

BUDAPESTI AGGLOMERÁCIÓ
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI
KIEMELT PROGRAMJA

III. FÁZISÚ EREDMÉNYDOKUMENTÁCIÓ

2006

KÉSZÍTETTE

**A BUDAPESTI AGGLOMERÁCIÓS FEJLESZTÉSI TANÁCS
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI AD HOC SZAKMAI BIZOTTSÁGA:**

VEZETŐ:

DR. BOGNÁR ILONA

TAGOK:

CSORBAINÉ WEIGERT TÜNDE

DR. DIVINYI PÉTER

GLUSCEVIC LINDA

KOTROCZÓ ZSUZSANNA

DR. KOVÁCS JÓZSEF

DR. SOMHEGYI ANNAMÁRIA

DR. SZARVAS TIBOR

2006. FEBRUÁR - JÚLIUS

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Az elmúlt évtizedekben a népesség létszáma, a demográfiai helyzet, a születések, halálozások, vándorlások aránya megváltozott. A népesség korösszetételében az idősek részaránya jelentősen nőtt. A születéskor várható élettartam mind a férfiak, mind a nők vonatkozásában nőtt. Egyre hosszabb ideig élnek a generációk egymás mellett, ami új együttélési szabályokat, alkalmazkodási technikákat tesz szükségessé, és a szolidaritás megváltozott formáit igényli. A megbetegedési és halálozási viszonyok megváltoztak. A népegészségügyi mutatók európai összehasonlításban rendkívül kedvezőtlenek annak ellenére, hogy az orvostudomány, az orvostechnológia, diagnosztika hihetetlen gyorsasággal fejlődött. Az egészségügyi mutatók javítása komplex megközelítés esetén javulhatnak, amelyet nemzeti politikai prioritássá kell tenni. A gyógyításban az intézményi szolgáltatások, azon belül is a fekvőbeteg ellátás túlsúlya aránytalan. Nem kap megfelelő szerepet az egészségsnevelés, egészségtudatos magatartás, nem elégséges a megelőzés szerepe.

A gazdaság szerkezete, teljesítőképessége, a társadalmi, gazdasági, kulturális viszonyok átalakultak. A társadalmi gazdasági átrendeződés, fejlődés, átalakulás új dimenziót nyitotta meg az Európai Unióhoz való csatlakozás, amely jelentős hatást gyakorol a hazai folyamatokra. Az életszínvonal, életkörülmények erőteljesen differenciálódtak.

Mindezek a hatások erőteljesen érintik az egészségügyi ellátó hálózatot. Egyrészt az orvostudomány gyors fejlődése, a pontosabb diagnosztika, a hatásosabb gyógyszerek a gyógyítás időtartamát jelentősen lerövidíti. Ugyanakkor a modern diagnosztika a megbetegedések egyre nagyobb hányadát képes feltárni, míg ezek hiányában a betegségek nagy része rejtve maradtak. Másrészt a társadalmi átalakulások veszteségeinek szociális problémái az egészségügyben jelentek meg tömegesen. Ezzel a rendkívül költségigényes aktív ellátás és egyéb természetbeni és pénzbeni ellátások társadalombiztosítási terheit növelték.

Miközben soha nem látott léptékű változások következtek be, az egészségügyi ellátó struktúra nem alkalmazkodott kellő rugalmassággal ezekhez a folyamatokhoz, így a finanszírozási feltételek, elősorban a kórházak esetében romlottak, állandósultak a gazdasági, likviditási problémák. Az egészségügyi ellátórendszerben a feszültségek, torzulások erősödnek. Megérett a helyzet dinamikusabb reformlépések megtételére. Már elindultak azok a folyamatok, amelyek az ellátós struktúra átalakulását eredményezik. Ezek részben spontán folyamatok, részben kierőszakolt átgondolatlan és nagy ellenállást kiváltó lépések, részben harmonikus, sikeres intézkedések. Az átalakult helyzethez, a differenciálódó igényekhez, a szociális és egészségügyi ellátás kompetenciáinak összefonódásához a rendszer nem alkalmazkodott. Köztudott, hogy a társadalomban jelentős igény és fizetőképés kereslet mutatkozik a természetes, alternatív gyógymódok, rekreáció iránt, ezekre az egyének hatalmas összegeket fordítanak ellenőrizetlenül, mégsem alakult ki a természetgyógyászati témakört magába ölelő szervezett és ellenőrzött struktúra. Az egészség nem az egészségügyben keletkezik és nem ott vész el. Azt kell elérni, hogy minél tovább legyenek egészségesek az emberek, amelyet az egészséges életmód és a hatékonyabb prevenció segítségével lehet megvalósítani. Igény jelentkezik az egészségtudatos magatartás, az egészséges életmód iránt, de az erőforrások érzékelhetően elforgácsolódnak, és nem hoznak megfelelő eredményeket.

Hasonló a rehabilitáció, ápolás iránti igények növekedése. Rendkívül nagy az igény részben az intézményi, de egyre erőteljesebb az otthoni ápolás és szakápolás iránt, ami sok szálon kapcsolódik a szociális szférához is. Logisztikailag vezérelt minősített, minőségileg ellenőrzött ápoló hálózat kialakítása szükséges a már megnövekedett és tovább növekvő igények miatt.

A főváros és az agglomeráció lakosságának egészségügyi ellátásában lényegében nem mennyiségi hiányok vannak. A Budapesti Agglomeráció egészségfejlesztési programja, stratégiai, operatív céljai, valamint az ehhez kapcsolódó intézkedések, a megelőzés, gyógyítás, az egészségügyi és társadalmi rehabilitáció egységben történő kezelését szolgálják és az intézményi struktúra dinamikusabb, az igényekhez jobban alkalmazkodó átalakulását ösztönzik, illetve feltételeit teremtik meg. Az évek óta tartó folyamatok átgondolásával, megfelelő ösztönzők, protokollok kidolgozásával, fejlesztésekkel, korszerű berendezésekkel informatikai és logisztikai háttérrel egy lényegesen korszerűbb, lakossághoz közeli ellátó struktúrát lehet biztosítani, melyben az egészséges életmód és prevenció nagyobb szerepet kap.

Ezt szolgálják a dokumentumban megfogalmazott intézkedések:

- Egészségtudatos magatartás kialakítása
- Egészségfejlesztési Tudásközpont és alközpont - hálózat kialakítása
- Fekvőbeteg-szakellátás és a szociális ellátás határterületi ellátó struktúrájának kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása
- Alapellátás és járóbeteg-szakellátás fejlesztése, struktúrájának kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása
- Az intézményrendszer struktúrájának átalakulása a járóbeteg-szakrendelés vonatkozásában
- A BAFT területén lévő egészségügyi intézmények rendszerbe kapcsolása
- Egynapos sebészet
- Közösségi pszichiátriai ellátás intézményeket kiváltó költség-hatékony, átfogó átszervezésével és fejlesztésével, több szakterület és szolgáltatás működésének integrálásával
- Rehabilitáció, rekreáció, gyógyfürdő, gyógy-idegenforgalom
- Rehabilitáció (orvosi és társadalmi) fejlesztése, struktúrájának kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása
- Gyógyfürdőfejlesztés, gyógy-idegenforgalom
- Rekreációs - rehabilitációs központok kialakítása

Ezek az intézkedések egymással rendszert alkotva összefüggnek, az egészségfejlesztési célok erősítik egymást, és problémaorientált megközelítéssel kívánják elérni az egészségügyi mutatók javulását és a struktúra szükségletekhez igazodó átalakítását.

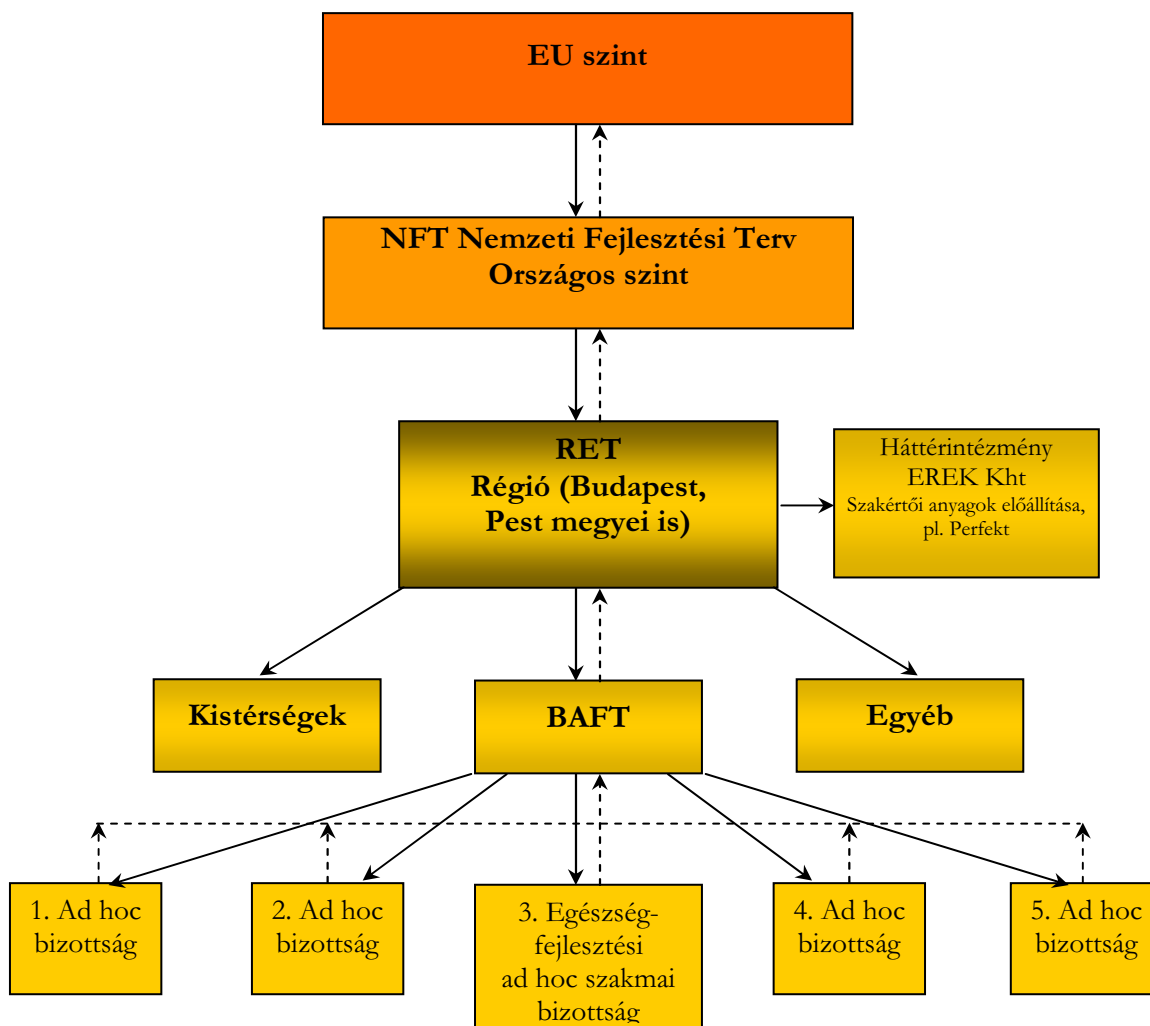
TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETŐ	7
1.1. Az Egészségfejlesztési ad hoc szakmai bizottság fő céljai	8
2. ELŐZETES, ÁLTALÁNOS KITEKINTÉS, PROBLÉMAFELVETÉSEK	9
2.1. Népegészségügyi kérdésekről.....	9
2.1.1. A Nemzeti Egészségfejlesztési Programhoz való kapcsolódás	9
2.2. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők	9
2.2.1. A régió lakosságának egészségi állapota, születéskor várható élettartam, halálozási okok.....	10
2.2.2. A lakosság mentális egészségi állapota	12
3. AZ EGÉSZSÉGÜGYRŐL ÁLTALÁBAN	13
3.1. Intézményi jellemzők	15
3.2. Az egészségügy ellentmondásainak összefoglalása.....	15
4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER KORSZERŰSÍTÉSÉNEK PRIORITÁSAI.....	17
5. A HELYZETELEMZÉSBŐL ADÓDÓ FEJLESZTÉSI CÉLOK.....	19
5.1. A lakosság egészségi állapotának javítása	19
5.1.1. Intézkedés: Egészségtudatos magatartás kialakítása.....	19
5.1.2. Intézkedés: Egészségfejlesztési Tudásközpont és a kapcsolódó alközpont- hálózat kialakítása	24
5.2. Szociális és egészségügyi ellátás optimális arányainak kialakítása.....	26
5.2.1. Intézményrendszer struktúrájának átalakítása.....	26
5.2.1.1. <i>Intézkedés: Fekvőbeteg-szakellátás és a szociális ellátás határterületi ellátó struktúrájának kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása</i>	<i>30</i>
5.2.1.2. <i>Intézkedés: Alapellátás és járóbeteg-szakellátás fejlesztése, struktúrájának kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása.....</i>	<i>32</i>
5.2.2. Az intézményrendszer struktúrájának átalakulása a járóbeteg-szakrendelés vonatkozásában	35
5.2.2.1. <i>Intézkedés: A BAFT területén lévő egészségügyi intézmények rendszerbe kapcsolása</i>	<i>37</i>
5.2.2.2. <i>Intézkedés: Egynapos sebészet.....</i>	<i>38</i>
5.2.3. Közösségi pszichiátriai ellátás.....	42
5.2.3.1. <i>Intézkedés: Közösségi pszichiátriai ellátás intézményeket kiváltó költséghatékony, átfogó átszervezése és fejlesztése, több szakterület és szolgáltatás működésének integrálása</i>	<i>44</i>

5.3. Rehabilitáció, rekreáció, gyógyfürdő, gyógy-idegenforgalom.....	47
5.3.1. Intézkedés: Rehabilitáció (orvosi és társadalmi) fejlesztése, struktúrájának kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása	47
5.3.2. Intézkedés: Gyógyfürdőfejlesztés, gyógy-idegenforgalom	50
5.3.3. Intézkedés: Rekreációs - rehabilitációs központok kialakítása	54
 6. MODELLPROGRAMOK	58
6.1. Modellprogram javaslat: Egészségtudatos magatartás kialakítása	58
6.2. Modellprogram javaslat: Közösségi pszichiátriai ellátás	70
6.3. Modellprogram javaslat: Egynapos sebészet	77
6.4. Modellprogram javaslat: Rehabilitáció	80
6.5. Modellprogram javaslat: Egészségfejlesztési Tudásközpont	82

1. BEVEZETŐ

Helyünk és feladatunk a Nemzeti Egészségfejlesztési Terv szervezetében



A lényegében ismert szervezeti összefüggést az egyértelműség kedvéért mutatjuk be sematikusán.

RET: Regionális Egészségügyi Tanács

BAFT: Budapesti Agglomerációs Fejlesztési Tanács

1.1. Az Egészségfejlesztési ad hoc szakmai bizottság fő céljai

- Bekapcsolódni az egészségügyi rendszer átalakításának folyamatába – a prevenciótól a rekreációig – megfelelő szervezeti keretek között
- A lakosság egészségtudatos magatartásának elősegítése (az egészségügyi ágazaton kívüli területeken is)
- Az „egészség” érték érdekérvényesítése kereteinek felvázolása
- Az egészségfejlesztési, egészségügyi intézményrendszer struktúrájának átalakítása, az átalakítás feltételeinek meghatározása
- Prognosztizált igények, a rendelkezésre álló feltételek leírása, hangolása

A vázolt rendszer keretei között lehet fejlesztési elképzeléseket megvalósítani, uniós forrásokhoz hozzájutni vagy korszerű egészségpolitikai elveket és érdekeket érvényesíteni.

A rendszerbe való bekapcsolódás a Fővárosi Önkormányzatnak, az agglomerációs térség önkormányzatainak közös érdeke.

2. ELŐZETES, ÁLTALÁNOS KITEKINTÉS, PROBLÉMAFELVETÉSEK

2.1. Népegészségügyi kérdésekről

2.1.1. A Nemzeti Egészségfejlesztési Programhoz való kapcsolódás

A lakosság egészségi állapotát – a WHO állásfoglalása szerint – döntő mértékben 43%-ban az életmód, 27%-ban a genetikai tényezők, 19%-ban a környezeti hatások és 11%-ban az egészségügyi ellátás színvonala határozza meg. Az egészségügy közvetett hatásai azonban jelentősebbek a prevenció tevékenység, az egészségtudatos magatartás, tudatformálás terén.

A Nemzeti Egészségfejlesztési Program fontosabb egészségfejlesztési céljai:

- Koszorúér- és agyér-betegségek okozta halálozás visszaszorítása
- A daganatos halálozás növekedési trendjének megállítása, visszafordítása
- A mozgásszervi betegségek és abból eredő szövődmények csökkentése, a rehabilitáció, rekreáció, gyógy-idegenforgalom összekapcsolása
- Az alapellátás és járóbeteg-szakellátás szerepének további erősítése
- A szűrés és gondozási tevékenység fejlesztése
- Az egészséges életmód feltételeinek kialakítása az egészségtelen életmód okozta megbetegedések csökkentése, egészségkárosító tényezők visszaszorítása, egészségtudatos magatartás kialakítása
- Időskorúak ellátásának jobb megszervezése, az egészségügyi és szociális határterületek összehangolása

Az Ottawai karta egészségfejlesztési céljai vezérfonalként tekinthetők a BAFT munkacsoport programjának kidolgozásához:

- Az egészséget támogató társadalompolitika fejlesztése
- Egészséget segítő környezeti feltételek kialakítása
- Közösségi cselekvés
- Az egészséges élet egyéni készségeinek erősítése
- Az egészségügyi ellátás megelőzési szerepének támogatása

2.2. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

Ha a térség egészségi állapotát akarjuk jellemezni, sorra kell venni azokat a tényezőket, amelyek az egészségi állapotot befolyásolják.

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi viszonylatban is kiemelkedően rossz és rontja a magyar munkaerővel (és így a vállalkozás stabilitásával) kapcsolatos várakozásokat. A rossz egészségi állapot mutatói számos okra vezethetők vissza. Ezek között nem hanyagolható el az a tény, hogy a magyar lakosság jelentős részének hiányosak az egészséggel, az egészséget károsító tényezőkkel kapcsolatos ismeretei. Az egészséget fontosnak tartók közül is vannak sokan, akik nem tudnak hatékonyan hozzáférfni azokhoz az egészségmegőrzést, egészségfejlesztést célzó szolgáltatásokhoz, ismeretekhez, készségekhez, amelyek egészségük megőrzését, javítását szolgálhatnák.

A gazdaságra nehéz terhet rak, az egészségügyi rendszer működésének fenntarthatóságát veszélyezteti, ha a lakosság valamennyi lehetséges környezeti, szociális, életmódbeli kockázatát az egészségügyi ellátásnak kell orvosolnia.

A mai kor embere – és ez Magyarországra kiemelten vonatkozik – rendkívül egészségtelen életet él, keveset mozog, egészségtelenül táplálkozik, túl sok gyógyszert fogyaszt. A fiatalok körében, ha lassuló mértékben is, de nő a rendszeres drogfogyasztók száma, és valamennyi életkorban, mindkét nemben rendkívül súlyos problémát jelent a gyakran mértéktelen alkoholfogyasztás és a dohányzás. A drog, az alkohol és a nikotin abususként generációkra kiható, maradandó káros következményei lehetnek. Szomorú, hogy a fiatalok tájékozottsága jobb a rock- és popegyüttessel, mint saját egészségükkel kapcsolatban. Ezért az egészségnevelésnek és felvilágosításnak prioritást kell biztosítani a kistérségi munkában, az írott és elektronikus sajtóban egyaránt.

Minden egészségügyi rendszer alapja a **prevenció**, ez az a terület, ahol a térségi intézmények, civil szervezetek közelségük okán hatékony munkát végezhetnek. Budapest és Pest megye civil szerveződései között elég nagy különbség alakult ki.

Pest megyében a szervezetek részben még nem alakultak ki, részben a korábban meglévők (pl. szűrőállomások) visszafejlődtek az egészségügy más irányú finanszírozási politikája miatt. A prevenciónak központi kategóriává kell válnia a térségi egészségügy fejlesztésben. Különösen fontos az alkohol- és drogprevenció, a szűrések bevezetése és propagálása a lakosság körében, az ételmezési és táplálkozási ismertetek terjesztése, az iskola-egészségügyi rendszer fejlesztése.

A felvilágosítás fontos, de nem elégséges. A javasolt egészséges életmódhoz megfelelő, elsősorban pénzügyi és tárgyi feltételeket is szükséges biztosítani.

A tömegsport-lehetőségek megszűntek, a hajdanában a szakszervezeti üdülők, gyógyüdülők által biztosított preventív kezelések szintén, és minden szolgáltató mindenáron csak a profit növelésére törekszik. A sportpályák sorra szűnnek meg, Budapesten az uszodák száma nagyságrenddel kisebb, mint Bécsben, vagy Prágában. Ezen sürgősen változtatni szükséges. Amíg csak beszélünk, de nem cselekszünk, addig semmi javulás nem várható.

Ehhez az átalakuláshoz az állami beavatkozás nem nélkülözhető. Az állam az egészséges életmód, az egészségügy és a szociális gondoskodás területén meghatározó szerepet játszik. Olyan pénzügyi, tárgyi és személyi feltételeket kell teremteni, amelyek nemcsak az emberek, azon belül elsősorban a fiatalok tudatát alakítják, formálják, terelik jó irányba, hanem lehetőséget biztosítanak az egészséges életmód gyakorlására is.

A BAFT egészségfejlesztési programja, amennyiben megvalósul, országos példát mutathat.

2.2.1. A régió lakosságának egészségi állapota, születéskor várható élettartam, halálozási okok

A magyar lakosság kiemelkedően magas halálozási arányszámaival az európai uniós tagországok között a harmadik legkedvezőtlenebb helyen áll. Különösen aggasztó a helyzet az aktív korú férfiakat illetően: Magyarországon két és félszer annyi férfi hal meg idő előtt (a 25-64 év korcsoportban), mint az Európai Unió országaiban. A krónikus nem fertőző betegségek hátterében álló kockázati tényezők prevalenciáját tekintve is rendkívül kedvezőtlenek a tendenciák: 35 éves kor felett meredeken emelkedik a magas vérnyomás

gyakorisága mindkét nemben. Az elhízás a magyar lakosság több mint felét érinti: a férfiak 38%-a, míg a nők 29%-a túlsúlyos, a teljes felnőtt népesség 20%-a pedig elhízott. A lakosság egy főre jutó alkoholfogyasztása (tisztá alkohorra vonatkoztatva) meghaladja a 12 litert. A felnőtt népesség 33,8%-a napi rendszerességgel dohányzik, a fiatal férfiak körében a dohányosok arány eléri a 45%-ot. A kábítószer-fogyasztás terjedését mutatja, hogy a 90-es évek második felében a kábítószer-használat gyakorisága közel kétszeresére nőtt a középiskolások között. A lelki egészség fejlesztésének szükségességét jelzi, hogy a lelki- és viselkedés-zavarok a 3. leggyakoribb betegségcsoportot jelentik ma Magyarországon. A lakosság fizikai aktivitásának mértéke is elégtelen, hisz a 18-64 év közötti felnőttek kb. egyharmada soha nem, vagy ritkábban, mint hetente végez a testedzés igényével bármiféle fizikai tevékenységet. A 12-18 éves korosztály hétköznapiakon átlagosan napi több mint 2 órát, hétvégi napokon átlagosan napi több mint 3 órát fordít tv-nézésre, s a fizikai inaktivitás időtartamát tovább növeli a számítógéphez kötött tevékenységre fordított idő. Általában a magyar lakosság egészségi állapota olyan mértékben kritikus, hogy az a magyar munkaerő és gazdaság versenyképességét az egyre globalizálódó európai piacon számottevő mértékben rontja.

Az eddigi nemzetközi és hazai tapasztalat azt mutatja, hogy csak komplex, több megközelítést egyidejűleg alkalmazó intézkedés lehet sikeres a lakosság egészségi állapotának javításában. A komplex megközelítés egyik fontos eleme a lakosság egészség-ismereteinek, egészség-magatartásának javítása.

A tíz vezető halálok és azok magatartással kapcsolatos kockázati tényezői és rizikófaktorai, illetve ezek magatartással összefüggő meghatározói

<i>Halálokok</i>	<i>Magatartással kapcsolatos kockázati tényezők és fiziológiai rizikófaktorok</i>	<i>Fiziológiai rizikó faktorok magatartással összefüggő meghatározói</i>
<i>Rosszindulatú daganatok</i>	<i>dohányzás, zsírban gazdag étrend, rostszegény étrend</i>	
<i>Ischaemias szívbetegség</i>	<i>dohányzás, a fizikai igénybevétel hiánya, orális fogamzásgátlás, magas szérum koleszterin, elhízás, magas vérnyomás, cukorbetegség</i>	<i>zsírban gazdag étrend, magas kalóriatartalmú étrend, magas sótartalmú étrend, magas kalóriatartalmú étrend okozta elhízás</i>
<i>Idült májbetegség és májsugorodás</i>	<i>alkohol</i>	
<i>Agyérbetegség</i>	<i>magas vérnyomás, érelmeszesedés</i>	<i>magas sótartalmú étrend, zsírban gazdag étrend</i>
<i>Balesetek (lánggal okozottak is), testi sértés</i>	<i>alkohol, veszélyes vezetés, vezetés a biztonsági öv használata nélkül, dohányzás, lőfegyver és egyéb veszélyes eszköz</i>	
<i>Öngyilkosság</i>	<i>alkohol</i>	
<i>Krónikus obstruktív tüdőbetegségek: tüdőtágulat, idült hörghurut, hörgőtágulat, asztma</i>	<i>dohányzás</i>	

<i>Alkoholos mentális és viselkedés zavar</i>	<i>alkohol</i>	
<i>Érelmeszesedés</i>	<i>dohányzás</i> <i>magas szérum koleszterin</i>	<i>zsírban gazdag étrend</i>
<i>Cukorbetegség</i>	<i>elbízás</i>	<i>magas kalóriatartalmú étrend és a fizikai igénybevétel hiánya</i>

A háziorvosok nyilvántartásai szerint a 18 évesnél idősebb lakosság körében a megfigyelt betegségek közül a magasvérnyomás-betegségek, az ischaemiás szívbetegségek, a diabetes mellitus, valamint spondylopathiák a legelterjedtebbek.

A diabetes mellitus, a máj betegségei, a csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei például a közép-magyarországi régió felnőtt korú lakosságának lényegesen nagyobb hányadát sújtják, mint országosan.

A rehabilitáció a megelőzés és gyógyítás mellett az orvostudomány harmadik dimenziója.

A WHO becslése szerint, a népesség mintegy 10%-a, valamilyen fokban fogyatékos. Ezek az egyének a rehabilitáció eredményeként válhatnak képessé arra, hogy elfogadható életet élhessenek.

2.2.2. A lakosság mentális egészségi állapota

2010-re a világon a legnagyobb terhet jelentő betegség a depresszió lesz a WHO becslése szerint. Magyarországon a pszichés zavarok gyakorisága nagyobb, mint a világ többi részén, vezető helyen állunk az öngyilkosság tekintetében is. Minden 100. ember szenved súlyos mentális betegségben, a depresszió gyakorisága ennek többszöröse. Ismertek az alkohol-függőségre vonatkozó adatok is. 10-ből mindössze 1-2 beteg jut el pszichiáter szakorvoshoz, többségük azonban felkeresi háziorvosát. A pszichotikus betegek a Pszichiátriai Gondozók adatai szerint csak átlagosan 30 éves koruk felett kerülnek gondozásba vételre, amely átlagosan 10 éves késést jelent, elszalasztva ezzel a korai kezelésbe vétel előnyös lehetőségeit. A közösségi alapú ellátás fejlesztése és a háziorvoshoz közel vitt konzultációs és kapcsolati szolgáltatások kialakítása, a szociális krízisek adekvát kezelése és medikalizálódásának elkerülése tehát népegészségügyi hatással bír. A nagyvárosokban és az agglomerációban a pszichés megbetegedések még gyakoribbak, mint vidéken. A Józsefvárosban pl. tízszer annyi szkizofréniában szenvedőt gondolnak, mint az azonos területet ellátó egyik Somogy megyei gondozóban. A pszichés zavarok súlyos medikális, gazdasági terhekkel járnak és nagy terhelést okoznak a családoknak is, a beteg személyes szenvedésén felül.

A magyar lakosság mentális egészségi állapota az európai átlagnál rosszabb. A lakoságnak az átlagnál nagyobb előregedése önmagában is a mentális egészségproblémák nagyobb prevalenciáját vonja maga után. Az öngyilkossági arálynak az utóbbi évtizedekben bekövetkezett jelentős csökkenése után is Európában a 4. legmagasabb öngyilkossági aránnyal kell szembenéznünk. Az öngyilkossági ráta csökkenése az utóbbi években megállt, kis mértékben visszafordult. Az európai „élmezőnybe” tartozunk a kóros szerhasználat (alkohol, nikotin) vonatkozásában is. (Kopp, Szádóczky, OLEF)

3. AZ EGÉSZSÉGÜGYRŐL ÁLTALÁBAN

A lakosság **egészségi állapotát** döntően meghatározó gazdasági és társadalmi tényezők **nem az egészségügyi költségvetésben realizálódnak**, hanem a gazdasági-társadalmi körülmények által meghatározott egészséget elősegítő vagy egészséget károsító életmódban.

Az **egészségügy a romló anyagi keretek között** egyre nehezebben és rosszabb minőségben tudja ellátni az egészségkárosító magatartás miatt kialakult betegségeket, amely egyidejűleg megoldatlan rehabilitációt, majd szociális helyzeteket szül. Az egészségügy egyre szűkebb anyagi lehetőségei előbb-utóbb kikényszerítik az intézményrendszerből a struktúraváltozást, amely kórházak, telephelyek megszüntetését jelentheti és egyidejűleg az egészségügyi dolgozók munkanélkülivé válását.

A helyzetet súlyosbítja, hogy a gazdasági és a társadalmi problémák megoldatlansága nemcsak az egészségügyet, hanem a szociális ellátás minden vertikumát is sújtja, így a **szociális terület sem tudja mentesíteni** az egészségügyet az egyéb problémák mellett **ránéhezhető szociális problémák alól**.

A jelenleg is **nyomott egészségügyi bérek**, az évek óta tartó feszültségek, az esetleges, de ez idáig nagyobb mértékben fel nem vállalt struktúra-átalakítási tendencia nem segíti az egészségügyi dolgozók nagyobb mértékű ráhangolódását a magas szintű egészségügyi ellátásra.

Az egészségügy struktúrájának, gazdálkodásának tervszerű átalakítása, amelyben nem sérül a betegellátás, **a struktúra-átalakítás valóban átalakítást és nem egyszerűen leépítést**, felülvizsgálatot igényel. Ezzel szemben a reformfolyamatok kezdeteitől a nominál értékben csökkenő finanszírozási feltételek, változó egészségpolitikai célok és **elhatározott, majd politikailag fel nem vállalt átalakítások között őrlődik az egészségügy**, a gyógyítók, és a betegek egyaránt.

