2	- 4,1
02 Sebészet	5,4	8,2	5,6	6,7	7,3	- 1,9
03 Traumatológia	2,4	4,2	2,6	3,5	3,6	- 1,2
04 Szülészeti-nőgyógyászat	4,4	5,9	4,6	4,9	5,3	- 0,9
05 Csecsemő- és gyermekgyógyászat	5,6	4,9	4,8	5,1	5,4	0,2
06 Fül-orr-gégészeti	1,3	2,5	1,9	1,7	1,8	- 0,5
07 Szemészet	1,2	2,7	1,4	1,6	1,7	- 0,5
08 Bőrgyógyászat	1,0	-	0,7	0,8	0,8	0,2
09 Ideggyógyászat	4,2	3,1	3,1	3,4	3,4	0,8
10 Ortopédia	0,9	0,9	0,8	1,1	1,0	- 0,1
11 Urológia	1,5	2,1	10,0	1,5	1,5	-
12 Onkológia	1,0	2,8	0,7	1,8	1,7	- 0,7
13 Szájsebészet	0,2	0,4	0,2	0,2	0,2	-
14 Reumatológia	1,2	1,3	2,0	1,6	1,6	- 0,4
15 Intenzív betegellátó	1,0	3,4	0,9	1,3	1,3	- 0,3
16 Fertőző betegellátás	1,1	1,4	1,4	1,1	1,2	- 0,1
17 SBO	-	0,5	0,7	0,2	0,2	- 0,2
18 Elmeorvosászat	2,8	3,9	7,0	4,0	4,2	- 1,4
19 Tüdőgyógyászat	4,0	2,8	3,2	3,0	3,0	1,0
Aktív betegell. oszt. együtt	50,3	65,2	64,9	57,5	60,4	- 10,1
40 Krónikus ellátás	5,6	0,8	8,9	5,9	5,8	- 0,2
41 Rehabilitáció	8,1	8,4	4,7	11,7	11,5	- 3,4
42 Ápolás	2,6	1,3	0,3	1,5	1,4	1,2
43 Matriks szerkezetű ellátás	5,6	-	-	2,3	-	5,6
Krónikus osztályok együtt	21,9	10,5	13,9	21,4	18,7	3,2
ÖSSZESEN	72,2	75,7	78,8	78,9	79,1	- 6,9