A megfelelő egészségi állapot megtartása érdekében meghatározó a **lakosság általános ellátottsága**, valamint a **hozzáférhetőség**.

Kérdésként vetődik fel, hogy a gondoskodás határai milyen keretek között képzelhetők el, valósíthatók meg.

A jövő kérdése, hogy az ellátások nyújtására milyen szolgáltatókkal, milyen feltételekkel köt majd szerződést az egészségbiztosítás, valamint a szerződött ellátók milyen kötelezettségekkel, felelősséggel rendelkeznek.

A szolidaritás elvének garantálása érdekében az államnak döntő szerepet kell betölteni az egészségügyi ellátó rendszer finanszírozásának szabályozása terén.

Ezen kérdések tisztázásához az egészségpolitikának elsősorban meg kell határozni, hogy – a magyar lakosság romló egészségi állapotát elemezve – **milyen társadalompolitikai célok tűzhetők ki és ezen belül mi az, amelyet a finanszírozás eszközével kell megoldani.**

A **pénzeszközök csökkenő szintje** párosulva a **nem hatékony elosztási rendszerrel** együttesen azt eredményezte, hogy az **ellátó-hálózat fenntartása egyre nehezebb körülmények között volt biztosítható**. Míg a minőségi fejlesztésére, az orvostudomány és a technika rohamos fejlődése által lehetővé vált új diagnosztikai és terápiás módszerek korszerű gyógyítási eljárások bevezetésére, az infrastruktúra szintjének növelésére, a betegellátás komfortfokozatának javítására csak minimális többletek álltak rendelkezésre.

A pénzügyi kényszer mellett megjelentek olyan társadalmi, egészségügyi, szakmai igények is, melyek szintén a rendszer átalakítását igényelték.

Megállapítható, hogy **az egészségügyi ellátás fejlődésének gátját egyértelműen nemcsak a pénzügyi források szűkössége képezte**, hanem jelentős része volt benne az **elosztás rendszerének**, mely az egyik eszköze volt a feszültségek kialakulásának, és nem volt képes azok megfékezésére, illetve helyes irányba való elmozdítására.

Hiányoznak azok a problémakezelési mechanizmusok, amelyek a helyes irányba terelnék a folyamatokat.

Elkerülhetetlen, hogy az egészségügyi ellátórendszer struktúrájában és finanszírozásában kialakult ellentmondásos helyzetek felszínre kerüljenek, amelyek megoldása feszültségmentesen nem valósítható meg.

Az intézmények infrastrukturális helyzete, építészeti adottságai, telephely szerkezete olyan objektív működési feltételeknek tekinthetők, amelyek csak hosszú távon változtathatók meg,

Az egészségügyi fejlesztések rendszere átláthatatlan, sokszor nélkülözi a szakmai és gazdasági racionalitást, teljesen elvált az ellátási szükségletektől, a szükséges struktúráktól.

Ennek egyik jellemző példája többek között az, hogy a fejlesztéspolitika ma is önálló pályán, a működési lehetőségektől, a struktúra alakulásának mindenkorai változtatásától függetlenül mozog és kerül meghatározásra. (Cél, címzett fejlesztések szükségletektől, struktúra átalakítástól való független élete.)

Az amortizációt változatlanul nem tartalmazza a társadalombiztosítási finanszírozás, ami különösen a költségigényes infrastruktúrával rendelkező intézeteket sújtja.

Az egészségügy gazdasági mozgásterét az elmúlt két évtizedben folyamatosan beszűkült. A gazdasági ösztönző rendszer forráshiány miatt nem jutott érvényre, és így tovább él a szakmailag és gazdaságilag egyaránt célszerűtlen struktúra. A finanszírozási és a belső gazdálkodási eszközökben rejlő tartalék-mobilizálási lehetőségek mára kimerültek, az egészségügy gazdasági egyensúlyának megteremtéséhez új eszközöket kell igénybe venni. Az átalakítás újabb források bevonása nélkül nem vezet eredményre, sőt az egész rendszer összeomlását eredményezheti.

A struktúra nem illeszkedik teljesen a valós szükségletekhez. A betegek egy része az ellátás magasabb szintjén jut gyógyításhoz, mint az szakmailag indokolt lenne. A betegek egy része viszont nem kapja meg a számára szükséges ellátásokat.

Hiányoznak a szociális háttérintézmények, amelyeket így sok esetben a kórházi ágyak váltanak ki, bár az ágyszámok csökkenésével ennek a funkciónak az ellátása is veszélybe került. Az aktív ágyak számát lényegesen csökkentették az elmúlt 15 év alatt (kb. 20.000). Ugyanakkor a szociális szféra fejlesztése nem történt meg ilyen mértékben. Az aktív ágycsökkentés során felszabadult ágyakat célszerű lett volna a szociális szférában felhasználni. Szociális-egészségügyi intézményrendszer infrastruktúrájának szolgálhattak volna alapjául, ezáltal az aktív ágycsökkentéssel a kórházakból kikerülő betegeknek új intézményrendszerét lehetett volna megteremteni, akár a kórházi egység keretén belül is. Miután ez nem történt meg, ezért a szociális-egészségügyi ellátás súlya még mindig ráterhelődik az egészségügyi ellátásra.

Az intézményi strukturális gondokon túl a magyar egészségügyi hálózatban olyan területi és minőségi különbségek vannak, amelyek mint a betegnek, mind az ellátásért felelősök és a finanszírozó számára is elfogadhatatlanok.

Budapest területén a sok tulajdonos rendszer akadálya a racionális feladat elosztásnak. Az agglomeráció területén a fekvőbeteg-szakellátáshoz való hozzáférés esélye kisebb mértékű, mint Budapest lakosságáé. A járóbeteg-szakellátás területén a hozzáférés a közlekedési viszonyok miatt nehezebb a főváros területén élőkhez képest.

3.1. Intézményi jellemzők

Budapest területén a sok tulajdonos rendszer akadálya a racionális feladat elosztásnak. Az agglomeráció területén a fekvőbeteg szakellátáshoz való hozzáférés esélye kisebb mértékű, mint Budapest lakosságáé. A járóbeteg-szakellátás területén a hozzáférés a közlekedési viszonyok miatt nehezebb a főváros területén élőkhez képest.

Egyenlőtlenségek az agglomerációban (a RET által kialakított területi lehatárolások, a szubrégiók alkalmazásával)

Az Észak–Budai szubrégióban az agglomerációban csak szakkórházak találhatók, a főleg pszichiátriai profilú Pomázi és a főleg rehabilitációs Visegrádi szakkórház. Pilisvörösváron és Szentendrén található rendelőintézet, melyek közül az egyiknek indokolt lenne egynapos sebészetet és kúraszerű ellátást működtetni.

A Dél-Budai szubrégióban a Telki magánkórház és a Törökbálinti tudósszakkórház található, valamint az egyik felosztás szerint a Tököli BV Kórház, melynek speciális feladata van. Budaörsön, Érden, Százhalombattán található rendelőintézetek, valamint az egyik felosztás szerint Szigetszentmiklóson. Ezek közül a Budaörsön már működő egynapos sebészet és kúraszerű ellátás elláthatja az agglomerációnak ezt a szubrégióját, a Százhalombattán kialakítandó egynapos sebészet pedig a szubrégió agglomeráción kívüli részének ellátásában segíthetne.

Az Észak-Pesti szubrégióban az agglomerációban a Váci Kórház található, ez a szubrégió mérete miatt a Területi Vezető Kórház mellett egy kiegészítő többszakmás aktív kórházként működne. Dunakeszin sokszakmás, Fóton kevés szakmás rendelőintézet található. Az egynapos sebészeti centrum vagy a Váci Kórházban működhetne, vagy a Dunakeszi rendelőintézet végezhetné ezt a feladatot, vagy a Kelet-Pesti régió egynapos sebészete látná el.

A Kelet-Pesti szubrégióban az agglomerációban lévő Kistarcsai Kórház esélyes a Területi Vezető Kórház szerepére, traumatológia telepítése szükséges. Az agglomerációban a Veregyházi és Gödöllői rendelőintézet található, a Veregyházi, már részben fekvőbeteget is ellátó intézmény kézenfekvő lenne egynapos sebészet telepítésére.

A Dél-pesti régióban az agglomerációban kórház nem található. Gyömrőn és Vecsésen, valamint az egyik felosztás szerint Szigetszentmiklóson található rendelőintézet. Ezek közül a Vecsésen már kialakítás alatt lévő egynapos sebészet elláthatná ennek a szubrégióknak az agglomerációs részét.

3.2. Az egészségügy ellentmondásainak összefoglalása

- **A szükségletek és az egészségügyi ellátás struktúrája közötti szakadék.** A társadalmi szükségletek változásához nem tudott illeszkedni a merev, alkalmazkodásra képtelen intézményrendszer. Nincsenek megoldva megfelelő számban az utógondozók, szociális

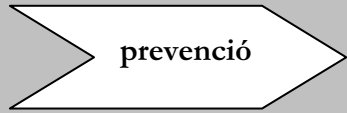
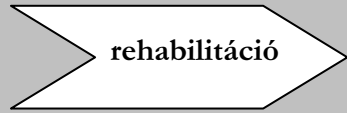
intézmények, házi ápolás rendszere, így drága ágyakon szociális indikációval fekszenek a betegek. A rehabilitáció feltételei nem a megfelelő mértékben alakultak ki.

- **A kórházcentrikus medicina** és a társadalmi-gazdasági környezetben gyökeredző egészségügyi problémák ellentéte (pl. rossz szociális körülményekkel összefüggő gyermekkori megbetegedéseket a kórházi gyermekosztályok megoldani nem tudják, sokszor azért vesznek fel gyerekeket, hogy kiemeljék a környezetükből, és megfelelően táplálják őket).
- **A szükségletek és az erőforrások területi elosztásának a fordított aránya.**
- **A túlcentralizált intézményi rendszer és a mechanikus irányítás mellett a valóságos problémák ellenőrizhetetlenné váltak.**
- **Egészségügy alulfinanszírozása.**
- **A krónikus hiányhelyzet akadályozza az egészségügyi dolgozók munkáját.**
- **A lakosság egészségi állapota európai összehasonlításban rendkívül kedvezőtlen.**
- **A lakosság egészségi állapotának romlásában az egészségügyön kívüli tényezők játsszák a legfontosabb szerepet, az egészségpolitika viszont csak a betegségek gyógyítására koncentrált.**
- **Az egészségügyi dolgozók nyomott bérrendszer.**
- **Az eltorzult értékrend következtében kialakult a jelenleg is működő hálapénz-rendszer**

4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER KORSZERŰSÍTÉSÉNEK PRIORITÁSAI

- Az átalakításnak mindenekelőtt a betegségmegelőzés esélyeinek javítását kellene megcéloznia.
- Fejleszteni szükséges továbbá az ellátások hatékonyságát, költséghatékonyságát.
- Ennek megfelelően kell átalakítani a szakmai szabályozást és az irányítást.
- Meghatározó szerepet kell kapnia a háziorvosi ellátásnak, valamint a járóbeteg-ellátásnak. A nemzetközi és hazai tapasztalatok azt bizonyítják, hogy az egészségügyi ellátórendszer átalakításának kulcsa a kórházak szerepének mérséklése.
- Ápolási szakterület fejlesztése.
- Kiemelkedően fontos lenne az egészségügyi dolgozók jobb anyagi megbecsülése, mentálhigiénéjük karbantartása, rekreációjuk, a posztgraduális képzésük minőségének fejlesztése, valamint a képzettségi szintjük folyamatos monitorozása.
- A rehabilitáció fontosságának elismerése, javítása mind az életminőség, a korai halálozás elkerülése tekintetében.
- A költség-hatékony alternatív gyógymódok szakszerűbb beillesztése a modern orvoslásba, és az ellátás hivatalos monitorozása.
- Szükséges lenne növelni a lakosság ez irányú informáltságát a természetes gyógymódok, gyógy-tényezők előtérbe helyezésével.
- Szorosan ide kapcsolódik a gyógyászati segédeszközök területén a költséghatékonysági és minőségellenőrzési szempontok kialakítása, fejlesztése.
- A lakosság rendkívüli gyógyszerfogyasztását is vissza kellene szorítani. Fontos a fokozott ellenőrzés és a szakmai működés, gyógyszerrendelés és finanszírozás falhasználásának területén.
- Az intézményrendszer struktúrájának átalakítása:
 - szociális ellátás és egészségügyi ellátás szakterületei közötti átcsoportosítás,
 - növelni kell a krónikus betegek ellátását, ápolását, rehabilitációját szolgáló intézmények kapacitását,
 - diagnosztikai és szűrőcentrumok létesítése, különös tekintettel a leggyakoribb megbetegedésekre (szív-érrendszeri szűrés, daganat – tüdő, prosztata, emlő, méhnyak – központi diagnosztika és mobil egységek létrehozása, hogy mindenki számára hozzáférhető legyen,
 - a rehabilitációs szakterület lényeges fejlesztése az életminőséget javítja, a táppénz-kifizetések nagyságát csökkenti, a rokkantsítás visszaszorítását eredményezi (rekreációs szabadság intézménye),
 - rekreációs központok kialakítása,
 - gyógyfürdő ellátások, gyógy-idegenforgalom fejlesztése,
 - egynapos ellátás feltételeinek kialakítása,
 - betegutak lerövidítése,
 - járóbeteg-szakellátás fejlesztése, fekvőbeteg-ellátás kiváltása,
 - háziorvosi ellátás és házi beteggondozás fejlesztése.
- Ellátórendszer épületeinek, műszerezettségének felülvizsgálata, tényleges feladatellátáshoz szükséges feltételek meghatározása, biztosítása.

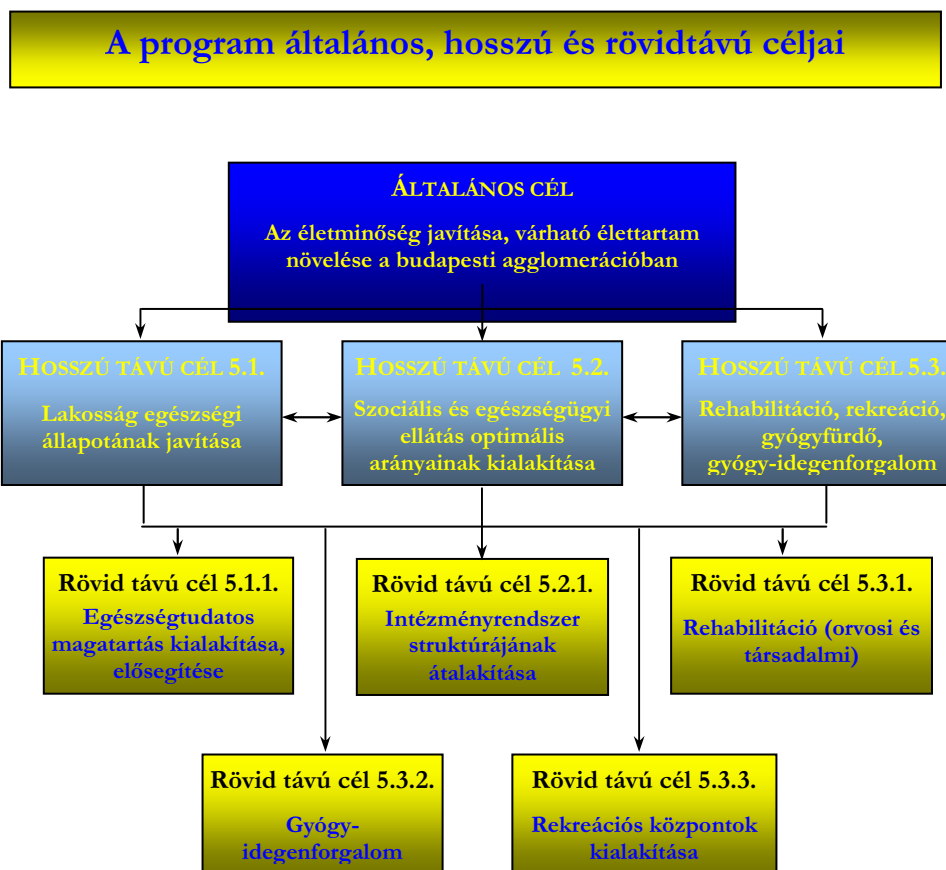
Az egészségügyi ellátórendszer korszerűsítésének prioritásai, a kapcsolódó projektek

Az egészségügyi ellátás folyamata	 prevenció	 gyógyító ellátás	 rehabilitáció	 teljes folyamat
Kapcsolódó prioritások	- betegségmegelőzés kiemelt szerepe - a lakosság prevencióval kapcsolatos informáltságának növelése	- a háziorvosi ellátás és járóbeteg-ellátás szerepének növelése - a kórházak szerepének mérséklése - betegutak lerövidítése - az alternatív gyógymódok alkalmazásának elősegítése	- rehabilitáció fontosságának elismerése, a rehabilitációs szakterület fejlesztése - rehabilitációval kapcsolatos informáltság növelése - gyógy-idegenforgalom bekapcsolása a rehabilitáció fejlesztésébe - szociális ellátás és egészségügy összekapcsolása	- költséghatékonysági, minőségellenőrzési szempontok kialakítása, fejlesztése, - a lakosság egészségtudatos magatartásának elősegítése, a gyógyszer-fogyasztás visszaszorítása, - egészségügyi ellátórendszer átalakításának összekapcsolása más területek fejlesztésével
Kapcsolódó lehetséges projektek	- diagnosztikai és szűrőcentrumok létesítése - egészségfejlesztő tudásközpontok (információs centrumok) kialakítása - ...	- egynapos ellátás feltételeinek kialakítása (egynapos sebészeti központok kialakítása) - alternatív gyógyászatnak helyet adó, azokat összegyűjtő intézmény létrehozása - ...	- rekreációs szabadság - rekreációs központok kialakítása - infrastruktúra megteremtése az alternatív gyógymódok alkalmazása számára - gyógyfürdő ellátások fejlesztése - házi orvosi ellátás és házi beteg gondozás feltételeinek megteremtése - ...	- komplex egészségfejlesztő központok kialakítása (hagyományos és alternatív egészségfejlesztés, információs központ, sportolási lehetőség, egészséges táplálkozási tanácsadás, alternatív energia termelés és felhasználás, stb.) - ...

5. A HELYZETELEMZÉSBŐL ADÓDÓ FEJLESZTÉSI CÉLOK

A lehetséges fejlesztési célokat foglalja össze a következő, cél- és eszközrendszer is meghatározó organogram.

**Budapest és (szűkebb) agglomerációs térsége
egészségügyi fejlesztési célrendszerének vázlata**



5.1. A lakosság egészségi állapotának javítása

5.1.1. *Intézkedés: Egészségtudatos magatartás kialakítása*

Az intézkedés indoklása

A lakosság egészségi állapotának javításához az egészséget meghatározó életmód elterjesztése, az egészségmagatartás jó irányba történő befolyásolása szükséges. Ez az oktatási intézményekben végzendő hatékony egészségfejlesztés megvalósítását, valamint a lakosság informális tanulás útján szerzett ismereteinek javítását igényli.

Az alábbiakban tekintsük át a BNO szerinti megbetegedése kialakulásában szerepet játszó rizikótényezőket és a megbetegedések csökkentésének lehetőségeit, amelyek az egészségügyi ismeretekkel, életmóddal, megelőzéssel vannak összefüggésben.

Betegség megnevezése BNO X. alapján	Betegség kialakulásában szerepet játszó rizikótényezők	A megbetegedések csökkentésének lehetősége
<i>Gümőkór és következményei</i>	<i>Rossz szociális környezet</i>	<i>A szociális körülmények javítása</i>
<i>Vírusos májgyulladás</i>		
<i>Rosszindulatú daganatok</i>	<i>Dohányzás, egészségtelen táplálkozás</i>	<i>Korai felismerés érdekében szűréseken való részvétel. Dohányzás elhagyása. Helyes táplálkozás.</i>
<i>A vér és vérképző szervek betegségei és immunrendszeri rendellenességek</i>	<i>Túlzott gyógyszerfogyasztás, sugárzás, kémiai szerek behatásai</i>	<i>Gyógyszerfogyasztás korlátozása, külső ártalmak elleni védekezés, illetve megelőzés</i>
<i>Vashiányos anaemia</i>	<i>Egészségtelen táplálkozás, rossz szociális környezet</i>	<i>Egészséges táplálkozás, szociális körülmények javítása</i>
<i>Pajzsmirigy rendellenességei</i>	<i>Egészségtelen táplálkozás (pl: jódbiány)</i>	<i>Helyes táplálkozás</i>
<i>Diabetes mellitus</i>	<i>Egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód</i>	<i>Kalóriaszegény táplálkozás Rendszeres testmozgás</i>
<i>Egyéb endocrín mirigyek rendellenességei</i>		
<i>Lipoprotein anyagcsere rendellenességei és egyéb lipidaemiák</i>	<i>Túlzott alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás</i>	<i>Alkoholfogyasztás csökkentése, helyes táplálkozás</i>
<i>Fibrosis cystica</i>		
<i>Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok</i>	<i>Drogfogyasztás</i>	<i>Drogprevenció.</i>
<i>Schizophrenia, schizotipias és paranoid rendellenességek</i>		
<i>Mentalis retardatio</i>	<i>Túlzott alkoholfogyasztás, drogfogyasztás</i>	<i>Alkoholfogyasztás csökkentése. Drogprevenció</i>
<i>Extrapiramidális és mozgási rendellenességek</i>		
<i>Alzheimer-kór</i>		
<i>Sclerosis multiplex</i>		
<i>Epilepsia</i>		
<i>Atmeneti agyi ischaemias attackok, rokon syndromák és agyi érsyndromák cerebrovascularis betegségekben</i>	<i>Dohányzás, stressz, magas vérnyomás</i>	<i>Dohányzás elhagyása Szabadidősportok.</i>
<i>Vakság és csökkentlátás</i>		

Betegség megnevezése BNO X. alapján	Betegség kialakulásában szerepet játszó rizikótényezők	A megbetegedések csökkentésének lehetősége
<i>Vezetékes típusú, idegi eredetű és egyéb hallásvesztés</i>	<i>Egészségtelen munkakörülmények (zajártalom)</i>	<i>Megfelelő munkakörülmények biztosítása</i>
<i>Idült rheumás szívbetegségek</i>		
<i>Magasvérnyomás betegségek</i>	<i>Dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, túlzott sóbevitel, elhízás</i>	<i>Dohányzás elhagyása, alkoholfogyasztás csökkentése Szűrés. Felvilágosítás.</i>
<i>Ischaemiás szívbetegség</i>	<i>Dohányzás, fizikai igénybevétel hiánya, egészségtelen táplálkozás, Fogamzás gátló szerek használata</i>	<i>Dohányzás elhagyása. Rendszeres testmozgás. Kalóriaszegény étrend. Gyógyszeres fogamzás gátlás megszüntetése</i>
<i>Szívbetegségek egyéb formái</i>	<i>Egészségtelen életmód</i>	<i>Felvilágosítás</i>
<i>Cerebrovascularis betegségek</i>	<i>Gondozatlan magas vérnyomás betegség</i>	<i>Gondozási tevékenység fokozása</i>
<i>Idült alsó légúti betegségek</i>	<i>Környezetszennyezés, dohányzás</i>	<i>Megfelelő környezeti körülmények (munka) biztosítása</i>
<i>Asthma</i>	<i>Környezeti szennyező anyagok, rossz szociális környezet</i>	<i>Parlagfű irtás. Megfelelő lakáskörülmények.</i>
<i>Gyomor-, bél-, gastrojejunális fekély</i>	<i>Egészségtelen táplálkozás</i>	<i>Rostban gazdag, kalóriaszegény étrend</i>
<i>Nem fertőzőeses vékony- és vastagbél-gyulladás</i>		
<i>A máj betegségei</i>	<i>Túlzott alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás</i>	<i>Alkohol fogyasztás csökkentése. Kalória szegény táplálkozás</i>
<i>Seropositív és egyéb rheumatoid arthritis</i>		
<i>Fiatalkori ízületi gyulladás</i>		
<i>Köszvény</i>	<i>Egészségtelen táplálkozás, cukorbetegség</i>	<i>Kalóriaszegény étrend.</i>
<i>Deformáló hátgerinc-elváltozások</i>	<i>Testmozgás hiánya, egészségtelen környezet, egyoldalú és nehéz fizikai megterhelés</i>	<i>Munkahelyi, intézményi torna, egészséges munkahelyek kialakítása, nehéz fizikai munka csökkentése</i>
<i>Spondylopathiák</i>		
<i>A csontsűrűség és a csontszerkezet rendellenességei</i>	<i>Egészségtelen kalcium szegény táplálkozás, testmozgás hiánya, dohányzás, alkoholfogyasztás</i>	<i>Kalciumban gazdag étrend. Dohányzás, alkohol fogyasztás csökkentése. Rendszeres testmozgás.</i>
<i>Glomerularis betegségek, renális tubulointerstitialis betegségek</i>		

Betegség megnevezése BNO X. alapján	Betegség kialakulásában szerepet játszó rizikótényezők	A megbetegedések csökkentésének lehetősége
Veseelégtelenség		

Operatív célok

1. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése az agglomeráció iskoláiban.
2. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére.
3. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is.

Támogatandó tevékenységek

Az iskolai hatékony egészségfejlesztés megvalósításának legalább 5 tanéven át tartó folyamatos anyagi támogatása (8.000 Ft/tanuló/tanév összeggel) azon iskolákban, melyek az egészségfejlesztés 4 szakmai alapfeladatát (egészséges táplálkozás, mindennapi testnevelés, személyiségfejlesztés, egészségtan oktatás) szakmai ellenőrzés mellett, minden tanulójuk részvételével és a szülők bevonásával megvalósítják.

A felsőoktatási intézményekben korszerű egészségfejlesztési alapismeretek oktatásának megkezdése és folytatása legalább 5 tanéven át, az Egészségügyi Minisztérium felkérésére 2005-ben elkészített tananyag alapján (Medicina, 2006).

A felnőttoktatási programokba egészségfejlesztési alapismeretek, médiák esetén egészségfejlesztési üzenetek beépítése.

Megjegyzés: az egészségfejlesztési alapismeretek tartalmazzák a környezet-, baleset- és fogyasztóvédelmi nevelést is.

Célcsoportok

1. A hatékony egészségfejlesztést megvalósító iskolák: az ott tanuló gyermekek, szüleik, az iskolák tantestülete és dolgozói.
2. A korszerű egészségfejlesztési ismeretek oktatását végző felsőoktatási intézmények: az ott tanuló hallgatók, az oktatásban részt vevő oktatók.
3. A felnőttképzést folytató intézmények, köztük a médiumok is: a felnőttképzésben résztvevő lakosok és oktatók, a médiumokat használó lakosság.

Horizontális elvek

A fenntartható fejlődést szolgálja, hogy az egészségfejlesztési alapismeretek magukban foglalják a környezetvédelmet is, így az intézkedés egyszerre szolgálja megfelelő egészség- és környezettudatos magatartás elterjedését.

Az esélyegyenlőséget szolgálja, hogy a hatékony iskolai egészségfejlesztés lényege, hogy abban az iskola minden tanulója részt vesz, és a tevékenységekbe be kell vonni a szülőket is; így a hátrányos helyzetű gyermekek és szülők, családok is hozzájutnak a jobb egészségüket biztosító alaptevékenységekhez és alaptudáshoz.

Mind az iskolai hatékony egészségfejlesztés, mind az egészségfejlesztési alapismeretek oktatása partnerségi viszonyt feltételez a résztvevők között, mely a kommunikáció elvének erősítését is tartalmazza.

Projekt kiválasztási kritériumok

1. A hatékony iskolai egészségfejlesztés projektjei közül azokat kell előnyben részesíteni, melyek az alábbi alapkövetelményeknek megfelelnek:
 - mind a 4 megadott egészségfejlesztési alapfeladat megvalósítására vállalkozik, az iskola összes tanulójának részvételével, a szülők bevonásával, szakmai ellenőrzés mellett, az iskola-egészségügyi szolgálat (iskolaorvos, iskolavédőnő) szerepvállalásával
 - egy kistérség minél több, lehetőleg összes iskolájának részvételét biztosítja
2. Az egészségfejlesztési alapismeretek oktatására vállalkozó azon felsőoktatási intézményi projekteket kell előnyben részesíteni, melyek minél nagyobb arányban biztosítják az oktatás megkezdését, és 2 tanév alatt minden hallgatóra tervezik a kiterjesztését, valamint, amelyek az Egészségügyi Minisztérium felkérésére 2005-ben elkészített tananyag alapján vállalkoznak az oktatásra (Medicina, 2006).
3. A felnőttoktatásban megvalósítandó egészségfejlesztési alapismeret-oktatásra vállalkozó azon intézmények projektjeit kell előnyben részesíteni, melyek az Egészségügyi Minisztérium felkérésére 2005-ben elkészített tananyag (Medicina, 2006) alapján népegészségügyi, egészségfejlesztési tanszékek orvosegyetemi oktatói által fejlesztett oktatási anyagot illetve egészség-üzenet gyűjteményt alkalmaznak.

Indikátorok

1. Az iskolai hatékony egészségfejlesztésben részesülő tanulók száma, a szülők bevonását jelző események száma, az azokon résztvevő szülők és családtagok száma. A szakmai ellenőrzések dokumentációja. A tantestület, a gyermekek és a szülők véleménye tanévenként az egészségfejlesztést szolgáló folyamatról. Az iskola tanulóinak egészségmagatartás- jellemzői (HBSC vizsgálat).
2. Az egészségfejlesztés oktatását bevezető felsőoktatási intézmények száma, az intézményen belül az oktatásban részesülő hallgatók száma, a hallgatók egészségmagatartásának jellemzői.
3. Az egészségfejlesztés oktatását bevezető felnőttoktatási programok száma, a résztvevő felnőttek száma, a résztvevő felnőttek egészségmagatartásának jellemzői. – Az egészségfejlesztési üzeneteket közvetítő médiumok és megjelenések száma, az általuk elért közönség becsült nagysága, a közönség egészségmagatartásának jellemzői.

Megjegyzés: az egészségmagatartás jellemzőinek vizsgálata az iskoláskorú gyermekek esetében sokéves nemzetközi program keretén belül folyik hazánkban. A többi célcsoport egészségmagatartását vizsgáló mérőeszköz kialakítása szükséges feltétele az indikátorok alkalmazásának.

5.1.2. Intézkedés: Egészségfejlesztési Tudásközpont és a kapcsolódó alközpont-hálózat kialakítása

Az intézkedés indoklása

A korábbi népegészségügyi, egészségfejlesztési célú kezdeményezések (népegészségügyi programok, egyes szakmapolitikai célprogramok) sikertelenségének egyik fontos tapasztalata az, hogy regionális/térségi és területi (önkormányzati, kistérségi) szintre ezek a programok nem voltak képesek hatékonyan eljutni, a területi megvalósítás intézményrendszere és a jó színvonalú megvalósításhoz szükséges szakmai ismeretekkel rendelkező szakember-gárda a települések nagy részén nem állt rendelkezésre. A központi programok nem találkoztak megfelelő fogadókésztséggel a helyi civil társadalom fejletlen szerveződési következtében és az önszerveződés kultúrájának hiánya miatt.

Kevés az egyes kistérségekről rendelkezésre álló információ, a helyi/regionális döntéshozást kiszolgálni képes információs és elemzési rendszer. Fontos feladat, hogy ennek a stratégiai jelentőségű, de jelenleg ebben a formájában nem létező funkciónak a kialakítása és a szervezeti háttér biztosítása megtörténjék.

A Budapesti Agglomerációban létrejövő kapacitások könnyen és gyorsan kiterjeszthetők a teljes közép-magyarországi régióra, továbbá a kialakítandó kapacitások közvetlenül képesek kiszolgálni a Közép-magyarországi Regionális Egészségügyi Tanács (RET) szakmai igényeit is.

Operatív célok

A Budapesti Agglomeráció lakossága egészségi állapotának javítása, a gazdasági fejlődés esélyeit javító, a térségen belüli társadalmi egyenlőtlenségek mérsékléséhez hozzájáruló térségi szintű együttműködés kialakítása, a térségi közösségi funkciókba ágyazott egészségfejlesztési tudásközpont és a kapcsolódó alközpont-hálózat mintaeértékű megvalósítása annak érdekében, hogy a térségi szintű egészségfejlesztési funkciók (egészségmonitorozási tevékenység, egészség-kommunikáció, egészséghatás-vizsgálatok) eredményes megvalósításával:

- hozzájáruljon a lakosság egészségi állapotának megismeréséhez,
- megbízható információkat szolgáltatson a lakosság számára a rendelkezésére álló egészségügyi és egészségfejlesztési szolgáltatásokról,
- hozzájáruljon a térségi, regionális és fontosabb helyi vagy kistérségeken átívelő döntések egészségre gyakorolt hatásának becsléséhez, vizsgálatához,
- képes legyen konkrét gyakorlati, szakmai támogatást nyújtani a térségben tevékenykedő egészségfejlesztési szakemberek számára, továbbá
- képes legyen komplex problémák kutatási úton történő megközelítésének megtervezésére és megszervezésére, a régióban és térségben zajló, célzott egészségkutatási programok szervezési támogatására.
- Annak a működési modellnek a részletes a feltérképezése, amelyben meg kell valósulnia a fenti funkcióknak.

Támogatandó tevékenységek

1. Intézményi feltételek megteremtése: a kialakítandó központ és alközpontok megfelelő tárgyi eszközzel és informatikai háttérrel ellátása.

2. Interdiszciplináris team kiképzése (népegészségügyi, szociológiai, kommunikációs stb. ismeretek megszerzése): a kiválasztott terület népességét érő környezeti, társadalmi, életmódbeli hatások érzékelésére képes tudással rendelkező személyzet biztosítása.
3. Modellprogramok megvalósítása:
 - egy kiválasztott kistérség egészségi állapotának és egészségügyi adatainak beszerzése, értékelése, kapcsolódva az aktuális egészségügyi ellátórendszeri fejlesztéshez;
 - egy kiemelt fontosságú fejlesztési projekt egészséghatásainak értékelése, becslése;
 - képzési program a hátrányos helyzetű kisebbség(ek) egészségfejlesztési programjairól;
 - meglévő adatbázisok integrációjának megkezdése és a rendszerterv elkészítése.

Célcsoportok

Önkormányzatok, egészségügyi intézmények és szervezetek, egyetemek egészségtudományi intézetei.

Horizontális elvek

Partnerség

Az intézményrendszer létrehozása akkor lehetséges, ha megfelelő együttműködés alakul ki a megvalósításban szerepet játszó és érdekeket érvényesítő szervezetek között.

Struktúraváltás, fenntartható fejlődés

A multifunkciós intézményrendszer kialakítása három éven belül csökkenti a térségből fekvőbeteg-intézménybe küldött betegek arányát, ezzel máshol végzett ellátást és felhasznált forrást vált ki.

Stratégiai szempontból az intézkedés egyrészt elősegíti az ágazati kezdeményezésű egészséges társadalom komplex program magas prioritású célkitűzésének, az ellátási struktúra átalakításának megalapozását, szakmai előkészítését. Másrészt hozzájárul a térség versenyképességének növelését támogató, a gazdaságfejlesztési célokat kiegészítő Társadalmi innováció és az Életminőség javítása stratégiai programok megvalósításához, melyek a főváros és az agglomerációjának összehangolt, magas szintű életminőséget lehetővé tevő, a természeti környezetet megőrző és a társadalom kiegyensúlyozott átalakulását célzó fejlesztéseket tartalmaznak.

Esélyegyenlőség

Az intézmény megvalósítása lényegesen javítja a térségében élők esélyegyenlőségét az egészségi állapot megőrzése, az adekvát és időben történő orvoshoz jutás, a hosszabb, egészséges és aktív élet szempontjából.

Környezet

A térségi egészségmonitorozó rendszer figyelemmel kíséri a környezet állapotát. A kistérségi akciók a helyi probléma-gócok azonosítását és a helyi szintű megoldási modellek kialakítását célozzák.

Projekt kiválasztási kritériumok

Azok a projektek támogatandók, melyek az alábbi követelmények mindegyikének eleget tesznek:

- Az önkormányzatok, egészségügyi intézmények és az egyetemek egészségtudományi intézeteinek együttműködésén alapulnak, és tervezett tevékenységükkel két településnél nagyobb területi egységet fednek le.
- Az együttműködő partnerek elkötelezettsége alátámasztott a létrehozott intézmény fenntartására és megfelelő működtetésére.
- Az egészségmonitorozásra, az egészségkommunikációra és az egészség-hatásvizsgálatokra egyaránt kiterjedő szakmai koncepció megléte.
- Együttműködési szándék a létrejövő tudásközponttal és a hálózat többi elemével.

Indikátorok

- A térségben megszületett döntések, amelyek figyelembe vették a centrum ajánlásait
- A térségben lakók korszpecifikus halálozási és hospitalizációs arányai
- A térségen belüli egészség-egyenlőtlenségek mérése és nyomon követése
- A térségi egészséghatás-vizsgálatok száma, minősége
- Egészséggel kapcsolatos közösségi események száma, a részvétel legfontosabb mutatói
- Honlapok látogatási arányszámai, felhasználói vélemények értékelése stb.
- Térségi képzési, továbbképzési programokban részt vettek száma
- A térségi centrumhoz kapcsolódó hálózat munkájába bekapcsolódott partnerek száma

5.2. Szociális és egészségügyi ellátás optimális arányainak kialakítása

5.2.1. Intézményrendszer struktúrájának átalakítása

Az egészségügyi és szociális ellátás szorosan kötődik egymáshoz. A részterületek egymáshoz kapcsolódását nem lehet és nem is kell szétválasztani. Pontosan meg kell határozni az adott területeket, és az érintett területek finanszírozásában létre kell hozni a többoldalú finanszírozást mind az egészségügy, mind a szociális terület oldaláról.

Az egészségügy struktúra változását csak a szociális ellátás megerősítésével lehet elérni. A sorrend felcserélése azt jelentheti, hogy a lakosság egy részének az ellátása megoldhatatlanná válik. Jelenleg a beteg ellátásának nagy részét a beteg megfigyelése és ápolása teszi ki. Az ápolás idejét sok esetben a kapcsolati rendszer, illetve a beteg szociális helyzete határozza meg. A beteg hozzátartozója nem meri, illetve nem kívánja a hozzátartozó ápolását felvállalni, illetve a beteg szociális helyzete nem teszi lehetővé az otthoni ellátását.

A fentiek miatt a beteg kórházi ápolási ideje sok esetben egészségügyi indok nélkül hosszabbodik meg, ami az Egészségbiztosítás kasszáját terheli. A megoldás: a beteg ápolását minél hamarabb az otthona közelébe kell vinni és így csökkenteni az akut ágyak terheltségét.

A megoldásra több lehetőség kínálkozik:

- a beteget saját otthonában jól képzett szakápolási szolgálat látja el.
- a beteg ápolási intézménybe kerül, és onnan kerül saját otthonába.

Jelenleg mindkét modell működik az országban, csak a számuk és szakmai irányításuk nem megfelelő. Az otthoni szakápolási szolgálat a következő módon változhat:

Céljait tekintve lehet ápolási irányultságú:

- akut beteg ápolását segítő
- krónikus beteg ápolását vállaló
- terminális állapotú betegek ápolását vállaló HOSPICE
- rehabilitációs irányultságú
- gondozási irányultságú

Célcsoportot tekintve lehet:

- idősokkal foglalkozó
- mozgássérültekkel foglalkozó
- pszichiátriai betegekkel foglalkozó
- gyermekkel foglalkozó
- egynapos sebészeti betegekkel foglalkozó
- akut betegekkel lábadozási időben foglalkozó

Fenntartó szerint lehet:

- társadalombiztosítás által fenntartott
- önkormányzatok által fenntartott
- egyházak által fenntartott
- civil szervezetek által fenntartott
- vállalkozások által fenntartott
- vegyes fenntartású

Finanszírozás módja szerint lehet:

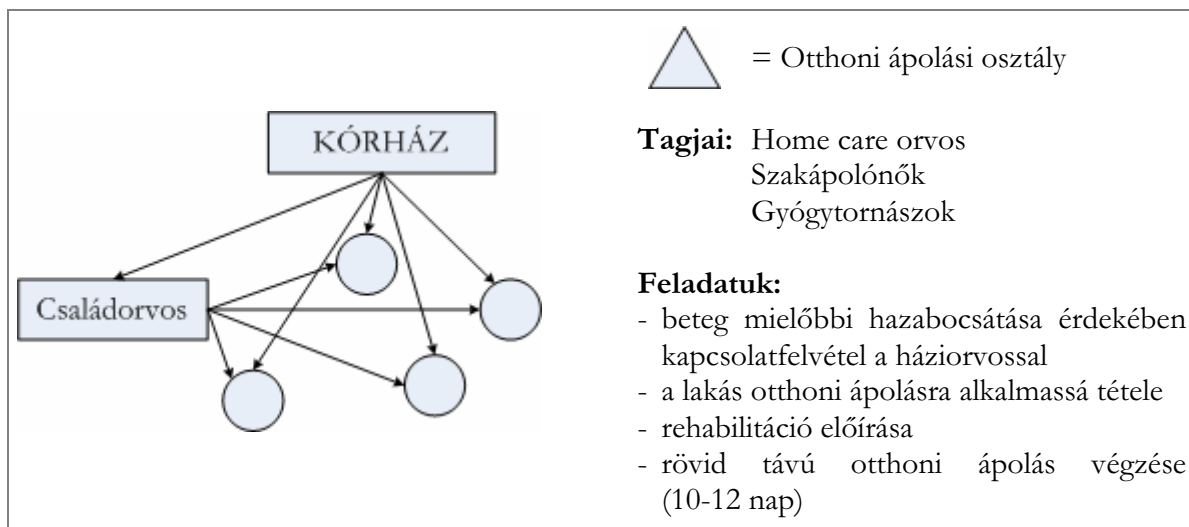
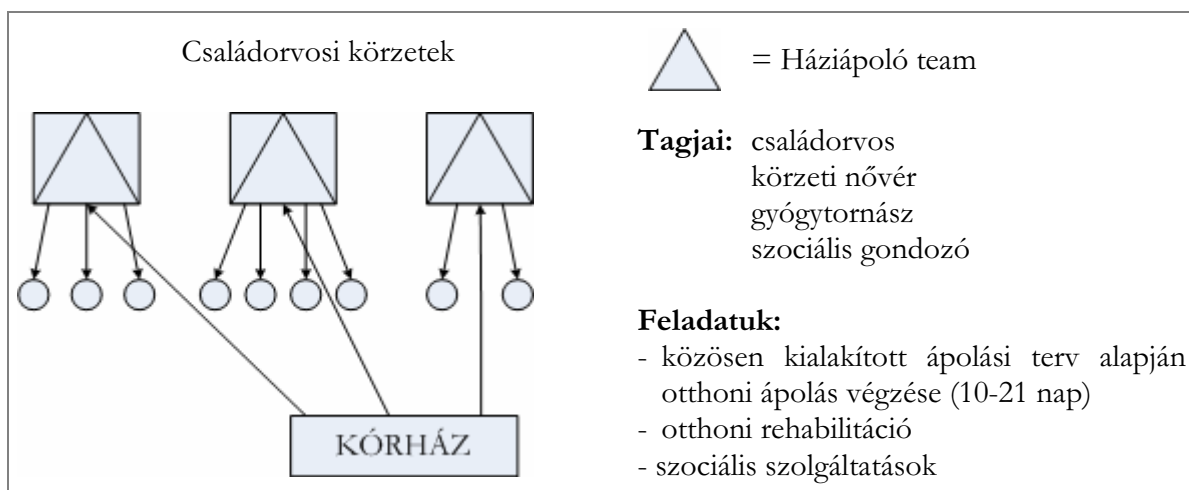
- non-profit
- for-profit

Struktúrák szerinti kialakításaHome care struktúrák
 Intézmény

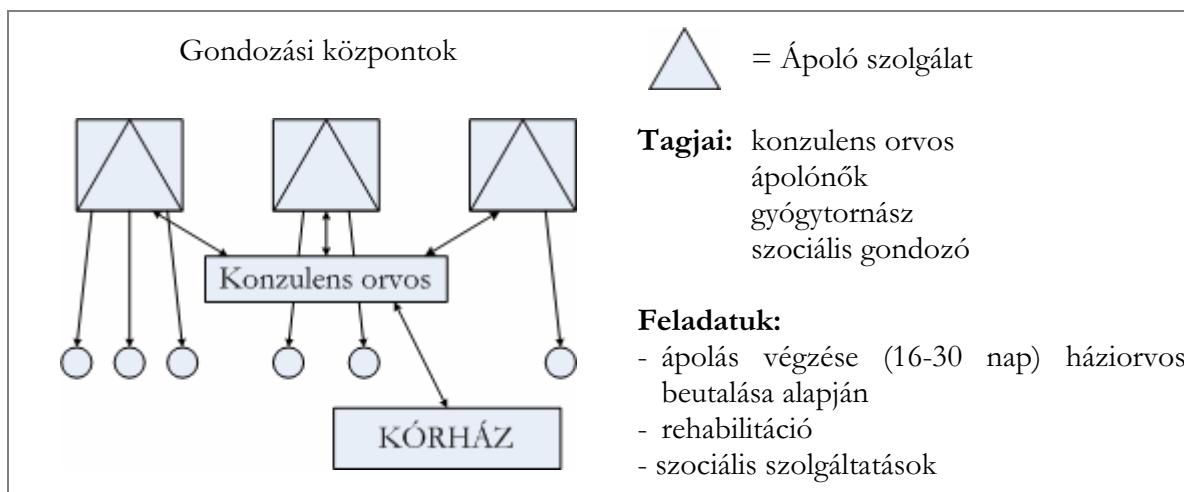
 Team

 Beteg
1. Kórházban működő Home-care

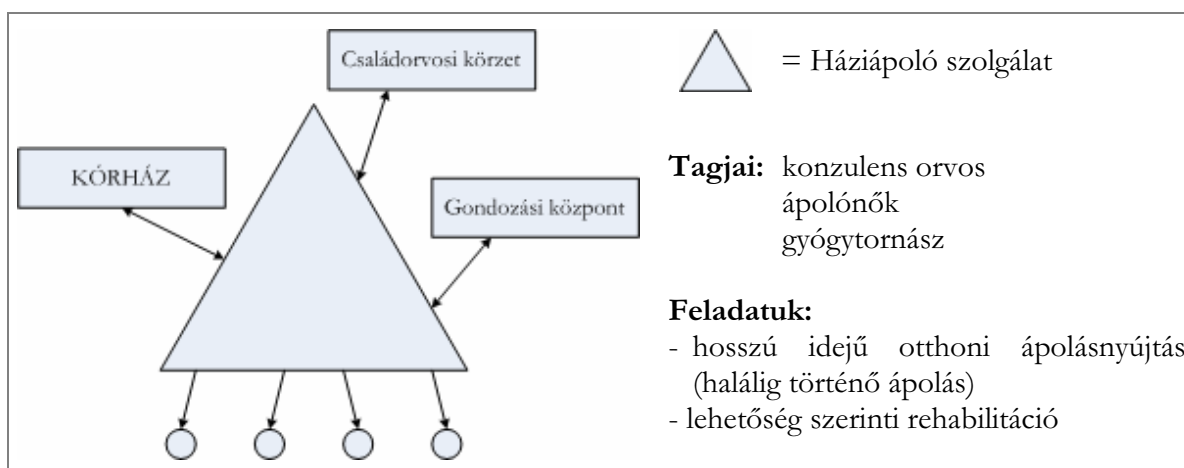
(pl.: egynapos sebészeten, baleseti sebészeten stb.)

**2. Egészségügyi alapellátásra telepített Home-care**

3. Szociális szolgálatokhoz telepített Home-care



4. Önálló Home-care



A másik megoldás a „gondozóházi” ellátás; jelenleg a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény szabályozza mint átmeneti ellátást, amely így törvény szerint egyértelműen szociális ellátásnak minősül. Viszont jelenlegi működési rendszerben nem lehet szorosan meghatározni és elválasztani, hogy mi minősül egészségügyi ellátásnak, és mi szociális ellátásnak. Az átmeneti gondozóházakba kerül nagyon sok olyan beteg – korára való tekintet nélkül –, aki önmagát otthon nem tudja ellátni.

A fenti rendszer összekapcsolása az egészségüggyel, mind az ellátás, mind a finanszírozás területén elősegítheti akut ágyak számának csökkentését. A regionális egészségfejlesztési program krónikus és rehabilitációs kórházak létrehozásáról tesz említést. Szükséges a program további finomítása, beteg és lakóhelyközeli programjainak kidolgozása

Az átalakítás során szükséges lenne a rendszer átalakítása is, hogy az ellátás utolsó fázisa visszakerüljön az alapellátás szintjére, tehát a krónikus és rehabilitációs kórházak, illetve a hálózat létrehozása esetén alapellátási egységként működhetne a szociális ellátásban már elfogadott átmeneti ellátást biztosító gondozóházi ellátás. A jelenlegi úgynevezett település-lakosság létszámhoz kapcsolódó ellátást a valódi lakosság létszámához kellene kötni, hogy

valóban 10 ezer lakosonként működjön egy gondozóház, amely akár több települést is képes ellátni.

Fontos a szakmai és szervezeti integráció kialakítása, hogy az olajozott sürgősségi ellátás és aktív terápiás szakasz után a betegek valóban áthelyezhetők legyenek ápolási intézménybe, illetve a szakápolási szolgálathoz. Biztosítani kell, hogy szükség esetén a beteget azonnal vissza lehessen helyezni akut osztályra. Az integrációt, valamint a folyamatos ellátást biztosítani kell, integrátori szerepet kell biztosítani egy területi vezető kórháznak.

Nyugat-Európában elfogadott, hogy az ápolást kisebb egységekben látják el (lásd gondozóházi ellátás). A háziorvosi szolgálat biztosítja az orvosi és szakápolási ellátást. Minden háziorvos kezeli saját betegét az átmeneti ellátás idején, így könnyebben lehet biztosítani a beteg saját lakásában történő visszatérést.

Az ellátás finanszírozását ennek megfelelően több oldalról kell biztosítani, hasonlóan az EU tagállamoknál elfogadott szerint.

A gondozóházak finanszírozásának résztvevői:

- Egészségbiztosítási Pénztár (pl. szakápolás finanszírozása).
- Az állam és helyi önkormányzatok (szociális ellátás).
- Egyéni befizetés

A finanszírozás megosztása az ápolás esetén függ a beteg korától, állapotától, szociális helyzetétől (pl. csak egészségügyi ápolást igényel, vagy szociális támogatásra is szüksége van, esetleg intézményi ápolására csak a szociális helyzete miatt van szükség).

Az ápolási rendszer kiépítése lehetővé teszi a háziorvosi szolgálat megerősítését, ezen belül a betegirányító szerepét és a beteg megtartóerejének növelését.

A háziorvosi és járóbeteg-ellátás valamint ápolási centrumok integrációs működtetése kistérségi szinten lehetővé tenné a pénzügyi és szakmai eszközök jobb kihasználtságát.

5.2.1.1. Intézkedés: Fekvőbeteg-szakellátás és a szociális ellátás határterületi ellátó struktúrájának kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása

Az intézkedés definíciója

Az aktív fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése a szociális terhek alól, egyidejűleg a lakossági szociális terhek csökkentésével.

Az intézkedés indoklása

A gondozóházak biztosítanák az Ápolási Centrumok működését. A kórházi ágyak számának csökkentésének esetében biztosíthatja a rövid, illetve hosszú távú ápolási igények kielégítését, miközben gazdaságosabb ellátást biztosít, mint az akut ágyak fenntartása. A szakorvosi rendelőintézetek, egy napos sebészetek, valamint a háziorvosi rendszer fejlesztése az ápolási centrumokkal együtt a lakosság közelébe viszi az ellátást, amely egyben gazdaságosabb és hatékonyabb is.

Az elmúlt években felerősödtek a fekvőbeteg intézmények likviditási gondjai. Az egészségügyi személyzet leterheltsége nőtt, miközben nem minden esetben a szakképesítésüknek megfelelő munkát végeznek. Az akut ágyakon sok esetben szociális indok miatt látják el a betegeket. Az

aktív fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése a szociális terhek alól, egyidejűleg a lakossági szociális terhek csökkentésével.

Operatív célok

Egy adott kistérség egészségügyi ellátásának fejlesztése lakosság-közelbeli ellátási formák fejlesztésével. A kiválasztott kistérségi lakosság egészségi állapotának, szociális adatainak pontos megismerése. Az eredmények kiértékelése, majd a modell kialakítása, működtetése és a későbbiek során a regionális kiterjesztése.

- A meglévő gondozóházak egy részének átalakítása ápolási centrumokká.
- A meglévő akut kórházi ágyak egy részének átalakítása ápolási osztályokká.
- Valós lakossági létszámhoz kell igazítani az ápolási centrumok kialakítását.
- Az alapellátás, szakorvosi rendelőintézetek fejlesztése.
- Az egy napos sebészeti a lakosság létszámához történő kialakítása.
- Az ápolási centrumok közös finanszírozásának megoldása (az Egészségbiztosítási Pénztár az egészségügyi, az állam a szociális ellátást, az egyén bizonyos szolgáltatást).

Támogatandó tevékenységek

- Kistérségi szinten modellként létrehozandó ápolási centrum, vagy centrumok.
- A pontos lakossági igény felmérése.
- Az adott kistérségi lakosság egészségi állapotának részletes feltérképezése.
- A szakorvosi rendelőintézetek kihasználtságának vizsgálata.
- A szakterületek átvizsgálása, hiányterületek fejlesztése, a kapacitás-felesleg csökkentése.
- A háziiorvosi ellátás érdekeltségének növelése.
- Közös szakmai irányítás kialakítása a háziiorvosi szolgálatok szakorvosi rendelőintézetek, egy napos sebészeti, ápolási centrumok között.
- Ápolási centrumok finanszírozási modelljének kidolgozása.

Célcsoport

A modell-kísérletben bármely (állami, önkormányzati, magán) fenntartású intézmény részt vehet, ha az együttműködést fel kívánják vállalni.

Horizontális elvek

Fenntartható fejlődés:

- Az egészségügyi ellátásban a lakosság komfort-érzésének javítása.
- Szoros munkakapcsolat a rendszerben résztvevők között. A team munka kialakítása mindenképpen szükséges, a rendszer önmagát fejleszti.
- A lakosság egészségi állapotának folyamatos javulása.

Esélyegyenlőség:

- Térségen belüli társadalmi egyenlőtlenségek mérséklése, azonos hozzájutási lehetőség minden ellátási formához.
- A lakosság közeli ellátási forma csökkenti az ellátáshoz jutás idejét és költségét.

Partnerség:

A jelenlegi egészségügyi rendszer finanszírozásából adódó érdekellentét megszűnik, a szakmaiság dönt és nem a finanszírozás.

Kommunikáció elve:

A team munka elengedhetetlen része a folyamatos párbeszéd a rendszerben résztvevők között.

Projekt kiválasztási kritériumok

- A betegellátás színvonal-növelésének lehetősége
- A már működő rendszerrel történő összekapcsolás, így a beruházási költség csökkenthető.
- Modellként olyan kistérség kiválasztása, ahol a települések összetétele lefedi a magyar közigazgatási egységeket, és területen működik megfelelő számú szakorvosi rendelőintézet esetleg egynapos sebészet, illetve IBR
- A szervezetségi szint javulása
- Beteg-elégedettség
- Gyors, hatékony, gazdaságos betegellátás
- Az átfedések megszüntetése

Indikátorok

- Beteg-elégedettség
- Gazdasági mutatók
- Megbetegedési statisztika
- Szűrővizsgálati eredmények
- Forgalmi adatok
- Ápolási napok száma

5.2.1.2. Intézkedés: Alapellátás és járóbeteg-szakellátás fejlesztése, struktúrájának kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása

Az intézkedés definíciója

A jelenlegi kórházcentrikus magyar egészségügy átalakítása megelőzés centrikus, valamint korai betegség felfedező és ellátó egészségügyi szolgálattá.

Népegészségügyi programokon alapuló **szűrési tevékenység** teljes körű biztosítása kistérségi szinten. A különböző ellátási szintek (háziorvosi, szakrendelői, kórházi, klinikai, országos intézeti) rendszerelméletű összekapcsolása, megelőzés központú egészségügyi szolgáltató rendszer kialakítása (beleértve a lakosság közeli ellátások fejlesztését és a szakrendelői struktúra átalakítását).

Az intézkedés indoklása

A nem fertőző, krónikus megbetegedések előfordulása, a kezelésükre fordított kiadások és a súlyos szervi szövődményeik miatti halálozás, rokkantság, így az osztályadalmi teher egyre nagyobb. Ezen állapotok közül szűréssel, rizikófaktorok csökkentésével, korai felismeréssel,

gondos eset-menedzsmenttel, (beleértve az életmódváltást, a korszerű kezelést és a gondozás során a szakkonzíliumok megfelelő időben való igénybevételét) és a beteg-compliance növelésével számos szövődmény elkerülhető, így a betegek életminősége javítható lenne.

Operatív célok

Az adott kistérség(ek)ben az egységes szemléletű, közösen kidolgozott diagnosztikai és ellátási protokollok, valamint a betegek együttműködését hosszútávon növelő (nyomtatott, telekommunikációs, informatikai és közösségi) technikák alkalmazása a krónikus megbetegedések ellátásának minőségjavulásához vezetne.

- A népbetegségnek számító nem fertőző, civilizációs megbetegedések, a rizikófaktorok és azok súlyos szervi szövődményeinek felmérése.
- A népegészségügyi programhoz kapcsolódó szűrések kivitelezése.
- A klinikai epidemiológiai és népegészségügyi szempontból kiemelkedő fontosságú krónikus betegségek csoportjaiban (cardiovascularis, cerebrovascularis megbetegedések, COPD, diabetes, hypertonia stb.) az ellátás, a betegutak és a betegkövetés (patient menedzsment) orvos-szakmai protokolljainak kidolgozása, karbantartása, az alkalmazás oktatása és az alkalmazás ellenőrzési rendjének meghatározása a különböző szintű ellátási formákra.
- A krónikus betegségek súlyos szervi szövődményeinek elkerülése érdekében a szekunder prevenció kidolgozott algoritmus szerinti koherens alkalmazása. A korszerű terápia (beleértve az életmódbeli változtatásokat is) alkalmazása mellett a kezelt betegek részéről a compliance fokozása. Ennek támogatására telekommunikációs, informatikai eszközök használata.
- Fenti célok elérése érdekében együttműködés a civil szervezetekkel, a betegklubokkal, az egészségipar szereplőivel és a teleinformatikai cégekkel.
- Nyomtatott anyagok előállítása, közösségi rendezvények szervezése, elektronikus „betegnaplók” vezetése, SMS/e-mail alapú, compliance növelő akciók.
- Intézményközi információs rendszer adaptációja (a HEFOP 4.4 intézkedés keretében megvalósuló fejlesztés helyi adaptációja). A kistérség(ek) egészségügyi szolgáltatói közötti együttműködés tartalmának és formájának meghatározása, a működési feltételek biztosítása.

A házi orvosok szerepének kiemelése és erősítése (a gyakran emlegetett „kapuőr” elnevezés helyett az „egészségőr” elnevezés meghonosítása). Jól felszerelt és szakmai szempontból jól képzett személyzettel rendelkező, betegségmegelőző, egészségnevelő, megőrző centrumok házi orvosok szakmai irányító és ellenőrző szerepének kialakításával.

A térségen belül integrált szemléletű, a szűrési tevékenységeket és a krónikus betegségek gondozását koherens módon vállaló szolgáltatók modelljének kialakítása.

A tevékenységet az adott kistérségen belül a szolgáltatók (házi orvos, szakorvos, jelenlegi gondozók) integrált módon látnák el, az adott helyi sajátosságoknak és lehetőségeknek megfelelő szakmai irányítással.

Az agglomeráció területén létrehozott betegségmegelőző és gyógyító centrumok munkájának összehangolása. Agglomerációs szintű feladatmegosztás a különböző ellátási szinteken, mely mind a járóbeteg-, mind a fekvőbeteg-ellátásban centrumokat hoz létre az adott betegcsoportok ellátására egységes szemléletű protokollok összeállítása és bevezetése, a kihasználatlan ellátási szakterületek összehangolása, átalakítása, esetleges megszüntetése érdekében.

Az agglomeráció területén a betegutak optimalizálása.

Támogatandó tevékenységek

- Protokollok kidolgozása
- A kidolgozott protokollok alkalmazását és annak ellenőrzését lehetővé tevő informatikai (hardver, szoftver) fejlesztések
- A compliance növelését elősegítő technológiák, eszközök, kiadványok
- Közösségi rendezvények, civil szervezetek programjai
- A szűrések és a krónikus betegségek szakkonzíliumi tevékenységét lehetővé tevő diagnosztikai fejlesztések (gép-műszer, emberi erőforrás)

Célcsoportok

- A modell kidolgozására jelentkező kistérségi egészségügyi szolgáltatók (házi orvosok, szakorvosok, gondozók, kórházi szakambulanciák/osztályok)
- Betegklubok, civil egészségügy szervezetek
- Önkormányzatok
- Az egészségipar szereplői
- A telekommunikációs, informatikai iparág szereplői, melyek az együttműködést fel kívánják vállalni.

Horizontális elvek

- Fenntartható fejlődés: Rendszeres munkakapcsolatok (oktatási, műszaki-fejlesztési, tudományos, szervezési) kialakítása.
- Esetegyenlőség: A végső kedvezményezettek (betegek) azonos hozzáféréseinek biztosítása.
- Partnerség: A szolgáltatók különböző szereplőinek egységes szemléletű együttműködése. Az egészségügy különböző szereplőinek bevonása.
- Kommunikáció elve: Az eset-menedzsment elveinek betartása a szolgáltatók közötti, a compliance növelése a szolgáltató és a beteg közötti információáramlás javulásán alapul.

Projekt kiválasztási kritériumok

- Betegellátási színvonal növelésének lehetősége
- A megelőzhető, elkerülhető súlyos szövődmények csökkenése
- Az életminőség, egészségnyereség növelése
- A szolgáltatók közötti szervezetségi szint növekedése
- A betegekkel, közösségekkel való kapcsolattartás színvonalának növelése
- A krónikus betegségek ellátásában az európai uniós szinthez, színvonalhoz való felzárkóztatás
- A „gondozás” fogalmának a XXI. század kihívásának megfelelő tartalommal való megtöltése, a korszerű technológiák alkalmazása

Indikátorok

Hatásindikátorok

- Az elkerült szervi szövődmények száma, aránya betegségcsoportonként és célszervenként meghatározva
- Betegek jövedelem-kiesése
- Halálozás, rokkantság, vakság, amputáció
- Szűréssel felfedezett korai stádium
- Compliance növelés
- Betegek informáltságának növelése
- Betegelégedettség növelése

Eredmény-indikátorok

- Kidolgozott protokollok
- Informatikai fejlesztések
- Betegtájékoztatók
- Info-kommunikációs technológiák
- Közösségi, civil rendezvények
- Szűrések száma
- Szakkonzíliumok száma

5.2.2. Az intézményrendszer struktúrájának átalakulása a járóbeteg-szakrendelés vonatkozásában

A járóbeteg-szakrendelések Budapesti Agglomerációban való fejlesztésekor számos szempontot kell figyelembe venni. A RET anyagban szereplő demográfiai adatokat és az egészségügyi ellátás lényegre törő rövid összefoglalóját alapként kezeljük a BAFT egészségfejlesztési programjának kidolgozásához.

A járóbeteg-szakellátás átalakításának aspektusai

1. A járóbeteg-szakrendelés fejlesztés nem választható el a fekvőbeteg ellátás és alapellátási problémakörétől, abból ugyan kiszakítható, de fejlesztése csak a másik két fontos feltétellel együtt kezelhető.
2. Az egynapos sebészet problémaköre ugyancsak együtt kezelendő a fekvőbeteg-ellátással, ez nemcsak a járó beteg szakrendelések lehetséges profilbővítésének az egyik lehetősége.
3. Az alapellátásnak szoros kapcsolatban kell lennie a szakorvosi (járóbeteg) ellátással, melynek köszönhetően szerepet kell játszania az alap-szakellátás és kórházi (fekvőbeteg) ellátás között.

Fejlesztési prioritások és intézkedések meghatározása*Humán erőforrás biztosítása:*

- Orvosok, szakdolgozók rendszeres továbbképzése, szakmai fejlődésük folyamatos biztosítása, külföldi kongresszusokon való részvétel lehetősége, megüresedett állások egy részének megszüntetése, illetve amennyiben szükséges szakképzett munkatársakkal való betöltése, fiatal szakemberek életpályájának segítése,
- végzett orvosok külföldön történő munkavállalásának csökkentése.

Infrastruktúra feltérképezése:

- Egészségügyi intézmények felújítása, korszerűsítése, kórházak, szakrendelők építése korszerű felszereléssel,
- orvosi gép-műszer állomány cseréje, bővítése, korszerű diagnosztikai géppark létrehozása,
- informatikai rendszer kiépítése /számítógépes hálózat korszerűsítése, karbantartása, számítógép biztosítása a magasabb szintű ellátási egységekkel történő kommunikáció kialakítása érdekében, szakorvosok, háziorvosok, ápolók és más egészségügyi személyzet együttműködésének fejlesztése informatikai hálózat létrehozásával/,
- minőségbiztosítási rendszer kialakítása és folyamatos fejlesztése,
- optimális munkakörnyezet megteremtése,
- akadály-mentesítés,
- a régióon belül az utak, rendszeres buszjáratok, vasúti összeköttetés optimális lehetősége,
- az alapellátásban és a járóbeteg-szakellátásban tapasztalható egyenlőtlenségek kiigazítása, alapellátás fejlesztése (háziorvosi, védőnői, iskola-egészségügyi ellátás stb. biztosítása), járó- és fekvőbeteg szakellátás összehangolása,
- járóbeteg-ellátás volumenének és szakmai profiljának bővítése,
- a fekvőbeteg ellátó intézményekben a sürgősségi betegellátás fejlesztése,
- ügyeleti rendszer korszerűsítése, sürgősségi ügyeleti rend racionális átalakítása,
- házi betegápolás, gondozás, hospice tevékenység megszervezése,
- rehabilitáció magasabb szinten történő biztosítása,
- egészséges életmódra neveléssel, megelőzéssel és felvilágosítással foglalkozó szakemberek biztosítása.

A fővárosban jelentősen több kórház és kórházi ágy található, mint az agglomerációban. Ezek egy részének krónikus ágygá váló átminősítése, vagy megszüntetése lenne indokolt. Az átalakítás koncepcióját nem a tulajdonviszonyoknak, hanem a szükségleteknek megfelelően lenne indokolt kialakítani. Az agglomerációban a hátrányok megszüntetésére nem a kórházi fejlesztés, hanem az önálló szakrendelőkben az egynapos sebészet és a kúraszerű ellátások rendszerének kialakítása lenne indokolt. A szakrendelőknek az önálló működést kellene preferálni, mivel amíg közösen működnek a kórházzal, nagyobb az esély arra, hogy a betegeket a szükségesnél magasabb ellátási szinten kerüljenek ellátásra. Az önálló szakrendelők fejlesztésébe az összes általuk ellátott településnek be kellene szállni, nemcsak annak, ahol működik.

Az ellátás minőségét, hatékonyságát megcélzó informatikai fejlesztések: indokolt egy-egy szakrendelőhöz tartozó kistérségben a háziorvosi rendelők, szakrendelők, központi ügyeletiek egészségügyi programjainak lekérdezés szintű összekötése. Következő fázisban a területi kórházakat is be kellene venni a távoli lekérdezés rendszerébe. Nagyon ügyelni kell, hogy a betegjogok ne sérüljenek a rendszer működése közben, a beteg hozzájárulásának megadására

fel lehetne használni az intelligens TB kártyát bevezetése után. A radiológia hiányszakmává válása miatt be kellene vezetni a távleletezés lehetőségét. Ennek előfeltétele a digitális radiológia bevezetése minél több szakrendelőben.

Az egynapos sebészet és a kúraszerű ellátások segítségével lehetne közelebb hoznia az ellátást a betegekhez az agglomerációban is. Ezeket szakrendelőkhöz kell integrálni, mivel kórházakban finansiális szempontok miatt inkább a kórházi befekvést preferálnák. Meg kell határozni területeket és lakosságszámot, amit egy egynapos sebészeti egység el tud látni.

Meg kell határozni az agglomerációban azokat a területeket, melyeket egy központi ügyelet el tud látni, ez nem mindig fedi a kistérségi beosztást. 20-40000 lakosra kellene kialakítani egy központi ügyeletet.

Preferálni kell az alapellátásban és a járóbeteg-ellátásban is a minőségügyi rendszer kiépítését, hogy az ellátás színvonalát garantálni lehessen. Ez az Eütv. alapján már több éve kötelező lenne, de csak a szakrendelők egy részében működik, az alapellátásban pedig gyakorlatilag sehol.

5.2.2.1. Intézkedés: A BAFT területén lévő egészségügyi intézmények rendszerbe kapcsolása

Az intézkedés indoklása

A kórházi kezelést kiváltó ellátások, sebészeti beavatkozások, műtétek, egynapos ellátások járóbeteg-szakellátás szintre való irányítása akkor lehetséges, ha egységes, együttműködésen alapuló, rendszer-szemléletű információ és kidolgozott mutatószám rendszer áll rendelkezésre.

Operatív célok

A betegellátás szükséges és elégséges szintjének a meghatározása. Mindazon emberi erőforrás, humánpolitikai változások melyek, a műszaki-technológiai fejlesztéssel összhangban a beteg-ellátás szintjének (szükséges és elégséges) támogatását célozzák meg.

Támogatandó tevékenységek

Kórházak, rendelőintézetek tevékenységének, ágyszámának, rendelési óraszámának az összesítése, forgalmi adatok begyűjtése, létszám összesítése, összebevételek és egyéb támogatások (pl.: pályázati) összegzése.

Célcsoportok

Bármely fenntartású (fővárosi, kerületi, MÁV, BM, HM, egyházi stb.) járóbeteg-rendelőintézetek, ideértve a magánvállalkozásokat is, melyek a feltételekkel rendelkeznek és az együttműködést fel kívánják vállalni.

Horizontális elvek

- Fenntartható fejlődés: Rendszeres munkakapcsolatok (oktatási, műszaki-fejlesztési, tudományos) kialakítása
- Esélyegyenlőség: Feladatmegosztás és azonos finanszírozási feltételek megteremtése

- Partnerség: A jelenlegi egészségügyi rendszer finanszírozásából fakadó konkurencia, egyenlőtlen ellátási színvonal felváltása.
- Kommunikáció elve: A jelenlegi intézmény biztosító egyirányú információs kapcsolat oldalirányú bővítése a partnerintézmények között.

Projekt kiválasztási kritériumok

- Betegellátási színvonal növelésének lehetősége. Bevételek növelése – kiadások csökkenése.
- Betegelégedettség.
- Szervezettségi szint növekedése.
- Gyorsabb-biztonságosabb betegellátás, a betegellátási szintek színvonalának felzárkóztatása.
- Európai uniós szinthez, színvonalhoz való felzárkóztatás.

Indikátorok

- Betegelégedettség-dolgozói elégedettség
- Gazdaságossági mutatók
- Forgalmi adatok

5.2.2.2. Intézkedés: Egynapos sebészet

Hollandiában 1970-ben az egészségügyi kormányzat 1000 lakosra 3,7 kórházi akut ágyat határozott meg (psychiátria, ápolási otthonok és fogyatékosok ápolási otthonai kivételével). Következő lépésben 3,4-re csökkentették az akut ágyak arányát, ami a 207 kórház 169-re való csökkenésével járt, legutóbb pedig az akut ágyak számának 2,8-re való redukálását irányozták elő. (Az egész Közép-magyarországi Régióra vetítve ez 7.800-8.000 össz aktív ágyszámot jelentene...) Ez az öregedő lakosság és az ellátások minősége iránti igény fokozódása mellett csak az ambuláns ellátási formák növekedése mellett volt biztosítható. Az intézetek és más szervezetek „nappali klinikákat” alakítottak ki, ahol egyre növekvő számban nyújtanak egynapos sebészeti ellátásokat. A Maastrichti Egyetem új épületében önálló részleget alakítottak ki, 6 műtővel (3 műtő anaesthesiával, 3 műtő local anaesthesiában végzett műtétekre) az egynapos sebészet számára. A különböző manuális szakmák a beavatkozások 9-58%-át végzik ambuláns körülmények között.

Az egynapos sebészet még ma is mostoha terület. A RET anyag érintőlegesen foglalkozik vele. Mivel fontos ellátási szint a struktúra átalakítás során, ezért részletesebb kifejtése indokolt jelen anyagban. *„Ami az aktív ágyakat illeti (és a Területi Vezető Kórházak kialakításával párhuzamos ágyszám csökkentés javaslatunk szerint elsősorban az aktív ellátást érintené), a jelenlegi közel 20 ezer aktív ágyból az országos ágyellátottságot követve csupán 16-17 ezer (egyes számítások szerint még kevesebb) aktív ágy maradna a Budapesti Agglomerációban. Az Európai Unió (15 tagállam) mintája alapján azonban már csak kb. 10 ezres aktív ágyszükséglettel számolhatnánk. Az ekkora léptékű ágyszám leépítés minden bizonnyal hosszabb folyamat eredményeként valósulhat meg és alapvető technológiai és szemléletbeli változásokat tesz szükségessé, így például a sebész beavatkozások esetében a nemzetközi gyakorlatot követve az egynapos sebészet radikális mértékű térnyerését.”*

Figyelembe veendő alapelvek, célok és gyakorlati tényezők:

- Lakossághoz közeli ellátások nyújtása

- Kórházi tartózkodás minimalizálása és ezáltal a kórházi fertőzések valószínűségének csökkentése
- Gazdaságilag ésszerű kapacitáskihasználás biztosítása
- Az egynapos sebészeti egységek fejlesztési, beruházási és amortizációs igényeinek szem előtt tartása
- Minőségbiztosítási folyamatok beépítése az egynapos sebészet szervezeteinek működésébe
- A rendelkezésre álló képzett emberi erőforrás ésszerű koncentrációja és kihasználása (orvos és szakdolgozó), különös tekintettel az EU elszívó hatására
- Az orvosok részére mind a gyakorlati ellátás, mind a tudományos, menedzsment kutatások révén vonzó karrier, szakmai előrelépések lehetősége
- A műtétes ellátások finanszírozásának torzult volta, mind a műtői-aneszteziológiai költségfelmérések hiányosságai, mind a nagy-értékű építészeti és orvos-technológiai el nem ismert, de attól még létező költségei miatt. Ennek rendezése szükséges előfeltétel.
- A rendelkezésre álló források ésszerű felhasználása (működtetés, fejlesztés)

A fentiek kombinációja vezethet a „minden szinten szinte mindent” és a 2-3 központra való túlzott koncentráció közötti kompromisszum megtalálásához.

A korábbi standard kérdés elektív műtétek esetén ez volt: „Alkalmas-e ez az adott beteg az egynapos sebészetre?”

Ehelyett a következő kérdést kell feltenni: „Indokolja-e bármi ennek az adott betegnek a fekvőbetegként való felvételét?”

A Budapesti Agglomeráció területén a központban nagyszámú, rendelkezésre álló műtői és osztályos kapacitás van, melyek kihasználtsága eltérő mértékű. Ugyanakkor a perifériákon az ellátási forma fejlesztésének kiindulási feltételei (emberi és építészeti, orvostechnikai, gép-műszer feltételek,) hiányoznak vagy fejlesztendők.

Az ellátási forma előnyei:

- a posztoperatív, általánosságban a kórházi infekciók minimális veszélye,
- a fekvőbeteg osztályok ügyeleti- és munkarendjétől független, nyugodtabb és otthonosabb posztoperatív időszak,
- a műtéti programok akut műtétek miatti „felborulásának” elkerülése,
- a normál otthoni körülményektől való rövidebb elszakadás, hospitalizáció
- a fekvőbeteg osztály többi részétől elkülönített szervezetű, személyzetű és finanszírozású egységeket és/vagy önálló egynapos sebészeti szervezeteket (Freestanding Ambulatory Surgery Centers, FASC) feltételez.

A fővárosban többé-kevésbé ismert osztályos és műtői kapacitásadatok mellett ilyen egységek kialakításának feltétele a megfelelő osztályos kapacitások csökkentése vagy átalakítása lehetne. A perifériákon a kialakított terveknek megfelelő földrajzi elhelyezkedésben egyértelmű fejlesztés lenne szükséges.

Célszerű lenne részben a regionális fejlesztési tervhez (RET) kapcsolódóan a fejlesztendő szubrégiós területi vezető kórházakhoz kapcsolni az egynapos sebészet fejlesztését, részben az agglomeráció néhány távolabbi kistérségében két-három önálló intézményt létrehozni (feltéve, ha ezek szakember állománya és kapacitáskihasználása biztosítható).

Nemzetközi tapasztalatok mutatják, hogy:

- az ambuláns sebészet gazdaságosságát a szokásos kórházi költség- és működési struktúra mellett nem lehet teljesen kihasználni, amennyiben ez nem jár jelentős strukturális változásokkal;
- az ambuláns sebészet elterjedése csak akkor és ott várható, ha a finanszírozás a költségeket (beleértve a fejlesztési és amortizációs költségeket is) fedezi;
- az ambuláns sebészet sokféle szervezeti formája lehetséges, de mindenképpen önálló pre- és postoperatív ápolási struktúrával és személyzettel, önálló menedzsmenttel lehet az előnyeit kihasználni.

A Budapesti Agglomeráció területén a nagyszámú és részben kihasználatlan műtő- és helyiségkapacitás a kórházakon belül kialakított önálló egységeknek és/vagy az agglomeráció peremterületein az önálló szervezeti formának kedvezhet.

Az egynapos sebészet programjához érdemes lenne az NHS alábbi tapasztalatait felhasználni:

- A Royal College of Surgeons által kidolgozott klinikai és menedzsment irányelvek
- Az NHS által kidolgozott oktatási, tréning anyagok, a legjobban működő szolgáltatók sokrétű tapasztalatai alapján
- A legalacsonyabb mutatókkal rendelkező szolgáltatók számára módszertani útmutató kidolgozása, az eredményeik javítása érdekében
- A helyi-regionális szolgáltatókhoz úgynevezett klinikai és menedzsment „championok” kinevezése, a helyi ellátás fejlesztése érdekében

A DoH széles szakértői, konzulensi kör bevonásával kidolgozott operatív iránymutatója az alábbi fejezetekből áll, ezek megállapításait célszerű lenne elméletben és gyakorlatban is részletesen tanulmányozni:

- *Betegek*
- *Beavatkozások*
- *Létesítmények*
- *Menedzsment*
- *Emberi erőforrás*
- *Alapellátás és otthoni ápolás*
- *Következtetések*

Már az induláskor megfontolást érdemel, hogy bizonyos, meghatározható heti-havi beavatkozásszám alatt sem szakmailag, sem gazdaságilag nem érdemes a tevékenységet végezni. Agglomerációs (és országos) szinten sok szervezet által kevés számban nyújtott ellátás a finanszírozás forrásait szétaprózza, a kapacitás kihasználás optimalizálását, így az ambuláns sebészet előnyeinek kihasználását lehetetlenné teszi és a szolgáltatók gazdasági életképessége is nagyon bizonytalanná válik, annak kényszergazdálkodási, a szakmai színvonalat rontó veszélyeivel.

Az agglomerációs gyűrűben a szakrendelő intézetek mellett működő egynapos sebészetek lennének működőképeseek, kisebb kapacitással, mint a központban. Ezek területi eloszlását kellene meghatározni, a fehér foltokban telepítendőkre pályázati pénzeket kellene biztosítani. Az intézmények fenntartásáról az ellátandó önkormányzatoknak közösen kellene gondoskodni.

Az egynapos sebészet lényege, hogy nem csak sebészet, hanem multidiszciplináris ellátási forma, beleértendő az egynapos formában végezhető sebészeti, nőgyógyászati, szemészeti, fül-orr-gégészeti, urológiai, bőrbészeti ellátás. Nem értendő bele az akut ellátás,

az egynapos sebészetben csak elektív műtétek végezhetők. Az akut sebészeti kórkép kórházi ellátást igényel.

Vélhetőleg (munkahipotézis) a központi területen 4-6 nagy kapacitású, és az agglomeráció periferiáján szintén 4-6 közepes-nagy kapacitású egynapos sebészeti központ az ilyen irányú igények jó részét le tudná fedni.

Egynapos sebészeti ellátási forma létrehozása

Az intézkedés indoklása

A jelenlegi finanszírozási rend mellett olyan esetek is kórházi ellátásra kerülnek, amelyek fekvőbeteg ellátást nem igényelnek. Az amúgy is túlterhelt kórházi műtőkapacitás a beteget várakozásra kényszeríti. A bennfekvés munkából való kieséssel, jövedelem-kieséssel jár. A vállalkozói szféra számára megéri az időmegtakarítás ellentelezése, az pedig mindenki számára előny, hogy kisebb az esély a csak nehezen és drágán kezelhető kórházi fertőzések fellépésére.

Operatív célok

Az egynapos ellátás feltételeinek kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása, minőségi kritériumok biztosítása, a meglévő műtői kapacitás kihasználásának szempontjai, építészeti és szervezeti alapelvek rögzítése, a menedzsment, a szakorvosi és szakdolgozói feladatok meghatározása. Az egynapos sebészet lehetőségei és bevezetésének elméleti feltételei a Budapesti Agglomeráció területén.

Önkormányzatok és vállalkozók bátorítása arra, hogy a szükséges infrastruktúra (kisműtő, altatási lehetőség, felügyelt pihenőszoba stb.) biztosítása mellett kialakítsák azt a szervezetet, amelyben az orvosok meghatározott időre bérbe veszik az infrastruktúrát betegeik ellátására.

Támogatandó tevékenységek

- Az egynapos sebészeti ellátási formára alkalmas jelenlegi teljesítmények és kapacitások felmérése, valamint a korrekt költségfedező finanszírozású, a megfelelő minőségű humán erőforrást és a minőségbiztosítási követelményeket tervező és figyelembe vevő kialakítása.
- A fővárosban nagy kapacitású egynapos sebészeti központok kialakítása, melyek fekvőbeteg-intézetek alapvető átalakításával történik.
- A kúraszerű ellátás kialakítása az egynapos sebészeti központokkal közös szervezésben.

Célcsoportok

Érintettek köre: fekvőbeteg-intézmény, sebész szakorvosok, műtői eszközgyártók, aneszteziológusok, szakápolók, asszisztensek, betegszervezetek.

Végső kedvezményezettek: Egynapos Sebészeti Központ vonzáskörzetében élő lakosság.

Projekt kiválasztási kritériumok

Alkalmassági kritérium: Olyan fekvőbeteg intézmény vagy szakrendelő intézet, mely rendelkezik, vagy felszabadít hasznos területet az egynapos ellátási egység kialakítására. Rendelkezik a műtétekhez szükséges humán erőforrás háttérrel. Kellően nagy a lakosságszám az ellátási területén.

Kiválasztási kritériumok: A környező egészségügyi intézmények támogatását élvezi. Saját erőforrást rendel a beruházáshoz.

Indikátorok

Hatásindikátorok

Indikátor	Cél
<i>Aktív ágyon történő ápolási idő</i>	<i>6-7 ápolási nap/ágy</i>
<i>Betegek jövedelem-kiesése</i>	<i>Csökken 10%-kal</i>
<i>Otthonápolási vizitek</i>	<i>+15-20%</i>
<i>Kórházi fertőzések általi megbetegedések száma</i>	<i>-10%</i>
<i>Egynapos sebészeti beavatkozások szakértelme</i>	<i>Fokozatosan nő</i>

Eredmény-indikátorok

Indikátor	Cél
<i>Egynapos műtétek száma</i>	<i>+80/nap</i>
<i>Egynapos sebészeten ellátott betegek száma</i>	<i>+80/nap</i>
<i>Egynapos ellátó egységben dolgozó szakorvosok száma</i>	<i>+32 fő</i>
<i>Alkalmazott műtéti technikák száma</i>	<i>Fokozatosan nő</i>

5.2.3. Közösségi pszichiátriai ellátás

Az elmúlt évtizedekben a pszichiátriai ellátás terén is paradigmaváltásnak vagyunk tanúi (Harangozó, Tringer és mtsai, 2001). Ez egyaránt érinti a betegséggel kapcsolatos szemléletünket, a társadalmi környezetet és attitűdöket, valamint az ellátás mindennapjait. A pszichiátria mindig is erőteljesebb kapcsolatban volt a társadalommal és amellett, hogy nagy erővel próbáltuk, próbáljuk erősíteni szerepünket a medicinán belül, szakmánk mindig is „végrehajtója”, vagy legalábbis megjelenítője volt azoknak a társadalmi reakcióknak, amelyek a pszichiátriai betegségekre, mint társadalmi devianciákra adott választ tükrözték (Foucault, 2000). Ez a szerep sokszor eredményezett az orvosláshoz méltatlan beavatkozásokat is (pl. politikai pszichiátria). *A fejlett országokban a demokratikus és jóléti társadalmi fejlődés egyre inkább előtérbe állította a személyes szabadság, a másághoz és az emberi méltósághoz való jog, a tolerancia elveit. Ezek a társadalmi és a (tömeg)kultúrában is megjelenő változások fokozatosan a hagyományos intézményes ellátás kereteinek lazulásával és sokféle korlátozás feloldásával jártak és járnak napjainkban is, amelyeket a (biológiai) pszichiátria, a pszichoterápiák fejlődése, közöttük a humanisztikus irányzatok megjelenése is elősegített.* Az intézményes forradalom hazánkban is nyomon követhető a 70-es évektől a terápiás közösségek mozgalmában (Füredi, 1979), amely megteremtette a betegek és szakemberek közti szimmetrikus kapcsolatok, a team-

munka, a csoportterápiák, sőt a készségfejlesztés alapjait és ezzel a rehabilitációs aktivitást, amely sokkal inkább felkészült volt a betegek mindennapi életének javítására (szociálpszichiátria), mint a korábban uralkodó analitikusan orientált pszichoterápiás irányzatok. Felsejlett az az elképzelés, hogy betegeink betegségük ellenére élhetnek teljes(ebb) életet, képesek értéket létrehozni, illetve önmagukban is értékesek „másságuk” ellenére, megőrizhetik emberi méltóságukat és egyenrangúak lehetnek velünk, szakemberekkel. Ezek a nézetek valóban forradalmiak voltak a terápiás közösségek elindulásakor (Gerevich, 1983), és sok helyütt nehezen illeszkedtek a hagyományos intézményrendszer merev rendjébe, amely világszerte ma is a gyakorta szükséges szakmai megújulások „ellen dolgozik” (Goffmann, 1961., Smith, 1998.). Magyarországon is kialakultak terápiás közösségek a 70-es évektől, amelyek a maguk idejében szinte utópisztikus módon, ellenkultúra jelleggel működtek. Mégis, a terápiás közösségek mára már legendássá vált központjai, pl. a Kun-osztály, Hidegkút vagy a „Kulich”, a magyar pszichiátria megújulásának műhelyei voltak, ahol olyan elveket és tapasztalatokat sajátíthattunk el, amelyek azt is megalapozzák, hogy a magyar pszichiátria ma is képes legyen a paradigma-váltásra.

Átfogó hosszú távú célok

A pszichiátriai ellátást érintő átfogó modell megvalósítása olyan paradigmaváltás megvalósítását jelenti az intézmények, a költség-hatékony beavatkozások, a szabályozás és az integráció területén, amely az egészségügyi reform keretében megvalósítható.

Közösségi alapú ellátórendszer kialakítása

Hatékony közösségi ellátás feltételezi a medikális ellátórendszer decentralizálása mellett az egészségügyi, illetve szociális ellátó rendszer integrálását, működésének koordinálását. Ehhez – kettős finanszírozású – közösségi ellátó központokat kell létrehozni, amelyekben egyaránt elérhető a közösségi alapú egészségügyi gondozás (pszichiátriai gondozók, nappali kórházak stb.) és a speciális szociális alapellátás, nappali ellátás. Ez a szociális munka dominánsabb megjelenését, a kórházban végzett szociális munka átalakítását jelenti az egészségügyi ellátásban, valamint a szociális munka eszközének beillesztését a két ellátórendszer koordinálásába. A közösségi pszichiátriai (és addiktológiai) szociális ellátást megfelelő medikális háttérszolgáltatással és medikális szempontú felügyelettel (is) el kell látni.

A medikális és a szociális ellátások integrációja természetesen aligha képzelhető el rugalmas finanszírozás és a közösségi alapú ellátásokat motiváló támogatás kialakítása nélkül. Jelenleg a szociális ellátások normatív állami finanszírozása, illetve az egészségügyi ellátás OEP finanszírozása egymás szolgáltatásait nem támogatja. A rugalmas megoldás alapját a feladatfinanszírozás, a szolgáltatás alapú finanszírozás jelenthetné, amelyben érvényre juthat az azonos feladat – szervezettől független – elvégzése esetén is a közös, megosztott, vagy kettős finanszírozás is. A konzultatív pszichiátria sem képzelhető el rugalmas, a feladathoz rendelt finanszírozás nélkül. Természetesen ehhez a megfelelő minőségi kritériumok kidolgozása, ellenőrzése is szükséges. A közösségi alapú ellátásban világszerte nagy arányban vesznek részt különféle civil szervezetek, illetve más, nem költségvetési szervek, ez az ellátási forma kevésbé hatékonyan működik nagy, centralizált szervezeti struktúrákban. Ezért is szükséges a közösségi alapú szolgáltatások szektorsemleges finanszírozása. A jelenlegi zömmel pályázati pénzekből történő finanszírozás az egész rendszerre nézve bizonyos fokig ad hoc szerveződést és működést eredményez.

Szakmapolitikai megalapozottság

A jelenlegi ellátórendszer intézményközpontú, ahol sokféle, „kevésbé korlátozó környezetben” hatékonyabban és olcsóbban kezelhető betegség és probléma intézményesül, ezáltal az ellátás még mindig magán viseli a Kornai által leírt pazarlásra és hiánygazdálkodásra jellemző tulajdonságokat. Az utóbbi időben a területi ellátási lehetőségek öröndetesen bővültek a szociális ellátórendszerben, azonban sajnos nem valósult meg a két ágazat megfelelő koordinációja, ezáltal az új szolgáltatások sokszor a már eddig is jól ellátott betegeknek nyújtanak plusz szolgáltatást, illetve sokszor dilettáns és veszélyes módon vállalnak fel kompetenciájukon túlmenő problémákat. Az egészségügyi és szociális ellátás csak integrált módon, az egészségügyi szakértelem mindenhol megvalósuló megfelelő képviselőjével működhet. Az egészségügyi és szociális ellátások indikációit, protokolljait és a „betegutakat” közösen kell tervezni, hogy – bár kettős finanszírozásban –, mégis egységes ellátórendszer fejlődjék ki, amely átfogó, de nem nyújt „dupla szolgáltatást”, pazarló ellátás egyik klienskörnek sem.

Szinergia

A pszichiátriai ellátást érintő átfogó modell céljai és rendszere egymást erősítő célrendszert foglal magában. Biztosított az ellátás minden szintje. Nagyobb hangsúlyt kapnak a lakossághoz közeli ellátások. Egységes rendszerbe rendezi a lakossági szükségletek kielégítését a pszichiátriai ellátás területén, beleértve a társadalmi rehabilitációt is és a szociális ellátás elemeit.

5.2.3.1. Intézkedés: Községi pszichiátriai ellátás intézményeket kiváltó költséghatékony, átfogó átszervezése és fejlesztése, több szakterület és szolgáltatás működésének integrálása

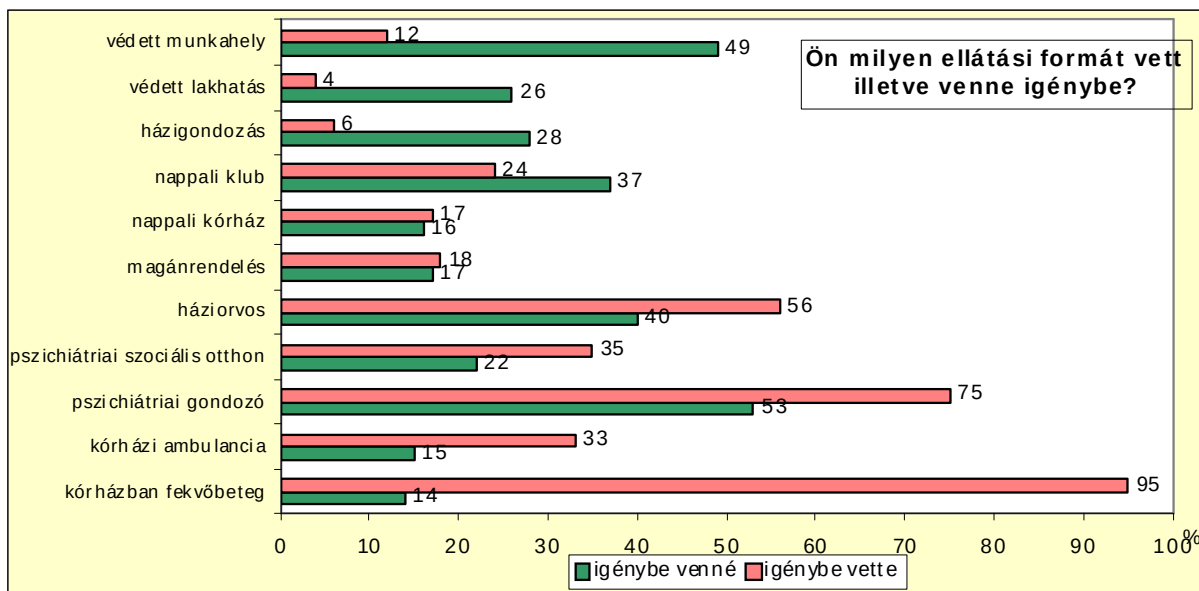
Az intézkedés definíciója

A községi pszichiátriai gondozás és rehabilitáció a ma érvényes betegjogokkal kongruensen igyekszik elkerülni a kirekesztettség és izoláció (a „gettósítás”) minden formáját. Átfogó megvalósulása esetén a betegek számára a községben biztosítja a lehető legtöbb pszichiátriai és rehabilitációs szolgáltatást és alapvető célja a községi integráció fenntartása, illetve elérése. A beteg és hozzátartozói számára „felhasználóbarát”, együttműködésüket ösztönző szolgáltatásokat kínál fel. A gondozás és rehabilitáció során a lehető legnagyobb mértékben támaszkodik a községi erőforrásokra és a természetes segítőkire (pl. hozzátartozók), akiknek a rendszerszemléletű családgondozás elveinek megfelelően szintén támogatást nyújt a betegség okozta problémák és más stresszhelyzetek kezelésében. A községi alapú ellátás hozzájárul az intézményes ellátás okozta hátrányok leküzdéséhez és a pszichiátriai rehabilitáció hatékonyságának fokozásához. Vizsgálatok igazolták, hogy a pszichiátriai gondozás és rehabilitáció akkor a leghatékonyabb, ha a páciens természetes életterében, (hatékony terápiás stratégiák igénybevételével) történik, és nem onnan kizsákmánva (Wasilensky, 1994, Lehman és mtsai, 1995, Bebbington, 1996)

Az intézkedés indoklása

A szkizofréniában szenvedő betegek körében közvélemény-kutatást végeztünk. (Harangozó, Gombos, Szabó, 2001.). A TÁRKI megbízásából 2001 nyarán 200 szkizofréniában szenvedő emberrel vettünk fel egy kérdőívet, amely helyzetüket és szükségleteiket kívánta felmérni.

A kérdőív felvételét a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum aktivistái végezték, akik önszorgú csoportokban szerzett ismeretségeik révén jutottak el az önmagukat szkizofréniában szenvedőnek valló sorstársaikhoz. A részvétel természetesen önkéntes volt. A kérdőívben megkérdeztük, mik az eddig igénybe vett, illetve a jövőben igényelt szolgáltatások. A válaszok feldolgozása alapján a következő véleményt kaptuk:



Tehát a 200 válaszadók 95%-a részesült korábban kórházi kezelésben, de erre csak 14%-ban tartana igényt. Alacsony a kórházi szakambulancia népszerűsége is. Nagyobbra értékelik a 75%-uk által igénybe vett pszichiátriai gondozó szolgáltatásait. Sikeresnek tűnik még a háziorvosi ellátás. *Több, (a betegek többsége által soha meg nem tapasztalt) közösségi szolgáltatásra is nagy igény mutatkozik (lásd az ábra felső négy oszlopát), míg szociális otthoni ellátást csak 22% (21% otthonban lakók) tartana szerencsésnek.* A nappali kórház és a magánrendelés esetében a kínálat és a kereslet egyensúlyban lévőnek látszik.

Operatív célok

Az egészségügyi reform pszichiátriai ellátást érintő átfogó modelljének megvalósítása. Paradigmaváltás megvalósítása az intézmények, a költség-hatékony beavatkozások, a szabályozás és az integráció területén. (A várhatóan elkészülő Nemzeti Lelki Egészség-program modelljének megvalósítása.)

Támogatandó tevékenységek

- A jelenleg működő intézményrendszeren belül meg kell szüntetni a pszichiátriai ellátás „szegregációját”.
- Nappali kórház, a fekvő-beteg ellátó intézmény szervezeti egységéhez közel, a kórház munkaszervezetéhez integrálva, a kórházi teammel működtetve.
- Pszichiátriai gondozó hálózat létrehozása mobil krízis szolgálattal.
- A járóbeteg-ellátó hálózatot jelentősen fejleszteni kell, térben és időben jobb hozzáférhetőséget kell biztosítani, tekintettel arra is, hogy a pszichiátriai ellátásokat igénybe vevők az átlagnál rosszabb anyagi helyzetben vannak és lényegesen rosszabb concordance-

ot mutatnak. Különösen nagyarányú fejlesztés szükséges a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, valamint a gerontopszichiátriai ellátás tekintetében.

- Egymásra épülő közösségi szociális ellátások létrehozása, a mentális zavarral küzdő személyek pszichoszociális támogatása, megfelelő protokollok kidolgozásával és összehangolásával.
- Konzultatív pszichiátria a fekvő- és járóbetegek számára társszakmák orvosaival való együttműködés keretében.
- Védett lakhatási programok az intézményes ellátások igénybevételének csökkenése érdekében, másrészt (re)habilitációs eszközként történő alkalmazása az önálló életvitelhez, önellátáshoz, öngondoskodáshoz szükséges készségek, képességek fejlesztésére a személyt a társadalomba (re)integrálása érdekében.

Célcsoportok

Bármely fenntartású (fővárosi, kerületi, MÁV, BM, HM, egyházi stb.) járóbeteg-rendelőintézetek, ideértve magánvállalkozásokat is, melyek a feltételekkel rendelkeznek és az együttműködést fel kívánják vállalni.

Horizontális elvek

- Fenntartható fejlődés:
 - Szakmai szempontból: Az ellátás szintjei egymásra épülnek. Szélesebb rétegek részére a szükséglet felmérésekre alapozottan, az átalakuló igényekkel összhangban alakul az új struktúra. A hátrányos helyzetű rétegek elérése jobban biztosítható. Összekapcsolja az ellátó rendszereket.
 - Gazdasági szempontból: A modellprogram bevezetését követően három éven belül a költséghatékonyság biztosított. Hosszú távon a megvalósításhoz szükséges инвестиáció megtérül. A forrásokat egységes rendszerben kezeli
 - Humán erőforrás szempontjából: A szükséges humán erőforrás munkaerő átcsoportosítással, rendszeres továbbképzéssel biztosítható
- Esélyegyenlőség: Egységes, összehangolt protokoll rendszer kidolgozása azonos ellátási színvonalat garantál a rászorulóknak számára. Az ellátás a rászorulóknak szélesebb körének biztosítja az ellátást, ahol az orvos-szakmai ellátás és a szociális szempontok kombinációja megvalósul, ezért a hátrányos helyzetű rétegek ellátáshoz jutásának esélyeit javítja. Ugyanakkor érvényesül az önellátásra képes rászorultak esetében érvényesül az öngondoskodás elve is.
- Partnerség: Széleskörű partneri együttműködés kialakítását tervezzük. A főhatóságok az önkormányzatok, önkormányzati alap- és szakellátást nyújtó szociális intézmények, egészségügyi szolgáltatók, civil szervezetek, egyházak, önkéntesek között.
- Kommunikáció elve: Az egyirányú információs kapcsolat bővítése szükséges az ellátó szintek között és a civil, támogató és segítő szféra és a páciensek között. A kommunikáció szerteágazó formáit szükséges igénybe venni.

Projekt kiválasztási kritériumok

- Betegellátási színvonal szükségletek és igények szerinti alakítása.
- A kórház centrikus – elkülönítő - és koncentrált ellátás decentralizálása

- A beindult átalakulási folyamatok segítése, irányítása, szabályozása
- Lakossághoz közeli ellátás biztosítása
- Az ellátási szintek és szakterületek összekapcsolása, korszerűbb ellátó rendszer kialakítása
- Betegelégedettségi színvonal javítása
- Életminőség javítása
- Európai uniós szinthez, színvonalhoz való felzárkóztatás
- Költséghatékonyság javítása
- A betegek meglévő képességi szintjének megfelelő foglalkoztatási lehetőségek bővítése, társadalmi rehabilitáció elősegítése
- Hatékonyabb prevenció biztosítása

Indikátorok

- A suicidiumok alakulása
- A korai halálozás alakulása
- Életminőséget kifejező Quality- és Daly-mutatók
- Az öngyilkosságok számának alakulása
- A pszichiátriai aktív és krónikus fekvőbeteg ellátás ápolási napjainak alakulása
- A társadalmi integráció következtében a foglalkoztatási szint alakulása az adott célcsoportban

5.3. Rehabilitáció, rekreáció, gyógyfürdő, gyógy-idegenforgalom

5.3.1. Intézkedés: Rehabilitáció (orvosi és társadalmi) fejlesztése, struktúrájának kialakítása, finanszírozási szempontjainak meghatározása

Intézkedés indoklása

A struktúra-átalakítás során megkülönböztetett figyelem szükséges a szociális és egészségügyi szféra közös határterületeinek kidolgozására.

A régióban több nagy forgalmú **traumatológiai osztály** működik. Sajnos a baleseti sérültek száma igen nagy. A sérültek életkora általában alacsony, ezért a munkaképesség visszaállítása alapkövetelmény. Az operált betegek mintegy 70%-a igényel műtét utáni rehabilitációt, melynek egy része ambuláns ellátás formájában megoldható. Adatok szerint a traumatológiai műtétek után 20-50%-ban elmarad a rehabilitációs kezelés! A rehabilitáció minősége és mennyisége a kezelt betegek jelentős részénél nem elegendő.

Döntően az **ortopédia** végzi a csípő- és térd endoprotézis műtéteket, melyek után elengedhetetlen a rehabilitációs kezelés, de egyéb ortopédiai műtéteknek is van rehabilitációs vonzata. A rehabilitációs kezelés esetleges elmaradása az igen drága és nagy rizikó-faktorral járó műtétek eredményét teheti semmissé.

Az **idegsebészet** a harmadik terület, melynek műtétei után (porckorongsérvek) nélkülözhetetlen a rehabilitációs kezelés. A betegek 20%-a igényli a rehabilitációs kezelést.

A fenti három szakterület beteginél elsősorban akut, korai rehabilitációs igény van, azaz a műtétek elvégzése után körülbelül 3 hónappal el kell kezdeni a rehabilitációt. A műtét által

létrehozott „anatómiai rekonstrukció” funkcionális kezelés nélkül, eredménytelen. Gyakran az akut rehabilitáció elmaradása miatt a betegek tartós krónikus kezelésre szorulnak.

A **krónikus rehabilitációs** ellátást igénylő betegek elsősorban a reumatológiai, ideggyógyászati betegek közül kerülnek ki. Ha az operált betegek korai funkcionális kezelése elmarad vagy elégtelen, szükségessé válik a krónikus rehabilitáció, ami ismételt kezelési igényt jelent az állapot megőrzése vagy javítása céljából. A műtétes szakmák néha kénytelenek rehabilitációs kezelésre felvenni korábban operált betegeiket és emiatt a műtetre váró betegek ellátása szenvedhet késedelmet.

Rehabilitáció természetesen nem csak a fent említett szakterületek, hanem valamennyi szakterület szempontjában fejlesztendő terület.

Operatív célok

A rehabilitáció célja: a közösségben való élet biztosítása.

A rehabilitáció lényegét a WHO 1980-ban, majd 2001-ben megfogalmazott definíciója határozza meg, mely szerint:

A rehabilitáció az a szervezett tevékenység, amelyet a társadalom biztosít a huzamosan vagy véglegesen fogyatékos vagy rokkant embereknek, hogy megmaradt képességeikkel ismét elfoglalhassák helyüket a közösségben.

A károsodások, fogyatékoságok és rokkantságok nemzetközi osztályozása (1980). Eszerint „fogyatékosági folyamatról” beszélünk, mely létrejöhet betegségek, balesetek és fejlődési rendellenességek hatására és beavatkozás nélkül ez a folyamat rosszabbodik.

Támogatandó tevékenységek

- **Akut (korai) rehabilitáció:** Jelentős előrelépés történhet a műtéten átesett, mozgásszervi funkciók károsodásával bíró betegek ellátásban. A műtétet pár hónappal követő akut rehabilitációs kezeléssel, az elvesztett izületi funkciók jó eredménnyel helyreállíthatók, ami csökkentheti a tartósan mozgáskorlátozottá váló egyének számát. Sikeresebb lehet a fiatal baleseti sérültek teljes rehabilitációja. Várhatóan csökken azon betegek száma, akiknél a drága műtéti beavatkozások „eredménye” a rokkantság megállapítása lesz. Mindezek komoly társadalombiztosítási költségmegtakarítást eredményeznek.
- **Krónikus rehabilitáció:** A krónikus mozgásszervi betegségekben időszakosan alkalmazott komplex kezelés tartós eredményességgel jár. Ez nemcsak azt jelenti, hogy a kezelést követően a betegek panaszai csökkennek, életminőségük javul, hanem hónapokon át kisebb a gyógyszerigényük, ritkábban keresik fel kezelőorvosukat, ami költségmegtakarítást jelent. A komplex kezelésekkal a műtéti beavatkozások is elkerülhetők, vagy késleltethetők, aminek szintén kiadáscsökkentő hatása van.
- **Rehabilitációs ambulancia:** A fekvőbeteg bázisra épülő, széleskörű ellátást végző ambulancia eredményesen végezheti a járó-betegek rehabilitációját olyan esetekben, amikor a beteg mozgása nem korlátozott, vagy fekvő beteg ellátást nem igényel.

Célcsoportok

- Veleszületett (öröklött vagy egyedfejlődés során szerzett) mozgásszervi betegségek

- Szerzett, mozgásszerveket érintő megbetegedések, mozgáskorlátozottsághoz vezető állapotai (baleset, degeneratív elváltozások, gyulladásos betegségek végállapotai)
- Fogyatékossgal, károsodással élő mozgásszervi betegek egészségének helyreállítása, károsodással élő mozgásszervi betegek minél teljesebb életminőségének biztosítása, munkaerőpiacra történő visszakerülésüknek segítése
- Rendszeres komplex rehabilitációs kezelést igénylő mozgásszervi betegek szűrővizsgálatok során kiemelt mozgásszervi betegek preventív rehabilitációja
- Hátrányos szociális körülmények között élők (romák, szegények), szociális helyzetének javítása a hátrányos helyzet szociálpolitikai eszközök alkalmazásával történő megszüntetésével
- Halmozott fogyatékossgal élő mozgásszervi betegek rehabilitációja

Horizontális elvek

A fenntartható fejlődés biztosítható azáltal, hogy az ellátás költségkímélőbb, a járóbeteg és otthoni szakápolás részaránya növekszik. A lakosság szélesebb rétegeinek elérhetővé válik a szolgáltatás. A rehabilitáció kapcsán a megmaradt képességek romlása megállítható, a betegek állapota helyreállítható, az életminőség javul, a rokkantság, a táppénz miatti kiesés mérséklődik.

Az egészségügyi ellátóhálózat szakmai struktúrája a szükségletekhez igazodik, mert a fekvőbeteg szakellátás aránya csökken, a járóbeteg ellátás szerepe erősödik, az otthoni ellátás bővülésével a lakóhelyközeli ellátás aránya nő. A gyógyító struktúra korszerűsödik.

Esélyegyenlőség javul azáltal, hogy a rehabilitációs szolgáltatások körének, rendszerének, feltételeinek javulásával, többen, megfelelő időben vehetik igénybe a szolgáltatást, ami a gyógyulási esélyeket javítja. A hátrányos helyzetű rétegek ellátásában az esélyegyenlőség mérséklődik. Tapasztalatok szerint ez a réteg a szolgáltatásokat kevésbé vette igénybe, mint a módosabb rétegek.

A komplex rehabilitációs rendszer kialakítása igényli a gyógyító intézmények (minden ellátási szinten) együttműködését, megfelelő kommunikációját, partnerség kialakítását feltételezi a szociális ellátás szakterületével, és munkaerő piac intézményeivel.

Projekt kiválasztási kritériumok

Meglévő intézmények bővítése, átalakítása komplex rehabilitációs egységekké, megfelelő gyógyító berendezésekkel, ápolási eszközökkel való felszerelése, információs eszközökkel való ellátása

Járóbeteg szakellátás rehabilitációs feltételeinek, szervezeti kereteinek, szervezési rendszerének bővítése, átszervezése

Alapellátás tevékenységi körben jól szervezhető a rehabilitációs tevékenység. Otthoni szakápolás teamjeinek létrehozása, rendszerbe kapcsolása, minősítési feltételeinek átdolgozása, minőségellenőrzésének folyamatos biztosítása. Az ellátás a lakóhelyhez közelebb viszi a szolgáltatást.

Személyi feltételek megteremtése, az átképzésbe, szakképzésbe bevontak számának növelése, gyakorlati képzés erősítése és komplex rendszerének biztosítása

Indikátorok

Ellátott rehabilitációs esetek száma rehabilitációs fekvőbeteg, járó betegellátó intézményekben, otthoni ápolás keretében

Aktív ágyak száma

Rokkantnyugdíjasok száma

Életminőség mutatók

Táppénzes napok száma

Teljes és részmunkaidőben foglalkoztatottak száma

5.3.2. Intézkedés: Gyógyfürdőfejlesztés, gyógy-idegenforgalom

Budapest és agglomerációja turizmusának nagy fejlődési lehetőséggel rendelkező területe az egészségturizmus. A főváros és a megye nemzetközi összehasonlításban is nagyszámú, bővizű, magas hőfokú termálvizet kínáló fürdővel rendelkezik, azonban az adottságok jelenleg elsősorban szezonálisan, és alacsony színvonalon vannak kihasználva.

Ez az ágazat, amely legjobb feltételekkel rendelkezik Magyarországon, hiszen a világ egyik leggazdagabb országa vagyunk gyógy- és termálvizek tekintetében.

Az emberek egyre egészségtudatosabbak, egyre több időt és pénzt fordítanak egészségük megőrzésére, illetve egyre inkább a természetes gyógytényezőket kívánják használni betegségeik orvoslásában. Ugyanakkor megfigyelhető, hogy egyre fiatalabb korosztályok is megjelennek igényeikkel a piacon.

A fürdőfejlesztések következtében a gyógyszállók és a fürdők kapacitása tovább bővül, de a konkurencia is jelentős mértékben erősödik. Akkor lehet ezeket a fejlesztéseket sikeresen elvégezni a piacon, ha az egészségturisztikai marketingre ugyanakkora súlyt fektetünk, mint magára a termékfejlesztésre. Nagyon fontos, hogy az egészségturisztikai kereslet mindenképpen színvonalas keresletet jelent, hiszen az emberek, bár többet költenek az egészségükre, a pénzükért várnak is valamit. Komplex termékeket, minőségi szolgáltatásokat keresnek, és az egyéni igényeiket szeretnék kielégíteni. Jól megkülönböztethető a fiatalok, a középkorúak és az idősek szegmense és érdeklődési köre.

A szolgáltatásokat úgy kell alakítani, hogy egy komplexumon belül lehetőleg markánsan elkülönüljenek az egyes célcsoportokhoz tartozó kínálati elemek (például a fitness előnyeit kereső fiatalok tömege és a gyógyászat miatt érkező idősek csoportjai ne zavarják egymást).

Természetesen egy fürdőhely több célcsoportot is kiszolgálhat, ehhez azonban nagy területre és éles fizikai elkülönítésre van szükség (a fürdőn kívül a csoportok továbbra is zavarhatják egymást, gondoljunk csak a zenés szórakozást kereső fiatalokra és a pihenni vágyó nyugdíjasokra). A piaci szegmentumokat nemcsak térben, de időben is el lehet egymástól különíteni. Jó példa erre a hajdúszoboszlói fürdő, amely a nyári időszakban egy családos, több generációnak élményt nyújtó fürdőként működik. Szeptember elsejével klasszikus gyógyfürdővé alakul át, amely az idősebb korosztály igényeit szolgálja ki. Ilyen megoldások is lehetségesek, és ezzel a szezonális gondjai jól kezelhetővé válnak.

Nagyon fontos, hogy legyen a fürdőnek jellege, és e jelleg szerint is végezhetünk szegmentációt. Magyarországon – a teljesség igénye nélkül – Miskolctapolca, Egerszalók és Hévíz más-más természeti környezettel várja az ideérkezőket, az építészeti jelleg meghatározó lehet például Parádsasvár, Hőgyész, illetve a Gyulai Várfürdő esetében. Hazánkban azok is megtalálják számításait, akik a történelmi, kulturális jellegzetességgel rendelkező fürdőket keresik (műemlékfürdők, török fürdők stb.). Fürdőink adottságait jól kihasználva kell ezen egyedi jelleget megőrizni, továbbfejleszteni a marketing munka során.

Magyarországon több olyan létesítmény van, ahol jelentős a külföldi vendégek aránya. Stabil vendégkört lehet kialakítani akkor, ha a szolgáltatásokat úgy alakítjuk, hogy azok a fő küldő ország nemzeti sajátosságainak megfeleljenek (ezt alapvetően a földrajzi elhelyezkedés határozza meg).

Fontos, hogy a vendégek nemcsak a fürdőt kedvelik, hanem szeretnek a fürdőzés után egyéb elfoglaltságot is találni, legyen szó akár kulturális, akár aktív kikapcsolódásról. A kapcsolódó szolgáltatások fejlesztésekor is ügyelni kell arra, hogy az adott célcsoport igényeinek megfelelően alakítsuk a kínálatot. Elengedhetetlen a szép környezet megteremtése is, a településen legyenek parkok, pihenőpadok, ivókutak, nyilvános WC-k.

A fürdő csak akkor lehet versenyképes, ha odafigyel a humán erőforrás képzésére, oktatására. Az Európai Unióhoz való csatlakozással a hazánkba érkező vendégek száma emelkedik (a nyugat-európai társadalombiztosítókkal való megállapodás esetén kimondottan emelkedhet az egészségturizmusban résztvevők száma).

A korábbi években elsősorban a vidéki fürdők fejlesztése történt meg, ugyanakkor a budapesti gyógyfürdők vannak a legelhanyagoltabb állapotban, ezért kiemelkedően fontos a főváros, mint fürdőváros fejlesztése.

A régiós marketingtevékenység kiemelt célja: Budapest világviszonylatban is kuriózumnak számító történelmi fürdővárosi arculatának erősítése.

Van egy figyelmen kívül nem hagyható kérdés, a támogatott gyógyfürdő-kezelések, illetve a gyógyszerellátás kérdése. A 100 milliárdot messze meghaladó gyógyszer-támogatás összegének töredékét teszik ki a mellékhatások nélküli természetes gyógymódok (nem ún. természetgyógyászat), tehát a gyógyfürdőkezelések, massage stb. támogatása. Az elmúlt évben az OEP által alkalmazott korlátozások miatt, az egyébként „felülről nyitott” gyógyfürdő támogatási keret tudomásom szerint mintegy 20%-a nem került (nem kerülhetett) felhasználásra, míg a gyógyszerkeretet tízmilliárdos nagyságrendben lépték túl. (Egyébként a gyógyfürdő támogatási keret a gyógyszerkeret kb. 2%-át teszi ki.)

A korrekt indikációk mellett biztosított gyógyfürdőkezelések nemcsak veszélytelenek, hanem számos szakmai publikáció tanúsága szerint gyógyszerköltség megtakarításához is vezetnek. Jelenleg a gyógyszergyárak és nagykereskedők agresszív tevékenysége áll előtérben. Ma sincs sokkal több osteoporosis, mint évtizedekkel ezelőtt, míg a gyógyszercégek egyre újabb és egyre

drágább készítményekkel állnak elő. A gyógyszercégek évente több mint 10 milliárd forintot költenek közvetlen és közvetett reklámra, míg az OEP által az állami költségvetésben meghatározott keretnél kisebb összeg kerül felhasználásra.

Javasolt célok:

- Egészségfejlesztő központok kialakítása. (Egészségnevelés, gyógyfürdő, úszás, torna stb. Ezek a legkönnyebben fürdőkhöz lennének kapcsolhatók.)
- A fővárosi gyógyfürdők rekonstrukciójának befejezése.
- Gyógyszállodák hálózatának bővítése, fejlesztése, gyógyszálláshelyek korszerűsítése.
- Az idényfürdő téliesítési lehetőségeinek felmérése. (Ehhez hozzá kell rendelni a tömegközlekedési feltételek javítását, utóbbi főleg a Palatinus és Csepel esetén meghatározó fontosságú.)
- Országos jelleggel felül kell vizsgálni a TB gyógyfürdőkezelési támogatási rendszerét. (Jelenleg a TB, az utalványos kezelések önköltségének alig felét téríti, a többit a készpénzes vendégek illetve a Főváros által nyújtott működési támogatás fedezi.)
- Kezdeményezni kell a gyógyfürdőtámogatásra és gyógyszer-támogatásra fordított pénzügyi keretek felülvizsgálatát.
- Az egészségügyi ellátás javítása érdekében a gyógyfürdőkbe kihelyezett illetve ott működő mozgásszervi rendelések feltételeit javítani, illetve számukat növelni célszerű.
- A jól bevált mozgásszervi nappali kórházak TB támogatási feltételeit is javítani szükséges.
- Megfontolandó egy budapesti fürdőmúzeum létrehozása, hiszen hasonló több helyen működik Európában (Olaszországban, Luxemburgban, Szlovákiában stb.)

Az intézkedés definíciója

Az egészségturizmus összefoglaló néven tartalmaz minden, az egészséggel kapcsolatos utazási típust. Az egészségturizmusban a látogatók alapvető motivációja az egészségi állapot javítása, azaz gyógyítása, illetve annak megőrzése és a betegségek megelőzése.

Átfogó cél: az egészségturizmus komplex fejlesztése a turisztikai és egészségügyi szempontok összehangolt érvényesítésével.

Az intézkedés indoklása

Az elmúlt években az egészségturizmus különböző formái egyre jelentősebb szerepet játszanak a világ turizmusában, ez a trend a közeljövőben fokozottan érvényes lesz a középkelet európai országok turisztikai kínálatára is. Magyarország hagyományosan az egyik legfontosabb szereplője az egészségturizmus nemzetközi piacának. A világon csak néhány ország mondhatja el magáról, hogy a hazaihoz hasonló jelentős termálvízkinccsel rendelkezik. Ennek az arculatnak a további erősítése érdekében az egészségturizmust fejleszteni kell, mert a hazai kínálat egyrészt hiányos, másrészt a szolgáltatások jelentős részének színvonala nem megfelelő.

Operatív célok

Minden olyan tevékenység támogatása, amelyek az egyedülálló adottságokra építve nemzetközileg is versenyképessé és sikeressé tehetik a Budapesti Agglomeráció egészségturizmust.

Támogatandó tevékenységek

- Termálvíz-beszerzés és fürdőfejlesztés lehetőségeinek feltárása
- Gyógyhelyek számának növelése, wellness szolgáltatásokat nyújtó üdülőhelyi kínálat kialakítása
- Gyógyszállodák és gyógyfürdők egymással párhuzamos, összehangolt fejlesztése, valamint új gyógyszálláshelyek kialakítása a turisztikai kereslethez igazodva
- Önálló, megkülönböztethető terület megteremtése az egészségturizmus célterületei számára
- Nemzetközi trendeknek megfelelő komplex létesítmények kialakítása (kínálatbővítés és specializáció), egészségfejlesztő központok kialakítása
- Arculatnak megfelelő humánerőforrás fejlesztés (egészségturisztikai szakemberképzés)
- Infrastruktúra-fejlesztés (fürdők felújítása; kiemelten a fővárosi gyógyfürdők rekonstrukciójának befejezése, idényfürdő téliesítési lehetőségeinek felmérése, közlekedési feltételek javítása)
- TB gyógyfürdőkezelés támogatási rendszerének felülvizsgálata
- A gyógyfürdőtámogatásra és gyógyszer-támogatásra fordított pénzügyi keretek felülvizsgálatának kezdeményezése
- A mozgásszervi nappali kórházak TB támogatási feltételeinek javítása
- Budapesti fürdőmúzeum létrehozása

Célcsoportok

Gyógyturizmus: a tipikusan természeti gyógytényezők (pl. gyógyvíz, gyógybarlang, mikroklíma stb.) épülő gyógyászati és turisztikai szolgáltatások között a fő hangsúly a gyógyászaton van. Az adott szolgáltatásokat elsősorban orvosi rendelvényre veszik igénybe. (Idősek)

Wellness turizmus: egy műszó, az átfogóan értelmezett (mentális, fizikai, biológiai) egészség összhangjának megteremtését célozza, és inkább kapcsolatos az életstílus megváltoztatásával, mint egy-egy konkrét betegség gyógyításával. Egyszerre célozzák a fizikai állapot és állóképesség javítását. (Fiatalok, középkorúak, családostok)

- Gyógy-turisták,
- wellness turisták,
- akik nem veszik igénybe e szolgáltatásokat.

Horizontális elvek

- Fenntartható fejlődés: gyógyvizeinkről tájékoztatás-nyújtás, valamint Magyarország iránti érdeklődés felkeltése; egészségi állapot javítása (gyógyítása) és megőrzése, egészséges életmódra nevelés
- Ésélyegyenlőség: a szolgáltatások mindenki számára hozzáférhetőek és elérhetőek legyenek
- Partnerség és kommunikáció: együttműködés a piaci versenytársakkal, termékek és szolgáltatások megismertetése, mind szakmai, mind fogyasztói körben
- A turizmus érdekeinek összehangolása a táji-környezeti adottságokkal és a helyben élők igényeivel: A gyógy- és rekreációs lehetőségek fejlesztése a turizmus és a helyben lakók igényeit egyaránt kielégítő, a település arculatát, identitását építő módon valósuljon meg, egyben a település (városrész, terület) turisztikai versenyképességét és jövedelemtermelő képességét növelő értéket is jelentsen.

Projekt kiválasztási kritériumok

- Egészségtudatosság
- Választási lehetőség
- Versenyképesség megőrzése
- Színvonal növekedése

Indikátorok

- Fogyasztói kör növekedése: az emberek egészségtudatosabbak, egyre több időt és pénzt fordítanak egészségük megőrzésére, a természetes gyógytényezőket részesítik előnyben, fiatalabb korosztály megjelenése
- Kínálat bővítése: a fürdők folyamatos felújítása, szolgáltatások fejlesztése
- Wellness turizmus iránti népszerűség növekedése
- A piacvezető országok tevékenységének figyelemmel kísérése
- Marketing stratégia

5.3.3. Intézkedés: Rekreációs - rehabilitációs központok kialakítása

Helyzetértékelés

A rekreáció fogalmába beleértjük a szellemi és fizikai teljesítőképesség (bővített) újratermelését szolgáló valamennyi tevékenységet, a szabadidő eltöltésének módjait, melyeknek ellátása, kielégítése a gazdaság adott szegmensén keresztül történik, melyet szabadidő-gazdaságként, illetve kulturális-gazdaságként határozunk meg. A rekreáció nem csak passzív, azaz szolgáltatások igénybevételét, vagy ismeretek befogadását jelenti, hanem tartalmazza az aktív ön- és közművelődést eredményező kreatív tevékenységeket is.

A rekreáció gazdasági és infrastrukturális hátterének megteremtése és működtetése a versenyképesség lényeges összetevője. Ugyanakkor mindennek a táji, környezeti, ökológiai adottságokkal való összehangolása – a régiókban élők mindennapi életéhez tapadó rekreációs igények olyan módon való kielégítése, hogy az növelje a régióban élés, illetve az itt tartózkodás kellemességének érzetét, valamint a térségi identitást, és a primer vonzerőn kívül ez is mind belső mind külső vonzerővel bírjon – jelenti a feladat összetettségét.

Jelen feladat, hogy a „klasszikusan” értelmezett idegenforgalom, a turizmus mellett a helyben lakók igényeit kielégítő, a település arculatát, identitását építő rekreációs lehetőségek fejlesztésére, ezek térbeli allokálásra úgy tegyen javaslatot, hogy az egyben a hely idegenforgalmi potenciálját növelő értéket is jelentsen.

Életminőség, zöldhálózat

A rekreáció és szabadidő-gazdálkodás színtereit úgy szükséges kialakítani, hogy azok a kistérségi (de a régió határain is átnyúló) zöldterületi rendszerekkel, ökoszisztémákkal mindenkor harmóniában álljanak, a természeti értékekkel való fenntartható gazdálkodás keretei között

A wellness (egészség és szépségmegőrzés) kultúra, és a kapcsolódó szolgáltatások a nagyarányú külföldi és a hazai kereslet kielégítése érdekében jelentős húzó erő lehetnek a régió rekreációs piacán.

1. Lokális értékekre, „gyökerekre” építő fejlesztés
2. Identitásfejlesztés (termék / helyszín / kommunikáció / népesség)
3. Alulról építkező fejlesztés (kezdeményezések gerjesztése, támogatása) befolyásoló, menedzselő támogatás
4. Program /Termékfejlesztés / Menedzsment Marketing
5. „Költésre bátorító” programok fejlesztése/támogatása
6. Ökoháló / Parkhálózat fejlesztés stb.
7. Integrált Karakter Egységek fejlesztése

A rekreációs tevékenységeket a táj, a környezet és a gazdaság kontextusában együttesen kell elhelyeznünk (alternatív energiaforrások, biotermesztés, gyógynövénytermesztés stb. bekapcsolása).

Rekreációs –rehabilitációs központ intézkedési terve (alternatív gyógyászat terén)

Az intézkedés definíciója

Olyan rekreációs - rehabilitációs központ(ok) létrehozása, ahol a hagyományos és alternatív gyógyászatot is megtalálhatjuk egy helyen. A holisztikus gyógyközpont a hagyományos orvoslás kiegészítéseként működne.

A holisztikus medicina az embert, mint egységet tekinti, amelynek csak egyik része a fizikai test. Azaz az egységnek a része, melynek működése nem választható el a lelki, mentális és szellemi síkaktól, valamint az energetikától és az információáramlástól.

Ezekben az intézményben fontos, hogy a hagyományos orvostudomány mellett helyet kapna az alternatív gyógymódok széles skálája is. Ezért az orvosi diplomához kötött természetgyógyászati eljárásokat éppúgy alkalmazhatunk, mint a nem orvosi végzettséggel rendelkezőket.

1. Orvosi diplomához köthető eljárások: Homeopátia, Manuálterápiás eljárások, Hagyományos kínai orvoslás, Arjuvédikus gyógyászat, Hagyományos tibeti gyógyászat, Vér oxigenizálódásán alapuló terápiák, Neurálterápiás módszerek, Méregtelenítő módszerek, Biorezonancián alapuló eljárások, Antropozófus módszerek, Diagnosztikai célú módszerek stb. ...
2. Nem orvosi diplomához köthető eljárások: Akupresszúra, Alternatív mozgás és masszázsterápia, Különböző energetikai módszerek, Kineziológia, Fitoterápia, Alternatív fizioterápia, Reflexológia, Szemtréning eljárások, Életmód-tanácsadás stb. ...

Átfogó cél: hogy a hagyományos orvoslás és az alternatív gyógyászat kiegészítse egymást, ezáltal az egészséget nem visszaállítani kell, hanem azt megőrizni. Alapvető célja, hogy az egészségi állapotot javítsa, illetve azt megőrizze és megelőzze a megbetegedéseket.

Az intézkedés indoklása

Az elmúlt években az egészségmegőrzés, a wellness különböző formái egyre jelentősebb szerephez jutottak nemcsak hazánkban, hanem világszerte. (Trendek)

Olyan központok létrehozása a cél, melyben orvosok és természetgyógyászok együtt és egymást kiegészítve tudnak dolgozni a test–lélek–szellem (holisztikus medicina) harmóniájában. Ahol az egészség nem csak a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota, és

nem csupán a betegségektől és a testi fogyatékoságoktól való mentességet jelenti, hanem a természettel harmonizáló testi, lelki, szociális, energetikai és életszemléleti dinamikus egyensúly állapota, jó közérzettel.

Az alternatív gyógyászat kiegészítő gyógymódként van a köztudatban. Az intézmény célja, hogy a komplementer medicina összes ága elérhető legyen, a nyugati és keleti gyógymódok egyaránt. Először azonban fontos lenne tudatni az emberekkel, hogy mit jelent az alternatív gyógyászat. (A természetgyógyászati kezelés célja a betegség valós okának kezelése és ez által a külső és belső harmónia helyreállítása.)

Lakosság körében egyre nagyobb igény van a „kíméletesebb”, alternatív gyógymódokra, azaz ha lehet, akkor elsősorban nem a gyógyszeres kezeléseket és a műtéteket választják az emberek, hanem természetes módon próbálják visszaállítani az egészségüket.

Ezeknek a központnak egy nagyon fontos előnye, hogy valóban mellékhatás mentesen alkalmazható az összes korosztály számára – a csecsemőkortól az idős korig – megtalálható és elérhető gyógymódokat tartalmaz.

Operatív célok

- Alapvető ellentét leküzdése az orvosok és természetgyógyászok között. (eloszlatni azt a téves hitet, hogy a természetgyógyászok és az alternatív gyógymóddal foglalkozók kuruzslók és csak az orvosok gyógyítanak)
- Tudatni az emberekkel, hogy mit jelent az alternatív gyógyászat (A természetgyógyászati kezelés célja a betegség valós okának kezelése, és ezáltal a külső és belső harmónia helyreállítása.)
- Nem csak egyfajta gyógymód alkalmazása a gyógyulás érdekében, hanem kiegészítő gyógymódok alkalmazása is segíthet
- Orvosi és nem orvosi diplomához kötött megelőző, gyógyító tevékenységek ellátása
- Szakképzett, folyamatosan továbbképzett személyzet alkalmazása
- Arculatnak megfelelő humánerőforrás fejlesztés
- TB támogatási rendszerének felülvizsgálata
- Önálló, megkülönböztethető arculat megteremtése
- Nemzetközi trendeknek megfelelő komplex létesítmények kialakítása (kínálatbővítés és specializáció), egészségfejlesztő központok kialakítása

Támogatandó tevékenységek

- A hagyományos orvoslás mellett holisztikus gyógyászat alkalmazása adott intézményen belül.

Az alternatív gyógymódok közül minden ágazat kiegészíthetne egy-egy kórházi osztályt.

Diagnosztikai központ, melyen belül megtalálható lenne az íriszdiagnosztika, IBR system, mely a test energetikai állapotát képes felmérni, Vega teszt, az allergia és candida szűrésre.

Pszichiátriát, pszichológiát kiegészíthetné pl. a kineziológia, a Bach virágterápia stb.

Addiktológiai központoknak is otthont lehetne adni ezen belül, melyben a fülakupunktúra és Bach virágterápia természetes segítséget nyújthatna a rászoruló bármilyen függőségben szenvedő betegeknek.

Ortopédia és reumatológia kiegészítéseként mindenféle mozgás és masszázsterápia. Mozgásterápia, pl. a jóga különböző ágazatai, táncterápia, tantra, chi-kung, tai-chi.

Masszázsterápia pl. svéd, kínai, yumeiho, thai masszáz, illetve kiropaktika, valamint a reflexológia-talpmasszázs is kiemelkedő szerepet kapna.

A szülészeti részleg mellett lehetne egy születésház, mely átmenetet adhatna az otthonaszülés és kórházi szülés között. Itt csakis alternatív módszereket alkalmaznának, gyógyszerek helyett homeopátiát, gyógynövényeket, illóolajokat, fájdalomcsillapításra akupunktúrát, borogatásokat, masszázst... stb. A születeket bábák mellett dúlák kísérik.

(Dúla – asszonytársi segítő, aki képzett laikus. A vajúdas teljes ideje alatt a kismama mellett van, különböző vajúdas és szüléskönnnyítő technikákat ismer és alkalmaz, valamint fájdalomcsillapítási lehetőségek tárházával rendelkezik.)

- Az intézményi feltételek biztosítása.
- Képzési programok a megfelelő humán erőforrás biztosítása érdekében.

Célcsoportok

Betegek: (gyógyulni vágyók) akik adott ellátásokat, szolgáltatásokat elsősorban orvosi rendelőre veszik igénybe, de gyógyulásuk elősegítése és gyorsítása végett az alternatív gyógy módokat is igénybe kívánják venni.

Betegséget megelőzni szándékozók: prevenciós jelleggel az egészség összhangjának megteremtését célozzák meg. Ide tartoznak az életstílus megváltoztatását, javítását vágyók is (fiatalok, középkorúak, családok)

Horizontális elvek

Fenntartható fejlődés: rekreációs - rehabilitációs központokról, intézetekről tájékoztatás-nyújtás, valamint igény, érdeklődés felkeltése; egészségi állapot javítása (gyógyítása) és megőrzése, egészséges életmódra nevelés.

Esélyegyenlőség: mindenki számára hozzáférhető és elérhető legyen, TB támogatás kiterjesztése.

Partnerség és kommunikáció: személyzet szakmailag felkészült, folyamatosan továbbképzett, empátikus képességekkel rendelkező.

Együttműködés a piacon elérhető kiegészítő wellness szolgáltatásokat nyújtókkal. Az intézet által kínált egészségügyi megoldások megismertetése, mind szakmai, mind fogyasztói körben.

Indikátorok

- Egészség-megelőzésben érdekelt körének növekedése (több időt és energiát fordítsanak egészségük megőrzésére)
- Plusz szolgáltatások felvétele (pl. életmód terápia, méregtelenítő kúrák végzése stb.) és népszerűsítése
- Nemzetközi színvonalú kiszolgálás és ellátás nyújtása (személyzet idegen nyelven is beszél)
- PR és marketing stratégia, hirdetés

6. MODELPROGRAMOK

6.1. Modellprogram javaslat: Egészségtudatos magatartás kialakítása

Cím

Az egészségtudatos magatartás kialakítása az iskola (I.), a felsőoktatás (II.) és a felnőttoktatás (III.) színhelyein.

Célterület

A modellprogram megvalósítása a fővárosban, a kerületekben, az agglomerációban és a kistérségekben célszerű.

Cél

Az adott fővárosi kerület, illetve agglomerációs kistérség oktatási rendszerében jelenjen meg az egészségnevelés, az egészségfejlesztés: az iskolákban az egészségfejlesztés hatékony oktatásával és gyakorlati megvalósításával, a felsőoktatásban önálló egészségfejlesztési tantárgy oktatásával, a felnőttoktatásban önálló egészségfejlesztési modul és média-üzenetek alkalmazásával.

I. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése a budapesti agglomeráció iskoláiban:

A hatékony iskolai egészségfejlesztés megvalósításának legalább 5 tanéven át tartó folyamatos anyagi támogatása (8.000 Ft/tanuló/tanév összeggel) azon iskolákban, melyek az egészségfejlesztés 4 szakmai alapfeladatát (egészséges táplálkozás, mindennapi testnevelés, személyiségfejlesztés, egészségtan oktatás) szakmai ellenőrzés mellett, minden tanulójuk részvételével és a szülők bevonásával megvalósítják.

II. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére:

A felsőoktatás részére egészségfejlesztési tananyagok kifejlesztése, és a felsőoktatási intézmények támogatása úgy, hogy legalább 5 tanévben folytassák az egészségfejlesztési modul oktatását minden hallgatójuk számára.

III. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is:

A felnőttoktatás részére egészségfejlesztési modul, a médiák részére média-üzenetek kifejlesztése, s ezek oktatásának/alkalmazásának előírása a fejlesztési támogatásokból részesülő felnőttoktatási szervezetek és médiák részére.

Tartalmi elemek

A fejlesztés háttere

I. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése a budapesti agglomeráció iskoláiban:

A 46/2003 (IV. 16.) OGY határozatnak megfelelően a Nemzeti Népegészségügyi Program részeként, a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság 2003. május 22-i, 2003. november 11-i, és 2004. március 2-i üléseinek döntései értelmében az Egészségügyi Minisztérium az illetékes tárcákkal (OM, GYISM, PM) és széles szakmai együttműködéssel megtervezte az iskolai egészségfejlesztési normatíva szakmai tartalmát, mutatóit, ellenőrzési módját és finanszírozását; valamint a BM döntése és útmutatásai nyomán elvégezte a megvalósításra kiválasztott 4 kistérség oktatási szakembereivel a szükséges szakmai egyeztetéseket. 2004. január 15-én az Egészségügyi Minisztérium a szakmai civil szervezetek részére tartott fórumon hozta először nyilvánosságra a tervet, melyen széleskörű egyetértést és várakozást tapasztalt. Az iskolai egészségfejlesztési normatíva terve szerepelt a tárca 2005. évi költségvetési tervezetében, majd onnan a Pénzügyminisztérium nyomására kikerült, s a szükséges forrás hiányában a terv azóta sem tudott elindulni a megvalósítás útján. A nyilvánvaló népegészségügyi szükségesség és a messzemenő és széleskörű egyetértés indokolja, hogy a Budapesti Agglomerációban elindítsuk a kész terv bevezetését.

A teljességre törekvő, egész iskolát bevonó hatékony iskolai egészségfejlesztés megvalósítása azonos a „Közös kincsünk a gyermek – Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program”, a WHO, az Egészséges Iskolák Európai Hálózata és az EU megfelelő szervezeteinek (beleértve a DG SANCO-t) szakmai törekvésével. A megvalósítást nyomon követő mutatók egy része a nemzetközi HBSC (Health Behaviour of School Children) vizsgálatban évek óta követhető értékekkel rendelkezik mind hazai, mind nemzetközi vonatkozásban.

II. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére:

Az egészségfejlesztési ismeretek oktatásának bevezetését a felsőoktatás egyik területén, a pedagógus-képzésben pályázati támogatással kezdte segíteni az Egészségügyi Minisztérium 2005-ben és 2006-ban. Ehhez az oktatási tananyagot 2004-ben és 2005-ben kidolgozta az erre felkért szakmai csoport, a tananyag a Medicina Kiadó gondozásában 2006-ban jelenik meg.

Az egészségfejlesztési ismeretek oktatásának beépítését az Egészségügyi Minisztérium az OKJ-s szakképzések mindegyikében el kívánja érni, ennek érdekében előrehaladott egyeztető munka folyik. Az oktatandó ismeretek differenciált összeállítása még nem történt meg.

III. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is:

A lakosság egészségtudatos magatartását a tömegtájékoztatási eszközök nagymértékben befolyásolják, ezért a népegészségügyi törekvések mindig tartalmazzák a megfelelő média-üzenetek eljuttatásának igényét. Az egészségügyi ágazatnak azonban nincs arra forrása, hogy a piaci áron megvásárolja az egészségfejlesztést szolgáló média-üzenetek megjelenését. Ezen segít, ha a fejlesztési keretből támogatott felnőttoktatás médiák általi megvalósításakor a

forrás-elosztó szervezet kritériumként tűzi ki a megfelelő egészségfejlesztési üzenetek közvetítését.

A fejlesztés tevékenységei

I. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése a budapesti agglomeráció iskoláiban:

A) A felkészülési tanévben:

A megvalósítás megkezdése előtt az iskolának egy tanév felkészülési idő áll rendelkezésére, melyben a felkészülési támogatást igénybe véve a pedagógusok elvégzik az elvárt szakmai feladatok teljesítéséhez szükséges akkreditált továbbképzéseket, és megtervezik az egészségfejlesztési feladatok beépítését iskolájuk működési rendjébe.

Az iskola felkészülése a 4 egészségfejlesztési alapeladatra az alábbi tennivalók (továbbképzések és szervezés) teljesítését igényli:

a. Egészségfejlesztési (modulszerű) tantárgy oktatása legalább 3 évfolyamon:

A normatívát igénybe vevő iskolától azt várjuk el, hogy ha van olyan pedagógusa, aki az egészségfejlesztés, egészségtan, mentálhigiéne témakörben szakirányú szakképzéssel rendelkezik, akkor ő tanítsa az egészségfejlesztési (modulszerű) tantárgyat, és ő koordinálja az iskola egészségfejlesztési programjait. Ha ilyen pedagógusa az iskolának nincs, akkor egy pedagógusa végezze el azt a 30 órás egészségfejlesztési pedagógus-továbbképző programot, melyet erre a célra a pedagógusképző felsőoktatási intézmények konzorciuma az **ESZCSM** támogatásával most fog létrehozni és Pilisborosjenőn akkreditáltatni; az így továbbképzett pedagógus oktassa az iskolában az egészségfejlesztést, és ő koordinálja az iskolai egészségfejlesztési programokat.

b. Egészséges táplálkozás (büfé, étterem):

A normatívát igénybe vevő iskolától azt várjuk el, hogy az iskolát ellátó büfével (ha van), valamint közétkeztető céggel úgy módosítsa megállapodását, hogy az OÉTI egészséges táplálkozásra vonatkozó ajánlásait teljesítse (minél jobban). E feladathoz a normatíva tervezett összege külön forrást nem tartalmaz. E feladat teljesítése szervezési feladat, a pedagógusok részére továbbképzési igényt nem jelent. A szülők és gyermekek megfelelő bevonására, tájékoztatására a környezetében adott szakember ad segítséget.

c. Mindennapi egészségfejlesztő testnevelés/ testmozgás:

Az itt szereplő szakmai elvárások kétféle továbbképzést kívánnak meg:

- általános testnevelési ismeretek azon tanítóknak, akik graduális képzésükben testnevelés műveltségterületet, illetve speciálkollégiumot nem végeztek (létező, 30 órás akkreditált továbbképzés);
- a gerinc egészséges fejlődését biztosító speciális tartásjavító torna rövid, ún. 4 órás oktatása minden testnevelő pedagógusnak (tanító és testnevelő szaktanár), és a teljes, 30 órás továbbképzés legalább egy testnevelő szaktanárnak (létező, 30 órás akkreditált továbbképzés).

d. Személyiségfejlesztés:

- Az egészségfejlesztő normatíva feladatainak végrehajtására készülő iskola valamennyi pedagógusa számára szükséges egy általános, az egész tantestületre vonatkozó, a lelki

egészséget központba állító, a személyközpontú pedagógiai módszerek alkalmazását segítő továbbképzés. A tantestület azon tagjai, akik munkájukban használják a játékot és a művészeteket, választhatnak ezen felül még egy modult a művészetek személyiségfejlesztő hatékonyságú alkalmazásáról (rajz, mese, zene, tánc, népi rítus, játék).

- MAP (Mentálhigiénés Alap Program) elvégzése legalább egy pedagógus részére (létező, 30 órás akkreditált továbbképzés).

Az egyes szaktanári továbbképzések lényegét az egész tantestület számára is át kell adni, hiszen több területen a pedagógusok mintaadó szerepe nélkülözhetetlen. Az iskola nem-pedagógus alkalmazottai részére az iskolaegészségügyi szolgálat felkészítőt tart, hogy ők is segíthessék munkájuk során az iskola egészség-céljait. Az Országos Gyermek-egészségügyi Intézet a kistérségek bekapcsolódó iskolái részére egy napos tájékoztatót tart a tantestület és az iskolaegészségügy hatékony együttműködésének segítése, valamint lényeges egészségügyi ismeretek átadása céljából.

B) A megvalósítási tanévekben:

A hatékony iskolai egészségfejlesztés megvalósítását támogató összeget azon iskolák kapják (tanulói létszámuk szerinti összegben), melyek megadott szakmai kritériumok szerinti szakmai ellenőrzés mellett, a teljes tantestület és a szülők bevonásával, minden tanulójuk részvételével teljesítik az elvárt 4 szakmai feladatot:

- a. egészségfejlesztési (modulszerű) tantárgy oktatása legalább 3 évfolyamon (az „Egészségfejlesztési alapismeretek pedagógusok részére” című egyetemi tankönyv /Medicina, 2006/ alapján);
- b. egészséges táplálkozás megvalósítása (büfé, étterem) az OÉTI ajánlásainak megfelelően;
- c. mindennapi egészségfejlesztő testnevelés/testmozgás minden gyermeknek (megadott egészség-kritériumoknak történő megfelelően, melyek között a gerincbetegségeket megelőző speciális tartásjavító torna végzése is szerepel);
- d. személyiségfejlesztés (személyközpontú pedagógiai módszerekkel és a művészetek /ének, zene, tánc, rajz, mese, játék, népi rítusjáték/ személyiségfejlesztő hatékonyságú alkalmazásával).

II. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére:

1. Tananyagok fejlesztése az Egészségügyi Minisztérium által a pedagógusképzés részére 2004-2005-ben kifejlesztett egészségfejlesztési alapismeretek alapján, a DE OEC Népegészségügyi Kar szakmai irányításával, az egészségtudományi területen képzést folytató egyetemek oktatóinak és szakértőinek bevonásával.
2. Oktatók képzése a felsőoktatásban oktató egészségfejlesztési alapismeretek oktatási módszeréről, a DE OEC Népegészségügyi Kar szakmai irányításával, az egészségtudományi területen képzést folytató Semmelweis Egyetem bevonásával.
3. Pályázat a felsőoktatási intézmények részére, mely a fentiek szerint elkészítendő egészségfejlesztési alapismeretek oktatásának megkezdését és legalább 5 éven át történő folytatását támogatja.

III. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is:

1. Tananyagfejlesztés a DE OEC Népegészségügyi Kar szakmai irányításával, az egészségtudományi területen képzést folytató egyetemek oktatóinak és szakértőinek bevonásával:
 - tananyagfejlesztés a felnőttoktatás egészére
 - az egészség-ismereteknek, egészség-üzeneteknek a médiumok megjelenési módjához illeszkedő elkészítése a médiumok felnőttképzési programjai részére.
2. A felnőttképzésben egészségfejlesztést oktató szakemberek felkészítése.
3. A fejlesztési támogatásokból részesülő felnőttképzések részére előírás az egészségfejlesztés oktatására.
4. A fejlesztési forrásokból támogatást nyerő, felnőttképzésben szerepet vállaló médiumok részére előírás az egészségfejlesztési ismeretek terjesztésére.

A fejlesztés célcsoportjai

A hatékony iskolai egészségfejlesztés megvalósítása az iskolában tanuló minden gyermeket, valamint a szülőket és a tantestületet érinti.

A felsőoktatásban megvalósuló egészségfejlesztési oktatás a felsőoktatásban résztvevő hallgatókat és oktatókat érinti.

A felnőttoktatásban megvalósuló egészségfejlesztési oktatás és médiaüzenetek a felnőttoktatásban részt vevő, valamint a médiumokat használó lakosságot érinti.

Menedzsment

Az egészségtudatos magatartás kialakítását szolgáló modellprogram mindhárom tevékenységi területének közös jellemzője, hogy a bizonyítottan hatékony, korszerű egészségfejlesztési ismeretek és készségek elsajátítását célozza meg. A bizonyítékon alapuló egészségfejlesztési tevékenységek megvalósításának feltétele, hogy olyan menedzsment segítse, mely a témában kellő jártassággal és felkészültséggel rendelkezik. Ennek érdekében célszerű létrehozni egy modellprogram-vezető munkacsoportot (munkacsoport-vezető és titkár, szakértők), mely biztosítja a megfelelő szakmai együttműködést a témához kapcsolódó különböző szakemberek és szakterületek között. A modellprogram-vezető munkacsoportnak együtt kell működnie a DE OEC Népegészségügyi Karral.

A hatékony iskolai egészségfejlesztés bevezetésének megvalósítási folyamatáról a WHO, az EU népegészségügyben érintett tanácsainak, valamint az Egészséges Iskolák Európai Hálózata tájékoztatása indokolt, mivel a hatékony iskolai egészségfejlesztés teljességre törekvő, egész iskolát bevonó megvalósítása mindezen szakmai körök törekvéseivel azonos.

A felsőoktatásban és felnőttoktatásban megvalósuló egészségfejlesztési oktatásról a WHO, valamint az EU népegészségügyben és oktatásban érintett tanácsainak tájékoztatása indokolt, mivel az „Egész életen át tartó tanulás”, a „Fenntartható fejlődés”, valamint az „Oktatás-képzés 2010” stratégiák céljainak megvalósítását innovatív módon segíti elő.

Ütemterv

I. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése a Budapesti Agglomeráció iskoláiban:

1. A hatékony iskolai egészségfejlesztés bevezetésének felkészülési tanéve a szükséges döntés megszületésének időpontjától függően lerövidülhet egy fél tanévre.
2. A megvalósítás teljes tanévekben történik: mint az egész iskola működését alapvetően befolyásoló programot legalább 5 tanévre kell tervezni.

A hatékony iskolai egészségfejlesztést valójában ennél hosszabb időben, vagyis az 5 éven túl is végezni kell, hiszen minden tanévben újabb évfolyamok kerülnek az iskolába, s az egészségfejlesztésre minden gyermeknek szüksége van. Ezért a jelen fejlesztési forrás igénybevétele után az iskolafenntartóknak kell folytatniuk az iskolai egészségfejlesztéshez szükséges feladatok szakmai ellenőrzés melletti finanszírozását.

II. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére:

1. Tananyag-fejlesztés: a döntést követő fél év.
2. A felsőoktatási intézményeknek pályázat kiírása: a döntést követő 1 év.
3. Oktatók képzése a felsőoktatásban oktató egészségfejlesztési alapismeretek oktatási módszeréről: a döntést követő 1 év.
4. Az egészségfejlesztési ismeretek oktatása a felsőoktatásban: a pályázati kiírást követő fél évtől kezdve folyamatosan, legalább 5 tanéven át.

III. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is:

1. Tananyagok és média-üzenetek készítésének támogatása: a döntést követő fél év.
2. Az egészségfejlesztés szakemberei részére továbbképzés szervezése a felnőttoktatásban oktató egészségfejlesztési alapismeretek oktatási módszeréről: a döntést követő 1 év.
3. A fejlesztési támogatásokból részesülő felnőttképzések, valamint a fejlesztési forrásokból támogatást nyerő, felnőttképzésben szerepet vállaló médiumok részére kritériumként történő előírás az egészségfejlesztési ismeretek/üzenetek oktatására/közvetítésére: a döntést követő 1 év.
4. Az egészségfejlesztési ismeretek/üzenetek oktatása/közvetítése a felnőttoktatásban és a médiában: a kritériumként történő előírást követő fél évtől kezdve folyamatosan, legalább 5 éven át.

Várható eredmények

I. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése a Budapesti Agglomeráció iskoláiban:

A hatékony iskolai egészségfejlesztés rendszerszerű megvalósítása bizonyítottan hatékony eszköze a krónikus, nem fertőző megbetegedések elsődleges megelőzésének, és ezzel együtt számos más, megoldandó társadalmi probléma kedvező befolyásolásának is:

- Iskolai tanulási képesség javítása
- Iskolai lemorzsolódás csökkentése
- Alkoholfogyasztás és dohányzás csökkentése és a kábítószer-fogyasztás egyetemes (más szóval elsődleges) megelőzése
- Bűnmegelőzés
- Társadalmi kapcsolatok javítása (kortársakkal, szülőkkel, pedagógusokkal)
- Önismeret és önbizalom javítása
- Érett, autonóm személyiség kialakulásának elősegítése
- Alkalmazkodókészség, stresszkezelés, problémamegoldás javítása
- Esélyegyenlőség és a társadalmi befogadás javítása, a társadalmi tőke növelése
- Munkaerő-piaci versenyképesség javítása.

II. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére:

A felsőoktatásban résztvevő hallgatók egészségmagatartása javul, képessé válnak döntéseik egészséghatásának megítélésére és figyelembe vételére, ezzel saját egészségüket, a rájuk bízottak egészségét, valamint a környezetet fogják védeni, és elősegítik a társadalmi befogadást, a társadalmi tőke és a versenyképesség növelését.

III. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is:

A felnőttoktatásban résztvevőknek, valamint a médiumok használóinak egészségmagatartása javul, képessé válnak döntéseik egészséghatásának megítélésére és figyelembevételére, ezzel saját egészségüket, a rájuk bízottak egészségét, valamint a környezetet fogják védeni, és elősegítik a társadalmi befogadást, a társadalmi tőke és a versenyképesség növelését.

Indikátorok

I. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése a budapesti agglomeráció iskoláiban:

Résztvevő iskolák száma. Résztvevő pedagógusok és egyéb iskolai dolgozók száma. Résztvevő iskolaegészségügyi szolgálatok száma. Résztvevő tanulók száma. Résztvevő szülői munkaközösségek száma. A szülők részvételét, bevonását biztosító iskolai programok száma. A szakmai ellenőrzésben résztvevő szakemberek száma.

A szakmai ellenőrzés megadott mutatók alapján elkészült jelentései.

A résztvevő iskolák tanulóinak egészségmagatartását és lelki egészségét jellemző mutatók alakulása (indulási értékek, 2 évenkénti felmérések értékei, a nemzetközi HBSC mutatók közül kiválasztva a legjobban alkalmazhatókat).

II. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére:

A felsőoktatás keretében egészségfejlesztési oktatásban részesülő hallgatók száma, a felsőoktatás részére készült tananyag forgalmazási adatai, a pályázó és nyertes felsőoktatási intézmények száma, a felsőoktatásban egészségfejlesztést oktató szakemberek száma. A felsőoktatásban résztvevők egészségmagatartásának jellemzői.

III. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is:

A felnőttoktatás keretében egészségfejlesztési oktatásban részesülők száma. Az elkészült egészségfejlesztési tananyagok/üzenetek a felnőttképzés, valamint a médiumok felnőttképzési programjai részére. A felnőttképzésben résztvevő egészségfejlesztési szakemberek száma. A médiumokban megjelenő egészségfejlesztési üzenetek száma és megjelenési gyakorisága. A felnőttképzésben részt vettek, illetve a média egészségüzeneteit megismerők egészségmagatartásának változása.

Készültség foka

I. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése a Budapesti Agglomeráció iskoláiban:

A tervet az Egészségügyi Minisztérium 2003-2004 során 4 nem Budapest-közel kistérség oktatási vezetőivel egyeztetve, így a terv megvalósításra készen áll. Kedvező döntés esetén a Budapesti Agglomeráció kistérségi oktatási vezetőivel és közoktatási intézmény-vezetőivel közösen kell kialakítani a résztvevő közoktatási intézmények körét. Ezt követően megkezdődhet a megvalósításban résztvevő kistérségek iskoláinak felkészülése. A felkészüléshez szükséges tanfolyamok egy kivételével mind rendelkezésre állnak (az egészségfejlesztési alapismeretekről szóló pedagógus-továbbképző program akkreditáltatása van egyedül hátra).

II. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére:

A felsőoktatás keretében történő egészségfejlesztési oktatás első tananyaga a pedagógusképzés részére 2004-2005-ben elkészült, a Medicina Kiadó gondozásában 2006-ban júniusban jelenik meg.

III. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is:

A pedagógusképzés részére elkészült tananyag adja a szakmai alapját a kidolgozandó egészségfejlesztési modulnak és üzeneteknek.

Felelős

A létrehozandó modellprogram-vezető munkacsoport felel azért, hogy az érintett szakmai szereplők részvételével, az elvárt egyetemi szakmai színvonal biztosításával szervezze és bonyolítsa a háromféle színhelyen megvalósuló egészségfejlesztési oktatást/tevékenységet, azok nyomon követését az indikátorok alkalmazásával, valamint a szakmai együttműködést az érintett nemzetközi szakmai szervezetekkel.

Partnerség

A megvalósításban résztvevő iskolák környezetében működő civil szervezetek, a gyermekek egészséges táplálkozását és testmozgását segítő vállalkozások és a helyi sajtó együttműködése növelheti a gyermekek és a szülők érdeklődését, figyelmét, s ezen keresztül segítheti a lakosság egészségtudatosságának javulását. A felsőoktatási és felnőttoktatási intézmények a környező civil szervezetek, vállalkozások bevonásával növelhetik a résztvevők érdeklődését, s ezzel egyidejűleg a lakosság körében terjedő ismereteket.

Költségigény

I. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése a Budapesti Agglomeráció iskoláiban:

- A. Az első, ún. felkészülési tanévben 5000 Ft/tanuló/tanév, ha az iskola vállalja, hogy a megadott szakmai feladatokat a megadott szakmai mutatók szerinti ellenőrzés mellett minden tanulója részvételével megvalósítja, s az első tanévben a szükséges felkészülést elvégzi.
- B. Minden további tanévben, melyben a résztvevő iskola vállalja, hogy a megadott szakmai feladatokat a megadott szakmai mutatók szerinti ellenőrzés mellett minden tanulója részvételével megvalósítja, 8000 Ft/tanuló/tanév, melyből 7000 Ft a heti 2 többlet testmozgás-foglalkozást vezető pedagógus munkáját, 1000 Ft pedig a szakmai ellenőrzést fedezi (melyet kistérségenként célszerű megszervezni).

A résztvevő iskolák körére vonatkozó döntés ismeretében kell pontosan megadni a szükséges forrást, a tanulónként megadott fenti összeg megfelelő szorzásával.

Pl. 20.000 tanuló részvétele esetén a felkészülési tanévben 100 millió Ft, a megvalósítás tanéveiben tanévenként 160 millió Ft forrás szükséges.

II. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére:

- 1. Tananyagok kifejlesztése. Vissza nem térítendő támogatás: 55 millió Ft.
- 2. Oktatók képzése a felsőoktatásban oktatandó egészségfejlesztési alapismeretek oktatási módszeréről. Vissza nem térítendő támogatás: tanévenként 20 millió Ft.
- 3. A felsőoktatási intézményeknek kiírandó pályázat. Vissza nem térítendő támogatás: tanévente 1500 millió Ft.

III. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is:

1. Tananyagok és média-üzenetek készítésének támogatása. Vissza nem térítendő támogatás: 55 millió Ft.
2. Az egészségfejlesztés szakemberei részére továbbképzés szervezése a felnőttoktatásban oktató egészségfejlesztési alapismeretek oktatási módszeréről. Vissza nem térítendő támogatás: 20 millió Ft.
3. A fejlesztési forrásból támogatást igénylő, felnőttoktatásban résztvevő szervezetek részére az egészségfejlesztési ismeretek oktatásának előírása (részvételi feltételként). Forrást nem igényel.
4. A fejlesztési forrásból támogatást igénylő, felnőttoktatásban résztvevő médiumok részére az egészségfejlesztési ismeretek/üzenetek közvetítésének előírása (részvételi feltételként). Forrást nem igényel.

Lehetséges források***I. A hatékony iskolai egészségfejlesztés elterjesztése a Budapesti Agglomeráció iskoláiban:***

A partnerként megnyerhető helyi vállalkozások nyújthatnak támogatást arculatuk formálásaként, társadalmi felelősségvállalásként. Ezen kívül a kábítószer-megelőzésre, bűnmegelőzésre, társadalmi befogadási programokra, a tanulás-képzés minőségének javítására, a tanulásból lemorzsolódás csökkentésére, a környezettudatosság növelésére fordított összegekből is érdemes bizonyos hányadot átcsoportosítani a hatékony iskolai egészségfejlesztés megvalósítására, hiszen ez az összes többi cél megvalósításának is bizonyítottan hatékony eszköze.

II. Korszerű egészségfejlesztési alapismeretek elsajátítása a felsőoktatásban résztvevők részére:

A Nemzeti Fejlesztési Terv emberi erőforrás-fejlesztési programjai közé illeszkedik a felsőoktatás minőségi fejlesztése, ezért az erre fordított források egyúttal segíthetik a korszerű egészségfejlesztési ismeretek beépítését a felsőoktatásba.

III. Egészségmagatartás befolyásolása a felnőttoktatás programjaiban, beleértve a médiákat is:

A Nemzeti Fejlesztési Terv emberi erőforrás-fejlesztési programjai közé illeszkedik az egész életen át tartó tanulás elősegítése, ezért az erre fordított források egyúttal segíthetik az egészségmagatartás befolyásolását a felnőttoktatásban (beleértve a médiákat).

A modellprogram illeszkedése a Budapesti Agglomeráció Kiemelt programjaihoz

A Humánerőforrás-fejlesztési Operatív Programban alapvető cél, hogy a munkaerő készségeit fejlessze, mely készségek között nyilvánvalóan alapvető az egyén minél jobb egészségi állapota, hiszen ez munkaképességének egyik fő meghatározó eleme. A hátrányos helyzetű társadalmi rétegek reintegrációja keretében komplex programok indításának terve szerepel, melyeknek az

iskolai egészségfejlesztés megvalósításához kell kötődniük ahhoz, hogy az érintettek bevonásának és a programok fenntarthatóságának problémája megoldást nyerjen. A környezettudatosság növelése külön intézkedési tervben szerepel; látni kell, hogy a környezettudatosság része az egészségtudatosságnak, a kettő egymást feltételezi. Ezért az iskolai egészségfejlesztés megvalósítása, valamint az egészségfejlesztési ismeretek beépítése a felsőoktatásba és a felnőttoktatásba egyúttal a környezettudatosságot is növeli.

A Környezetgazdálkodási Operatív Program is tartalmazza a környezettudatosság fejlesztését, itt is érvényes, hogy a környezettudatosság része az egészségtudatosságnak, a kettő egymást feltételezi. Ezért az iskolai egészségfejlesztés megvalósítása, valamint az egészségfejlesztési ismeretek beépítése a felsőoktatásba és a felnőttoktatásba egyúttal a környezettudatosságot is növeli.

A Gazdaságfejlesztési Programnak is részét képezi az egészséges és a szabadidősportok végzésére is alkalmas környezet igénye, ez jól illeszkedik az iskolai egészségfejlesztési programhoz és az egészségfejlesztési ismeretek felsőoktatásba és felnőttoktatásba építéséhez.

Az Egészségfejlesztési Program egyik alapcélja a lakosság egészségtudatosságának növelése, s ezt a célt szolgálja a hatékony iskolai egészségfejlesztés megvalósítása, valamint az egészségfejlesztési ismeretek beépítése a felsőoktatásba és a felnőttoktatásba.

Hivatkozások, adatforrások:

- Szent-Györgyi Albert: Az iskolai ifjúság testnevelése. Az előadás elhangzott 1930. november 22-én Szegeden, az Országos Testnevelési Kongresszuson; szövege megjelent: Testnevelés, 1930, 3. szám, 928–933. o., Testnevelés, 1937, 10. szám, 783–789. o.
- Skrabski Árpád – Kopp Mária: Társadalmi beállítottság, társadalmi tőke, in: Századvég, 1999, új folyam 12. szám, 128–146. o.
- „Egészség és gazdagság Európa fiatal generációjának, a megelőzés kihívásai”, EUSUHM Nemzetközi Konferencia, Budapest, 2001. (szerk: Kaposvári Júlia)
- „Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása”, in: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest, 2000, (szerk: Aszmann Anna). – Az eredeti angol nyelvű riport letölthető a www.ruhbc.ed.ac.uk/hbhc honlapról.
- „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása, Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat 'Nemzeti Jelentés', 2002”, OGYEI és NDI, Budapest, 2003. (szerk: Aszmann Anna).
- „Nemzeti Iskolaegészségügyi Konszenzus Konferencia, 2003. november 6., Háttéranyagok”, Budapest, 2003. (szerk: Kaposvári Júlia)
- „Egy pályázat utóélete, 'Az iskolás gyermekek jobb egészsége érdekében a mindennapos egészségfejlesztő testmozgás megvalósításának támogatására'” (KOMA XXXVII), kiadó: Dobos Krisztina, Budapest, 2002.
- „Egy pályázat utóélete, 'Az iskolás gyermekek jobb egészsége érdekében a mindennapos egészségfejlesztő testmozgás megvalósításának támogatására'” (KOMA L), kiadó: Dobos Krisztina, Budapest, 2003.

- Barkóczi Ilona – Pléh Csaba: Kodály zenei nevelési módszerének pszichológiai hatásvizsgálata. A Kecskeméti Kodály Intézet megbízásából, Kiadta a Bács Megyei Lapkiadó Vállalat, 1978.
- Sulyán Andrea: A zenei nevelés pszichológiai hatásvizsgálata általános iskola hatodik évfolyamában, szakdolgozat, ELTE BTK, Budapest, 2003. (Témavezető: Barkóczi Ilona)
- Hámori József: Az emberi agy aszimmetriái, Dialóg Campus Kiadó, Budapest – Pécs, 1999. Továbbá: Hámori József előadása a Psalmus Humanus Művészetpedagógiai Egyesület „Integrált művészeti nevelés az iskolában és a családban” című konferenciáján (Budapest, 2004. március 6.).
- Freund Tamás „Agyhullámok, memória-folyamatok és belső világunk” című előadása (Veszprémi Egyetem, 2001). Továbbá: Freund Tamás: Interneuron diversity: order emerging from chaos. Trend sin Neurosciences, 2003 (26), 9:453–514. o.
- Education and health in partnership. A European conference on linking education with the promotion of health in schools. Egmont aan Zee, 2002. szeptember 22–27. Conference report. International Planning Committee (IPC) 2002. (ISBN: 90-72796-07-2.)
- Meleg Csilla: Egész-ség – lelki egészségvédelem és iskolafejlesztés, Pécs, 2001.
- Symons, C. – Cincelli, B. – James, T. C. – Groff, P.: Bridging student health risks and academic achievement through comprehensive school-health programs, in: Journal of School Health, 1997, 67:6, 220–227. o.
- „Global strategy on diet, physical activity and health.” – a WHO 57. közgyűlésének WHA57.17. számú határozata (Genf, 2004. május 22.); elolvasható: www.who.int/gb
- Children and young people – the importance of physical activity, European Heart Health Initiative, Brussels, 2001. – Elolvasható: www.ehnheart.org
- „A new partnership for cohesion. Third report on economic and social cohesion.” – European Commission, 2004.
- „Report of the High Level Group on the future of social policy in an enlarged European Union.” European Commission, 2004.
- Kelemen Zsuzsa: Szociálpolitika az Európai Unióban, szakdolgozat, Pécsi Egyetem, 2004.
- Az Európai Unió Népegészségügyi Programja 2003-2008 (2002).
- Az Európai Unió Oktatás-képzés 2010 Programjának közös időközi jelentése (2004)
- Az Európai Unió Egészség- és fogyasztóvédelmi Programja 2007-2013 (2005)
- Az Európai Unió Egész életen át tartó tanulás Programja 2007-2013 (2005)
- Az Európai Unió Lisszaboni stratégiájának megújítása (2005)
- Az Európai Unió Egész életen át tartó tanúláshoz szükséges kulcskompetenciákról szóló ajánlástervezete (2006)
- Az Európai Unió Fenntartható fejlődés Stratégiájának felülvizsgálata (2006)

6.2. Modellprogram javaslat: Közösségi pszichiátriai ellátás

Címe

Közösségi pszichiátriai ellátás intézményeket kiváltó költség-hatékony, átfogó átszervezése és fejlesztése, több szakterület és szolgáltatás működésének integrálása.

Célterülete

Budapest és az agglomeráció.

Program céljai

- A jelenleg működő intézményrendszeren belül meg kell szüntetni a pszichiátriai ellátás „szegregációját”.
- Nappali kórház, a fekvő-beteg ellátó intézmény szervezeti egységéhez közel, a kórház munkaszervezetéhez integrálva, a kórházi teammel működtetve.
- Pszichiátriai gondozó hálózat létrehozása mobil krízis szolgálattal.
- A járóbeteg-ellátó hálózatot jelentősen fejleszteni kell, térben és időben jobb hozzáférhetőséget kell biztosítani, tekintettel arra is, hogy a pszichiátriai ellátásokat igénybe vevők az átlagnál rosszabb anyagi helyzetben vannak és lényegesen rosszabb concordance-ot mutatnak. Különösen nagyarányú fejlesztés szükséges a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, valamint a gerontopszichiátriai ellátás tekintetében.
- Egymásra épülő közösségi szociális ellátások létrehozása, a mentális zavarral küzdő személyek pszichoszociális támogatása, megfelelő protokollok kidolgozásával és összehangolásával.
- Konzultatív pszichiátria a fekvő- és járóbetegek számára társszakmák orvosaival való együttműködés keretében.
- Védett lakhatási programok az intézményes ellátások igénybevételének csökkenése érdekében, másrészt (re)habilitációs eszközként történő alkalmazása az önálló életvitelhez, önellátáshoz, öngondoskodáshoz szükséges készségek, képességek fejlesztésére a személyt a társadalomba (re)integrálása érdekében.

Tartalmi elemek

A fejlesztés háttere

A hazánkban is megjelenő, jogilag is garantált személyes szabadságjogokra épülő pszichiátriai ellátás ma olyan társadalmi és kulturális hatásokkal találkozók, amely a súlyos pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos betegképp újabb minőségi változását eredményezte. Amíg a terápiás közösségek mozgalmának időszakát az jellemezte, hogy felfedeztük, hogy a betegeinknek is vannak jogai, érzései, stb. (Lásd Kesey, Száll a kakukk fészkére c. regényét és a belőle készült filmet), ma egyre inkább előtérbe kerül az a szemlélet, hogy talán nem csak joguk lehet, hogy köztünk éljenek, de a pszichiátriai betegek – devianciájuk ellenére – akár értéket is jelenthetnek a közösségnek (ezt szemlélteti a Nash életéről készült, A csodálatos elme c. film is). Megítélésem szerint ez a társadalmi

és kulturális változás szorosan összefügg a közösségi pszichiátria intézményes gyakorlatának megjelenésével, és a szakmai betegségképünk újabb humanisztikus fordulatával. A szakmai munkánkban megjelenő betegségkép változásában ölt testet az a „szemléleti forradalom” a szakmai gondolkodásunkban, amelynek révén a pszichotikus tünetektől szenvedő embert „megfejthető, megérthető, tanulásra képes” tulajdonságokkal ruháztuk fel, ezáltal a szkizofréniában és más pszichotikus zavarban szenvedők terápiájának humanisztikus fordulatát megvalósítva.

A fejlesztés tevékenységei

A nagy pszichiátriai kórházak helyett kisebb osztályokat kell létrehozni általános kórházakon belül, ezzel biztosítva az integrált ellátást, minden pszichiátriai ellátóhely számára a fontosabb társz szakmák szolgáltatásainak gyors igénybevételi lehetőségét. Megfordítva, minden ellátóhely számára biztosítani kell a pszichiátriai szakellátás elérhetőségét, megfelelő szintű szaktudás és kompetencia birtokában lévő szakember gyors elérhetőségét.

A fekvőbeteg ellátásban az ellátási szükségletnek jobban megfelelő ágysztruktúrát kell kialakítani, az aktív-krónikus arányt javítani kell, a drágán üzemelő „szociális ágyakat” a szociális ellátórendszerbe kell áthelyezni vagy kettős finanszírozással kell működtetni

A decentralizált, általános ellátóhelyek fejlesztése mellett egyes speciális szolgáltatásokat igénylő betegcsoportok számára speciális szakellátás nyújtására alkalmas ellátóhelyeket kell kialakítani. Ide tartozik a sürgősségi ellátás, ezen belül a detoxikálást végző ellátóhelyek elkülönítése, különféle biztonsági fokozatoknak megfelelő osztályok, részlegek kialakítása és elkülönítése, forenzikus ellátórendszer kiépítése és elkülönítése, a „post partum” mentális zavarok, illetve az egyéb speciális problémák ellátására alkalmas „női osztályok” kialakítása, az addiktológia leválasztása, a differenciált ellátások megfelelően gyors hozzáférhetőségét biztosító betegutak kialakítása.

Az ellátás igénybevételével kapcsolatos egyenlőtlenségek csökkentése (hozzáférés, igénybevétel, minőség stb.). Külön kiemelendő ezen a téren a nagy városokban megfizethető, vidéken egyáltalán térben is hozzáférhető pszicho- és szocioterápiás ellátórendszer kiépítése.

A rugalmas, jól elérhető járóbeteg-szakellátás az általánosan válhat lehetővé, ha magánpraxisban dolgozó kollégák is nagyobb részt kapnak egy adott terület ellátásában, nyújthatnak például **konzultációs és kapcsolati szolgáltatást házi orvosok számára**, vagy részmunkaidőben kiszolgálhatnak szociális szolgáltatókat. A házi orvosokhoz közel vitt pszichiátriai szolgáltatás a depresszió időbeni kiszűrésének leghatékonyabb eszköze, ezáltal a szuicid prevencióhoz is hozzásegít (Ormai, Nemessuri megjegyzés: a tavalyi, Klinikával közös pályázatunk során napi 2 óra munkaidő-ráfordítással 130 új maior depr-ós beteget sikerült feltárni és kezelésbe venni a Józsefvárosban). Világszerte a pszichiátriai zavarok 80–90%-a nem jut el a szakellátásba, de a legtöbb beteg megjelenik a házi orvosnál, sőt, szuicid kísérlete előtt is a házi orvost keresi fel (Fekete). Ezért a házi orvoshoz kivitt szolgáltatás rendkívül hatékony és népegészségügyi jelentőségű pozitív hatást eredményezhet, amelyet magyarországi adatok is alátámasztanak. A házi orvos, vagy a szociális szolgáltató „vásárolhassa meg” a pszichiátria szaksegítségét. Ezáltal válik a rendszer rugalmassá, elérhetővé és verseny alakulhat ki a pszichiátriai ellátók között is. Mindennek elsősorban vidéken van nagy jelentősége, ahol a „hivatalosan” igénybe vehető pszichiáter akár több 10 km-re van a házi orvostól.

A közösségi alapú ellátó hálózat elemei

Pszichiátriai gondozó hálózat mobil krízis szolgálattal

A közösségi alapú ellátás alapintézménye a pszichiátriai gondozók hálózata, amelyek pszichiátriai járó-beteg szakellátást végeznek, ide értve a szükségletnek megfelelően hozzáférhető pszichoterápiás ellátást is. A gondozó egyesíti a szakambulancia és szakgondozás speciális és egyedi munkamódszereit. A jelenlegi gondozóhálózat fejlesztése során a jelenlegi, túl nagy ellátási körzeteket lényegesen csökkenteni, a dolgozók létszámát jelentősen növelni kell, ugyanakkor a krízisellátás, a szociális ellátás egyes elemeit a beteg közvetlen lakókörnyezetébe kell áthelyezni a gondozó intézményéből (esetmenedzser-szemlélet). Ilyen jellegű ellátás már ma is létezik, példaként a védőnői hálózat vagy a szociális ellátórendszerben a falugondnoki, családsegítő, illetve közösségi pszichiátriai hálózat említhető.

A gondozóközpont keretében működő mobil krízisszolgáltatás olyan multidiszciplináris munkacsoportban valósítható meg, amelyben szociális munkás, pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés szakember, családgondozó vesz részt, az aktuális szükségletnek megfelelően.

Célja, hogy a pszichés, pszichoszociális, egzisztenciális krízisben lévő és hozzátartozóik saját közegükben kapjanak minél hatékonyabb segítséget, megelőzve ezzel a krízisállapotok szövődményeit, ide értve az öngyilkosságot és az intézményes elhelyezést is. A krízisszolgálatoknál dolgozó problémamegoldásban, szociális segítségben is jártas szakemberek segíthetnek abban, hogy kevesebb krízis „medikalizálódjon”, azaz váljon „kezelendő betegséggé”. A szociális ellátásban bővíteni kell a krízis-fektető, átmeneti intézmények kínálatát, ahol pl. abuzált családok, bántalmazott emberek stb. menedéket találhatnak.

Közösségi szociális ellátások

Ezeket a hatályos jogszabályok az alapellátások között említik. Ide tartozik a szenvedélybetegek és a pszichiátriai betegek közösségi ellátása, amely a települési önkormányzatok kötelező feladata. A települési önkormányzatok igen jelentős része mulasztásos törvénysértésben van e tekintetben. A szolgáltatás lényege a mentális zavarral küzdő személyek pszichoszociális támogatása, a személy környezetének mobilizálása abból a célból, hogy a személyt (re)integrálja, illetve megtartsa saját közegében.

A gondozó medikális jellegű szolgáltatásai, illetve ezek a szolgáltatások akkor hatékonyak, ha egymásra épülnek. Az együttműködés, a feladatmegosztás kialakításához az egészségügyi, illetve szociális ellátási protokollok, egyéb szakmai iránymutatások összehangolására van szükség. Ehhez a két ellátórendszer szakmai vezető testületeinek (MPT, Kollégium stb., illetve az Országos Módszertani Központ) folyamatos együttműködésére van szükség, felmerül az erre hivatott közös testületek létrehozása is. Szükséges az ellátások kooperációját, együttműködését akadályozó, de legalábbis nem segítő szabályozási keretek, illetve a finanszírozási mechanizmusok átalakítása is.

Nappali kórház

Akut nappali kórház működtetése a fekvőbeteg-ellátó intézmény szervezeti egységéhez közel, a kórház munkaszervezetéhez integrálva, a kórházi teammel működtetve. Célcsoport: akut, szubakut pszichiátriai betegek. Tevékenységei: akut biológiai ellátás, közösségi ellátás felé irányítás, család bevonása, felkészítése.

Krónikus nappali kórház működtetése a kórházi infrastruktúrától területileg nem túl messze. Célcsoport: krónikus súlyos pszichiátriai betegek. Tevékenységei: bio-, pszicho – szociális gondozás – ápolás, pszichoterápia, rehabilitáció.

A nappali ellátás drágább, mint a közösségi ellátás és rehabilitáció, ezért azon betegek számára indikálható, akik a közösségi gondozás keretében nem kezelhetők eredményesen, vagy biztonságosan, pl. visszaesést mutat az állapotuk, vagy krónikusan ápolásra szorulnak.

Nappali ellátást nyújtó szociális intézmények

Ide tartozik a pszichiátriai betegek nappali intézménye, illetve a szenvedélybetegek nappali intézménye. A családsegítő szolgálat feladatai a szociális és egyéb információk adatok gyűjtése az ellátást igénybe vevő megfelelő tájékoztatása érdekében; pszichológiai, jogi és egyéb tanácsadás; segítségnyújtás az egyének, a családok kapcsolatkézségének javításában. A nappali intézmények elősegíthetik a krónikus, de folyamatos egészségügyi ellátást, illetve felügyeletet nem igénylő pszichiátriai, illetve addiktológiai problémákkal élők rehabilitációját elsősorban önszerveződő és önszervező közösségek és programok serkentésével. A nappali intézményeknek is preferálniuk kell a közösségi rehabilitációs formákat, a természetes közösségi erőforrások használatát, az intézménynek nyitottnak kell ennie a lakosság, a helyi közösség felé. A nappali intézmények ugyanakkor kevésbé költséghatékony ellátást képviselnek a közösségi gondozáshoz képest, ezért pontosan meg kell határozni ezen ellátások indikációit, és kerülni kell az alacsony küszöbű igénybevételt a nappali gondozás tekintetében.

Konzultatív pszichiátria

A konzultatív (liaison) pszichiátria általános célja: optimális pszicho-szociális ellátás biztosítása az egészségügyi ellátórendszer nem pszichiátriai ellátást igénybe vevő fekvő- és járóbetegei számára társszakmák orvosaival való együttműködés keretében. Ebben a keretben fő feladatai a nem pszichiátriai ellátásban részesülő, mentális zavarban szenvedő betegek korai felismerése, kezelésbe vétele, segítségnyújtás a „szomatikus” ellátásban részesülő betegek pszichés problémáinak kezelésében, legáltalánosabban a betegeket kezelő (nem pszichiáter) orvosok, szakemberek számára szakmai (diagnosztikus, terápiás stb.) segítség nyújtása. A háziorvosi konzultációs és kapcsolati pszichiátriai és addiktológiai szolgáltatás országos kiterjesztése népegészségügyi jelentőségű, a járóbeteg-ellátásnál tárgyalta. A kapcsolati munka lehetővé teszi, hogy a háziorvos készségei, önálló aktivitása javulhasson a pszichiátriai zavarok kezelésében, ezáltal a pszichiáter „hatósugara” kiterjedjen. **Másik hatékony eleme ennek a szolgáltatásnak, hogy a pszichotikus zavarok esetében a korai szűrés hasonló jelentőségűvé kezd válni, mint pl. a vaszkuláris betegségek vagy a daganatok esetében** (McGorry, 2005). A háziorvos és a közelében dolgozó pszichiáter nagy lépést tehet a korábbi felismerés érdekében, amely akár több évvel korábbi kezelésbe vételt eredményezhet és jobb prognózist ezen kórképeknél. Mindez a közösségi gondozás és ellátás mellett e betegcsoport ellátásának kulcseleme.

Védett lakhatási programok

Céljuk egyrészt, hogy az intézményes ellátások igénybevétele csökkenjen, másrészt (re)habilitációs eszközként az önálló életvitelhez, önellátáshoz, öngondoskodáshoz szükséges készségek, képességek fejlesztésével a személyt (re)integrálja a társadalomba, ide értve azt is, hogy az ellátásban részesülő személy szociális segítséggel megteremtse saját lakhatási feltételeit. Ide tartoznak a védett lakások, védett bérlemények azok számára, akik megfelelő felkészítéssel, önállóság megteremtésével képesek védett körülmények közé kiköltözni az intézményekből.

Az önálló életvitelre való képesség kialakítását szolgálja a pszichiátriai betegek lakóotthona, vagy az átmeneti intézmények, amelyek egy közbenső „lépcsőfok” az intézményi élet és a teljes közösségi integráció között. Hosszabb távon minden lakhatási támogatást igénylő pszichiátriai beteg számára – állapotához szabott támogatást biztosító – kiscsoportos lakhatási lehetőségeket kell megnyitni a szociális otthonok helyett.

Az egészségügyi forrásképző és -elosztó rendszerek korszerűsítése

A medikális ellátások terén a valós emberi erőforrás- és időigény kell elismerni a finanszírozásban, különös tekintettel a pszicho- és szocioterápiára. A fekvőbeteg-ellátás végső megoldásként kezelése feltételezi az egyes kasszák közötti átjárhatóság és transzparencia megteremtését, a fekvőbeteg ellátás preferenciájának kiküszöbölését. Megfelelő minőségű szakmai protokollokon alapuló, a hazai viszonyokra adaptált, bizonyítékokon alapuló finanszírozási protokollok létrehozása és működtetése a költség-hatékony működés fontos előfeltétele.

A finanszírozásban elképzelhető egy olyan irányú átalakítás, amelynek keretei között a felhasználók – legalább részben – mint vásárlók lépnek fel, az általuk preferált szolgáltatások kapnak forrásokat, a nem preferáltak pedig nem. Ilyenformán a szolgáltatóknak nem a biztosítónál, az önkormányzatnál, esetleg a minisztériumoknál kell lobbizniuk befogadásért, nagyobb pontértékekért, normatíváért stb., hanem közvetlenül a felhasználóknál a szolgáltatás igénybevételéért.

Célcsoportja(i)

A magyar lakosság demográfiai folyamata az idősök részarányának növekedését mutatja, amely együtt jár az idősödéssel járó mentális problémák növekedésével. Világméreteken az urbanizáció, stressz, zaklatott életvitel következtében növekszik a depressziós megbetegedésekben szenvedők száma. Magyarországon a pszichés zavarok száma jelentős növekedést mutat. Magas az alkoholfogyasztás, dohányzás, növekszik a drogfogyasztás. Tisztázatlanok a szociális és egészségügyi ellátás kompetenciái, a rászorultak nem jutnak időben ellátáshoz. A pszichotikus betegek az ellátáshoz való késői hozzájutás miatti gyógyulási esélyei kedvezőtlenebbek. A társadalmi integráció esélyei is rosszabbak. A gyógyítás kórház centrikus, így nem tudja hasznosítani azokat az erőforrásokat, amelyek a szociális és civil szférában rendelkezésre állnak és megfelelő szervezéssel és szabályozással mozgósíthatók lennének.

- Célcsoport az idősödés miatt mentális és pszichés zavarokban szenvedők lélekszáma
- Az alkohol, drogfogyasztók, veszélyeztetett fiatalok
- Perifériára szorult hátrányos helyzetű emberek
- Egyéb súlyos betegségben (főleg daganatos megbetegedésben) szenvedők

Menedzsment

Tárcaközi együttműködést szervező szakértői munkacsoport létrehozása szükséges, amely pszichiátriai, finanszírozási és szociális, valamint munkaügyi szakemberekből áll, meg tudja tenni a szükséges lépéseket, ha megfelelő erővel képes a lobbierdekeket kezelni.

A szakmai intézkedés több szolgáltatási szakterületet (egészségügyi intézményen belül az aktív, krónikus rehabilitációs fekvőbeteg ellátást, alap- és járóbeteg-szakellátást, gondozói ellátást, szociális ellátást, munkaügyi szolgáltatás) és finanszírozási területet érint ezért jelentős koordinációs és szervezési feladatokat kell megoldani.

Az intézményrendszer átalakulása megkezdődött, nem szükséges mindent újra kezdeni. Megfelelő ösztönzőkkel és átgondolt, összehangolt szabályozással a változások megvalósíthatóak. A pszichiátria felkészült a változásokhoz szükséges szakmai ismeretekkel kapcsolatban, a szociális és munkaügyi szférában már megkezdődtek a kívánatos változások.

Ütemterv

A modellprogram javaslat középtávú időszak alatt valósítható meg:

- | | |
|---|--------------|
| • Tervezés: Ellátó struktúra, humánerőforrás feltérképezése az egészségügy és szociális ellátás területén | 1 év |
| • Szervezés, képzés, tárgyi feltételek kialakítása, beruházások, műszerbeszerzések lebonyolítása | 2 év |
| • Kivitelezés: Szakmai program beindítása | 1 év |
| • Protokollok kidolgozása, bevezetése | 1 év |
| • A modellprogram megvalósítási folyamat minden szakaszának ellenőrzése, szakmai munka minőségellenőrzése | folyamatosan |

Várható eredmények

- A suicidiumok csökkenése
- A korai halálozás csökkenése
- Életminőség javulása
- Az öngyilkosságok számának csökkenése
- Gyógyszerfelhasználás csökkenése
- A pszichiátriai aktív és krónikus fekvőbeteg ellátás ápolási napjainak csökkenése
- A társadalmi integráció következtében a foglalkoztatási szint javulása az adott célcsoportban

Indikátorok

- A suicidiumok alakulása
- A korai halálozás alakulása
- Életminőséget kifejező Qaly és Daly mutatók
- Az öngyilkosságok számának alakulása
- A pszichiátriai aktív és krónikus fekvőbeteg ellátás ápolási napjainak alakulása
- Gyógyszerfelhasználás alakulása
- A társadalmi integráció következtében a foglalkoztatási szint alakulása az adott célcsoportban

Felelős

Minisztériumok.

A megalakuló tárcaközi bizottság felelős azért, hogy a különböző szolgáltatási ágak között megfelelő szakmai együttműködés alakuljon ki, együttesen határozzák meg a szakmai programot.

Szakmai kollégiumok az egyes szakellátási intézmények és feladatok szakmai kompetenciáinak összehangolásáért.

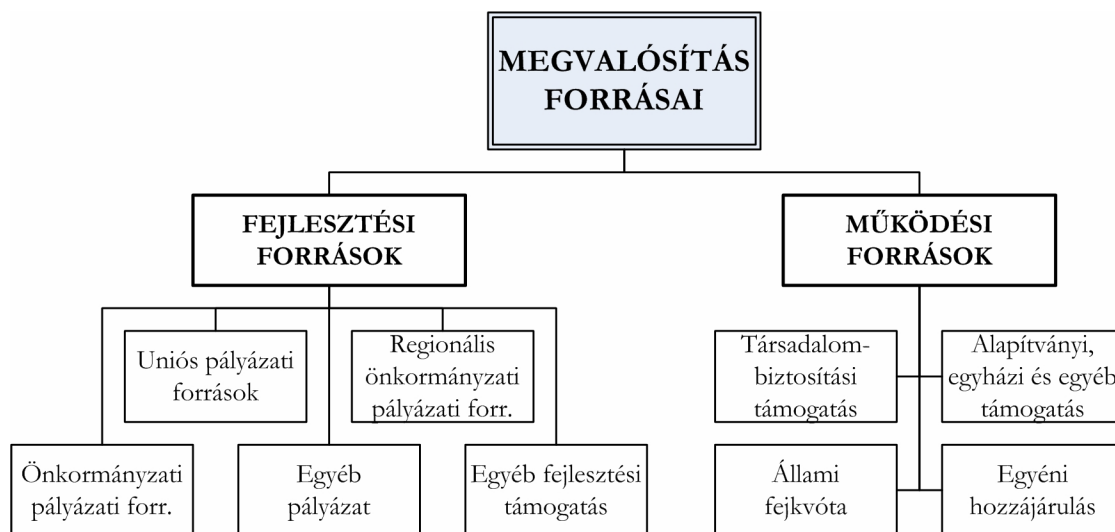
Az intézményvezetők felelősek a szakmai programban meghatározott feladatok lebonyolításáért, az együttműködés biztosításáért

BAFT a Közösségi Pszichiátriai Ellátás projekt lebonyolításáért, szervezéséért

Partnerség

Széleskörű partneri együttműködés kialakítását tervezzük:

- Főhatóságokkal (egészségügyért, szociális ellátásért, ifjúsági ügyekért, munkaügyi kérdésekért felelős szaktárcákkal)
- Tárcaközi bizottsággal
- Fővárosi, kerületi, regionális, helyi önkormányzatokkal
- Egészségügyi és szociális alap- és szakellátást nyújtó ellátókkal
- Civil szervezetekkel
- Egyházakkal



- Önkéntes segítőkkel
- Médiaival

Költségigény

Amerikai példák, illetve kutatások szerint **a beindítás a jelenlegi egészségbiztosítási költségvetési előirányzatok megduplázását igényli, 3 éven belül az átállást követően a projekt költség-hatékonnyá válik és a ráfordítások hosszútávon, megtérülnek.** A források jelentős része már most is rendelkezésre áll, az ellátás finanszírozására fordítódik más-más szakterületeken, ezeknek, a forrásoknak az átcsoportosítása szükséges.

Lehetséges források

Társadalombiztosítási Alapból származó forrás, önkormányzati forrás, uniós pályázati támogatás, egyéb regionális, kistérségi, önkormányzati pályázati forrás, lakossági hozzájárulás, civil szervezetek támogatása, munkaügyi alapból történő támogatás.

A program illeszkedése a Budapesti Agglomeráció Kiemelt Programjaihoz

A közösségi pszichiátriai ellátás szakmai programja illeszkedik a Budapesti Agglomeráció Kiemelt programjaihoz, hozzájárul azoknak hosszú és középtávú fejlesztési céljainak megvalósításához. Korszerűbb, hatékonyabb a szükségletekhez jobban igazodó intézménystruktúrát hoz létre. Javítja az esélyegyenlőséget, hozzáférhetőséget, ugyanakkor érvényesül a szubszidiaritás elve is. Szélesebb kör részére nyújt szolgáltatást. Többféle forrásra támaszkodik, figyelembe veszi a szolgáltatásban részesülők öngondoskodó képességét és az erőforrások mozgósítása révén nyerhető eredményeket.

A Humánerőforrás operatív program céljainak megvalósításához közvetlenül kapcsolódik, mert a lakosság biológiai és mentális egészségi állapota, foglalkoztatási szintje javul.

Közvetetten kapcsolódik – a lakóköznyezethez közeli ellátások biztosításával – a Környezetgazdálkodási Operatív Programhoz és a Gazdaságfejlesztési Programhoz.

A modellprogram összhangban van a Nemzeti fejlesztési Tervvel és Nemzeti Egészségfejlesztési programmal.

6.3. Modellprogram javaslat: Egynapos sebészet

Címe

Egynapos ellátások (egynapos sebészet, kúraszerű ellátás) fejlesztése

Célterülete

A központi régió egészségügyi szubrégiós beosztása szerint szubrégióként legalább 1 projekt a központi területen egy kórházhoz kapcsolódó egynapos sebészeti egység kialakításával és 1 vagy 2 projekt az agglomerációs területen egy szakorvosi rendelőintézethez kapcsoltn, melynek ellátási területe túlnyúlhat az agglomeráció határain a szubrégió távolabbi részeire is.

Program céljai

Egynapos sebészet kialakítása vagy kórházhoz, vagy szakrendelő intézethez kapcsoltn, ennek eredményeként a lakossághoz közelebb vinni az ellátást. Ennek eredményeként csökkenthető az aktív kórházi ágyak száma is. A jelenlegi finanszírozási rend mellett olyan esetek is kórházi ellátásra kerülnek, amelyek fekvőbeteg ellátást nem igényelnek. A bennfekvés munkából való kieséssel, jövedelem-kieséssel jár. A vállalkozói szféra számára megéri az időmegtakarítás ellentelezése, az pedig mindenki számára előny, hogy kisebb az esély a csak nehezen és drágán kezelhető kórházi fertőzések fellépésére. A projektek helyszínének kijelölése során a rendelkezésre álló szakképzett emberi erőforrás és a várható kapacitás-kihasználási mutatók vizsgálata szükséges.

Tartalmi elemek

A fejlesztés háttere

A Fővárosban jelentősen több kórház és kórházi ágy található, mint az agglomerációban. Ezek egy részének krónikus ágygá való átminősítése, megszüntetése vagy egynapos ellátó helyé alakítása lenne szükséges. Az agglomerációban a hátrányok megszüntetésére a szükségletekhez szabott kórházi fejlesztés és a kórházhoz kapcsolódó, valamint az önálló szakrendelőkben létesítendő egynapos sebészet és a kúraszerű ellátások rendszerének kialakítása lenne indokolt.

A fejlesztés tevékenységei

Kórházakban a meglévő műtői kapacitás kihasználásával/fejlesztésével az egynapos sebészeti építészeti infrastruktúrájának (beleértve a recepciót, az előkészítőt, a különböző szintű ébredőszobákat és az adminisztratív helyiségeket) kialakítása. Szakrendelő Intézetekben az egész egynapos sebészeti komplexum kialakítása.

Célcsoportja(i)

Egynapos sebészeti ellátásra a lakosság azon hányada alkalmas, mely betegségei, életkora vagy szociális háttere figyelembevételével önmaga ellátására jelen betegsége ellenére is képes, megoldható otthoni megfigyelése, nem él egyedül. Viszont áttételesen ez a fejlesztés érinti a lakosság többi részét is, mivel így a kórházakban csökken a zsúfoltság. Az egynapos sebészet lényege, hogy nem csak sebészet, hanem multidiszciplináris ellátási forma, beleértendő az egynapos formában végezhető sebészeti, nőgyógyászati, szemészeti, fül-orr-gégészeti, urológiai, ortopédiai, bőrssebészeti ellátás. Nem értendő bele az akut ellátás, az egynapos sebészetben csak tervezett műtétek végezhetők. Az akut sebészeti kórkép kórházi ellátást igényel.

Menedzsment

A kórház vagy a rendelőintézet(ek) menedzsmentje a fejlesztési elképzelés vezetésére és megvalósítására alkalmas. A működéshez szükséges szakemberek egyrészt a kórházban dolgozó szakemberekből munkaszervezéssel kerülhetnek ki, másrészt a más intézményben dolgozó, az egynapos sebészetben csak 1–1 napon részt vevő közreműködőkből állhatnak rendelkezésre.

Ütemterv

A tervezés és pályázat elkészítése 6 hónap, pályázat elbírálás 3–5 hónap, közbeszerzési eljárás kb. 4–6 hónap, megvalósítás 5–6 hónap, összesen 18–23 hónap.

Várható eredmények

Csökken a műtét utáni, általánosságban a kórházi fertőzések veszélye, a fekvőbeteg-osztályok ügyeleti és munkarendjétől független, nyugodtabb és otthonosabb a műtét utáni időszak, elkerülhető a műtéti programok akut műtétek miatti „felborulása”, rövidebb a normál otthoni körülményektől való elszakadás (hospitalizáció), csökken az ellátás költsége.

Indikátorok

Indikátor	Cél az agglomerációban
<i>Acut kórházi ágyak száma</i>	<i>Csökken 10%-kal</i>
<i>Betegek jövedelem-kiesése</i>	<i>Csökken 10%-kal</i>
<i>Otthonápolási vizitek</i>	<i>+15-20%</i>
<i>Kórházi fertőzések általi megbetegedések száma</i>	<i>-20%</i>
<i>Egynapos sebészeti beavatkozások szakértelme</i>	<i>Fokozatosan nő</i>
<i>Egynapos műtétek száma</i>	<i>+80/nap</i>
<i>Egynapos sebészeten és kúraszerű ellátáson ellátott betegek száma</i>	<i>+120/nap</i>
<i>Egynapos ellátó egységben dolgozó szakorvosok száma</i>	<i>+50 fő</i>
<i>Alkalmazott műtéti technikák száma</i>	<i>Fokozatosan nő</i>

Felelős

Az egynapos sebészetek helyének meghatározásánál a RET-nek kell vezető szerepének lenni, viszont az általa kiválasztott helyeken létesülő egységekkel a MEP-nek finanszírozási szerződést kell kötnie. A kiválasztást követően az egységet létrehozó tulajdonos és az intézmény menedzsmentje látja el a program megvalósítása, kivitelezése során a vezető szerepet.

BAFT a projekt lebonyolításáért.

Partnerség

A megvalósításban és működtetésben partner a háttérkórház, a helyben működő háziápolási szolgálat, az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás szereplői.

Költségigény

A tervezés, megvalósítás költsége a kórházi átalakítás esetén multidiszciplináris egynapos sebészet kialakításánál 400–800 MFt. A szakrendelőkben a kisebb kapacitású egynapos sebészet kialakítása 200–250 MFt.

Lehetséges források

A forrás egy része az NFT II. keretén belül pályázatok útján nyerhető el, másrészt a helyi önkormányzat fejlesztési forrásai is szükségesek. Szóba jön a partnerként megnyerhető helyi vállalkozások támogatása társadalmi felelősségvállalásként. A működés finanszírozásának tervezhetővé válásának esetén lehetséges magántőke bevonása is.

A program illeszkedése a Budapesti Agglomeráció Kiemelt Programjaihoz

A program illeszkedik az egészségfejlesztési és a humán erőforrás-fejlesztési programhoz is.

6.4. Modellprogram javaslat: Rehabilitáció

Címe

Rehabilitációs, rekreációs centrumok, 'gyógycentrumok' létrehozása Budapesten és a főváros agglomerációjában.

Célterülete

Budapesten: olyan terület kiválasztása előnyös, ahol már jelenleg is működik, működött valamilyen sportközpont, vagy **wellness** központ. Területileg több hektáron terül el, vagy lehetőség van további területek bérlésére, megvásárlására. Megközelíthetősége tömegközlekedéssel és gépjárművel is lehetséges (nem peremkerület ipari park övezetében terül el). Levegője lehetőség szerint tiszta – park, növények, fák veszik körbe.

Agglomerációban: alapkövetelménynek lásd Budapest esetében. Továbbá lehetőség van erdei túrákra – gyalogosan, kerékpárral, lóval – indulni és a gyógyvizek adta felüdülést is biztosítani lehet a „gyógycentrum” közelében.

Program céljai

Olyan központ (központok) létrehozása, ahol betegségmegelőzéssel, egészségmegtartással, egészséges életvitellel és az egészségtudatos életvitellel kapcsolatosan rekreációs központot valósítunk meg, mely oktatással és gyakorlati útmutatóval is ellátott. Illetve ebben a „gyógycentrumban” az alternatív gyógyászat számos területe is megtalálható.

Rövid távú cél: minél több ember kezdjen érdeklődni és járni a „gyógycentrumba”.

Közvetlen cél: ne csak érdeklődjenek és látogassanak el ide, hanem a mindennapi életvitelükbe építsék be az egészségtudatos életmódot, tegyenek egészségük megőrzése érdekében.

Tartalmi elemek

A fejlesztés háttere

Az elmúlt években az egészségmegőrzés, a **wellness** különböző formái egyre jelentősebb szerephez jutottak nemcsak hazánkban, hanem világszerte. (Világviszonylatban ez irányba haladunk, világtrendek.) Hazánkban különösen nagy súlyt kell fektetni az egészségmegőrzésre, megtartásra, betegségmegelőzésre, mert állampolgárainknak folyamatosan versenyben kell tudni maradniuk, munkahelyük megtartása és megélhetésüket biztosítása végett. Illetve a hazai egészségügyi intézmények szolgáltatásának minősége és színvonala is arra ösztönzi az embereket, hogy más irányba nyissanak.

A fejlesztés tevékenységei

1. döntés konkrét projekt végrehajtásáról
2. megvalósíthatósági tanulmány; pénzügyi- és üzleti terv készítése; egyéb szükséges tanulmányok, dokumentumok készítése a projekt megvalósításához
3. a beruházás pénzügyi,- műszaki, időbeli ütemtervének megvalósítása.

Célcsoportja(i)

Betegek: (gyógyulni vágyók) akik adott ellátásokat, szolgáltatásokat gyógyulásuk elősegítése és gyorsítása végett az alternatív gyógymódokat is igénybe kívánják venni.

Betegséget megelőzni szándékozók: prevenciós jelleggel az egészség összhangjának megteremtését célozzák meg. Ide tartoznak az életstílus megváltoztatását, javítását vágyók is (fiatalok, középkorúak, családosoK) Minden korosztály.

Menedzsment

A beruházás tulajdonosának (tulajdonosainak) döntése alapján kiválasztott szakmai vezetés. Kiválasztásuk hatékonyság és eredményesség alapján ajánlott, referenciákkal.

Ütemterv

Végleges döntés után lehet elkészíteni az ütemterveket konkrét projektekre.

Várható eredmények

Ingatlankomplexum létrehozása, ahol az alternatív gyógymódok igénybevétele elérhetővé válik a célközönség számára. Ezen kívül megtalálhatjuk még a gyógyvizek adta gyógymódokat és rekreáció előnyeit, az egészségtudatos életmóddal kapcsolatos előadásokat, oktatásokat. Itt lehetőség nyílna egyéb mozgásterápiás megoldások alkalmazására, szabadidős tevékenységek végzésére (lovaglás, jóga, masszázs, stb.).

Indikátorok

A fejlesztés során megvalósuló beruházások, vagy szolgáltatások eredményességét, sikerességét két szempontból lehet mérni, ezáltal nyomon követhető célunk megvalósulásának hatékonysága. Ezek:

1. Célcsoport egészségi állapota: statisztikai adatokon alapuló felmérés, melyben javulás tapasztalható
2. Üzleti alapon számított hatékonyság: létrehozott intézmény bevételei és kiadásai megfelelnek, ill. mennyiben térnek el az üzleti tervtől, vagyis nyereséges, vagy veszteséges a projekt.

Felelős

Budapesti Agglomerációs Fejlesztési Tanács

Partnerség

Projekt megvalósulása érdekében felelős személy által szükségesnek talált támogató, segítő partnerek.

Költségigény

Meg kell határozni az elérni kívánt célt. Ha több kisebb gyógycentrum létrehozása a cél, akkor az egységre jutó költség lehet alacsonyabb, de az elérhető szolgáltatások választéka alacsonyabb, vagy a centrum kivitelezésének műszaki színvonala alacsonyabb. Ha kevés, de magas színvonalú gyógycentrum kerül kialakításra a költségigény itt magasabb.

Költségigényt befolyásoló tényezők:

- projekt(ek) megvalósításának helyszíne tulajdonosi oldalról megoldott-e. (Meg kell vásárolni a területet, ingatlant, vagy már a miénk, bérleti díjat kell fizetni, stb.).
- az ingatlan, melyben megvalósul a beruházás már felépült, fel kell építeni, vagy bővíteni kell.
- mely egészségügyi, egészségmegelőző szolgáltatásokat kívánjuk itt megvalósítani. Ezek már működnek, vagy most kerül kialakításra.
- Ha kiválasztottuk a szolgáltatásokat, melyeket nyújtani kívánunk a célcsoportunknak, ki tudjuk kalkulálni milyen ellátó, kiszolgáló és üzemeltető személyzetre és szakemberekre lesz szükségünk. Ezen személyek bérezése is ekkor számszerűsíthető.
- Fent említett döntési pontok után a beruházás kivitelezéséhez és a beszerzendő eszközökhöz, berendezésekhez is ekkor lehet számszerűsíthető pénzügyi forrásigényt rendelni.

Cash-flow tervet is ekkor lehet készíteni.

Lehetséges források

- BAFT által szerzett források
- Vissza nem térítendő állami támogatások (akár több fórumtól is lehet különböző támogatási összegeket elnyerni)
- Hitelfelvétel (kedvezményes kamattal, futamidővel, türelmi idővel) – bankok versenyeztetése
- Szponzori támogatások:
 - reklámokból, hirdetésekből
 - személyes szimpátiából
- Projektbe bevont társtulajdonosok anyagi, tárgyi hozzájárulásai

A program illeszkedése a Budapesti Agglomeráció Kiemelt Programjaihoz

BAFT Egészségfejlesztési Munkacsoport által készített anyag hosszú és középtávú fejlesztési struktúrájába illeszkedik.

A Gazdaságfejlesztési Program turizmusfejlesztési elképzeléseivel összhangban van.

6.5. Modellprogram javaslat: Egészségfejlesztési Tudásközpont

Címe

Modell a budapesti agglomeráció kiemelt térségében a térségi egészségfejlesztési tudásközpont kialakítására

Célterülete

Budapesti Agglomeráció térsége

A modell területi egységének, a budapesti agglomerációnak (a továbbiakban: térség) a kiválasztását több tényező is alátámasztja. Elsősorban a térség országos szerepköre, vagyis az ország többi részére gyakorolt húzó hatása indokolja, mely lehetővé teszi a modellprogram eredményeinek és tapasztalatainak, a legjobb gyakorlatnak a továbbítását más területi egységek: a régiók, kistérségek és egyéb kiemelt térségek felé. A modellprogram sikerességét, hatásfokát, valamint a programelemek adaptálhatóságát alapvetően meghatározza az a tény, hogy a budapesti agglomeráció kiemelt térségében él a magyar népesség több mint egy negyede és jelentős a térségben a társadalmi differenciálódás, a térszerkezeti heterogenitás mind az egészségügyi, mind a szociális helyzetet tekintve. Éppen ezért a modellprogram során végrehajtott probléma-feltérképezés és azonosítás, valamint az ebből fakadó és későbbiekben átadható tapasztalatok kellő mélységűek és sokrétűek ahhoz, hogy az ország más területi egységei számára hasznosíthatóak legyenek.

Program céljai

Térségi szinten egy

- hálózatosan szerveződő tevékenységet megvalósító,
- a térség lakossága egészségi állapotának átfogó fejlesztéséért felelős szervezethez kapcsolódó, mégis
- független struktúra kialakítása, amely
- képes komplex, az interdiszciplináris tudáscentrum funkcióhoz szükséges tevékenységet kifejezteni.

Ez az intézményrendszer az országos intézeteket, egészségpolitikai centrumokat összeköti a térségi egészségfejlesztési munkával. Ismereteket, módszertani jártasságot közvetít a helyi egészségfejlesztési, egészségpolitikai tervezési tevékenységhez. A területi tevékenység erre a szakmai/módszertani támogatásra épül, de figyelembe veszi a helyi/regionális sajátosságokat, különbségeket. Biztosítja, hogy a lakosság hozzájusson az egészség megőrzéséhez szükséges és helyi (regionális/kistérségi) szinten releváns információkhoz. Biztosítja, hogy a helyi döntések egészséghatás-vizsgálatai megfelelő szakmai szinten történjenek meg. A nemzeti programok felé visszacsatolást ad a helyi tapasztalatok elemzése alapján.

Tartalmi elemek

A fejlesztés háttere

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi viszonylatban is kiemelkedően rossz és rontja a magyar munkaerővel (és így a vállalkozás stabilitásával) kapcsolatos gazdasági befektetési várakozásokat. A rossz egészségi állapot mutatók számos okra vezethetők vissza. Ezek között nem hanyagolható el az a tény, hogy a magyar lakosság jelentős részének hiányosak az egészséggel, az egészséget károsító tényezőkkel kapcsolatos ismeretei. Az egészséget fontosnak tartók közül is vannak sokan, akik nem tudnak hatékonyan hozzáférni azokhoz az egészségmegőrzést, egészségfejlesztést célzó szolgáltatásokhoz, ismeretekhez, készségekhez, amelyek egészségük megőrzését, javítását szolgálhatnák. A gazdaságra nehéz terhet rak, az egészségügyi rendszer működésének fenntarthatóságát veszélyezteti, ha a lakosság valamennyi lehetséges környezeti, szociális, életmódbeli kockázatát az egészségügyi ellátásnak kell orvosolnia.

Az egészségi állapot javításának feltétele a hatékonyan működő, fenntartható népegészségügyi intézményrendszer és a benne tevékenykedő, a kor színvonalának megfelelően képzett szakemberek.

A fejlesztés tevékenységei

1. Intézményi feltételek megteremtése
2. Interdiszciplináris team kiképzése (népegészségügyi, szociológiai, kommunikációs, stb. ismeretek megszerzése)
3. Modellprogramok:
 - egy kiválasztott kistérség egészségi állapotának és egészségügyi adatainak beszerzése, értékelése, kapcsolódva aktuális egészségügyi ellátórendszeri fejlesztéshez)
 - egy kiemelt fontosságú fejlesztési projekt egészséghatásainak értékelése, becslése;
 - képzési program a hátrányos helyzetű kisebbség(ek) egészségfejlesztési programjairól;
 - meglévő adatbázisok integrációjának megkezdése és a rendszerterv elkészítése.

Célcsoportja(i)

Önkormányzatok, egészségügyi intézmények és szervezetek, egyetemek egészségtudományi intézetei.

Menedzsment

A Budapesti Agglomerációs Fejlesztési Tanácsnál, mint a térségben zajló fejlesztések összehangolásáért, az ágazatközi együttműködés koordinációjáért felelős intézménynél történő szervezeti elhelyezés biztosíthatja a térségi / regionális egészségügyi, egészséggel kapcsolatos tervezési tevékenység hasznosulását, a szinergikus hatások figyelembe vételét, az egészségfejlesztés szempontjából szükséges, azonban más ágazat hatáskörébe tartozó beavatkozások kezdeményezését és végrehajtását, az együttműködési csatornák alkalmazásával a szakmai kompetenciák kialakítását és fenntartását. A hosszú távú fenntarthatóságot a tevékenységeknek a BAFT feladatkörébe és költségvetésébe megállapodás alapján történő beépítése biztosíthatja. A Budapesti Agglomerációs Fejlesztési Tanács a Térségi Egészségfejlesztési Tudásközpont működtetése során szoros, napi működési kapcsolatba kerül a Regionális Egészségügyi Tanáccsal és a régióban tevékenykedő legfontosabb egészségtudományi intézetekkel és civil szervezeti szereplőkkel.

Ütemterv

Az intézmény jogi kereteinek kialakítása 2007. első félév

A team felállítása: 2007. első félév

Intézményi kapcsolatok kialakítása: 2007. második félév

A team kiképzése: 2007. első félévétől

Adatbázis létrehozásának megkezdése, integráció: 2007. második félév

Modell-programok: 2008. első félév.

Várható eredmények

Olyan kiemelt térségi szintű tudáscentrum intézményi és humán kapacitásának létrehozása, mely a modellprogram megvalósításával képessé válik a modellprojekten belül:

- a kistérségi szintű, az egészséggel kapcsolatos adatok gyűjtésére és értékelésére, ezek feltételrendszerének megteremtésére, az egészségmonitorozási rendszer térségi struktúráinak és működési módjainak, eljárásrendjének kialakítására, beleértve ebbe egy konkrét kistérségben a modellszerű megvalósítást;
- a térségben tevékenykedő szakemberek tematikus együttműködő hálózatainak megteremtésére, az együttműködés és koordináció alapvető infrastruktúrájának biztosítására;
- egy kiválasztott, térségi szinten zajló fejlesztési program egészséghatás-vizsgálatának megvalósítására;
- a térségi szintű, a lakosság számára készülő, az egészséggel kapcsolatos adatbázisok tartalmának bemutatására, a térségi/regionális programokról, szervezetekről, intézményekről szóló információk, a térségben/régióban tevékenykedő egészségügyi szolgáltatók mindazon nyilvános tulajdonságainak, jellemzőinek bemutatására, amelyek az emberek számára szükségesek az intézményrendszer szükséglet szerinti igénybevételéhez, beleértve a szolgáltatás megtervezését, rendszertervét;
- a térségben tevékenykedő egészségfejlesztési szakemberek képzési, továbbképzési, szakmai támogató programjainak megszervezésére és lebonyolítására, az országosan bevezetendő technikák, módszertanok helyi megjelenésének szakmai támogatására, beleértve egy konkrét témakörben (hátrányos helyzetű kisebbségek egészségfejlesztési programjaihoz kapcsolódó ismeretek).

Indikátorok

A térségben megszületett döntések, amelyek figyelembe vették a centrum ajánlásait;
A térségben lakók korszpecifikus halálozási és hospitalizációs arányai;
A térségen belüli egészség-egyenlőtlenségek mérése és nyomon követése;
A térségi egészséghatás-vizsgálatok száma, minősége;
Egészséggel kapcsolatos közösségi események száma, a részvétel legfontosabb mutatói;
Honlapok látogatási arányszámai, felhasználói vélemények értékelése stb.;
Térségi képzési, továbbképzési programokban részt vettek száma;
A térségi centrumhoz kapcsolódó hálózat munkájába bekapcsolódott partnerek száma.

Felelős

Budapesti Agglomerációs Fejlesztési Tanács

Partnerség

Az intézményrendszer létrehozása akkor lehetséges, ha megfelelő együttműködés alakul ki a megvalósításban szerepet játszó és érdekeket érvényesítő szervezetek között, melyek a következők:

- Budapesti Agglomerációs Fejlesztési Tanács;
- RET;
- ÁNTSZ regionális struktúrái;
- Fővárosi, kerületi és települési önkormányzatok
- A régióban tevékenykedő egyetemek egészségtudományi intézetei, karai

- A térségben működő legfontosabb civil szervezetek;
- MTA regionális centrumainak egészségtudományi reprezentánsai, melyek közül a RET, ÁNTSZ és legalább két egyetem egészségtudományi intézete, tanszéke kötelezően része a programnak.

Költségigény

Intézményi keretek összesen 17 millió Ft

- személyi kiadások: 15 millió Ft
- tárgyi eszközök: 2 millió Ft

A team tagjainak képzése: 5 millió Ft

Adatbázis létrehozása: 20 millió Ft

Helyi kommunikáció elindítása: 5 millió Ft

Modellprogramok előkészítése: 50 millió Ft

Összesen: 97 millió Ft

Működtetése további 100 millió Ft évente

Lehetséges források

BAFT és partnereinek hozzájárulásai, vissza nem térítendő pályázati támogatás.

A program illeszkedése a Budapesti Agglomeráció Kiemelt Programjaihoz

BAFT Egészségfejlesztési Munkacsoport által készített anyag hosszú és középtávú fejlesztési struktúrájába illeszkedik.

A Gazdaságfejlesztési Program turizmusfejlesztési elképzeléseivel összhangban van.