

Ez a beszámoló részletesebb, terjedelmesebb, mint az előző évek anyagai. Azt gondolom, hogy a jelenlegi, - az ügyelet jövőjét illető,- bizonytalan helyzetben a Tanács számára lényegesen több információt kell adnom a munkánkról az ellátás mikéntjéről, mint korábban.

1.sz. táblázat. A betegforgalom megoszlása nemenként.

Gyermek	Férfi	Nő	Összesen
2512	1178	1910	5600
44%	21%	35%	100%

A betegforgalom közel felét a 14 év alatti korosztály ellátása jelenti. Harmadát a nők ellátása és csak ötödét adja a férfiak ellátása. Idézem a KSH 1966-ban készült vizsgálati eredményét. „A nők gyakrabban járnak orvoshoz, mint a férfiak, ez a különbség a nemek között akkor is kimutatható, ha a betegeket és az egészségeket külön vizsgálják. Az idősebbeknél az egészségügyi ellátás igénybevétele az életkor növekedésével emelkedik, mely növekedés azonban a nyugdíjkorhatár körül intenzívebbé válik. Leggyakrabban az alacsony iskolai végzettségűek fordulnak orvoshoz, ez a gyakoriság az iskolai végzettség növekedésével minden életkorban csökken, kivéve a legidősebbeket. A betegek közül az alacsonyabb szociális státuszúak többet járnak orvoshoz” A sürgősségi ellátásban is meg van ez a tendencia, de a gyermekek ellátása megelőzi a felnőttek ellátási igényét, hiszen majdnem minden második ellátott, a 14 év alatti korosztályból jelentkezik.

Az alábbiakban megmutatom, hogy korcsoportonként milyen a betegforgalom megoszlása.

2.sz. táblázat. A betegforgalom megoszlása korcsoportonként.

Korcsoport (év)	Férfi	Nő	Összesen
0-3	862	988	1850 33.2%
4-14	347	315	662 11.8%
15-34	500	732	1232 22.0%
35-59	480	827	1307 23.3%
60 év felett	198	351	549 9.8%
összesen	2387 42%	3213 58%	5600 100.0%

A nők a 4-14 éves korosztály kivételével, minden korcsoportban gyakrabban vették igénybe a sürgősségi ellátást. Sőt a 35-59 éves csoportban közel 2x-es ez a szám! Ha abból a feltevésből indulok ki, hogy az idősebbek krónikus betegségeikkel gyakrabban járnak háziorvosukhoz, és állapotuk kiegyensúlyozott, akkor nyilvánvaló, hogy a részesedésük a legalacsonyabb. Gyermekek magas megjelenése elsősorban a szülei betegségektől való félelmének, és általuk is megfogalmazott ismerethiánynak tudható be! Jelentősen csökkenthető lenne a gyermekek megjelenése, ha a szülők képesek gyermekük előző betegségeinek a tüneteiből tanulva, a láz és fájdalom csillapítására. De sajnos a magyarországi alacsony egészségügyi kultúra, és az eddigi ellátási struktúra miatt számukra természetes az azonnali orvosi ellátás, az injekcióval történő lázcsillapítás és az antibiotikum követelése.

A 3.sz. táblázatban csoportosítottam az ügyeleti munka neuralgikus adatait. Megjelenés a hívás valamint az indokoltság adatait. Szintén eben a táblázatban vethető össze, hogy a finanszírozásban észrtvevő települések polgárain kívül milyen települések polgárait láttuk el. **Ez azért fontos mert látható, hogy a kistérség települései közül a finanszírozásban részt nem vállaló települések polgárait is elláttuk az összes forgalom 3.6 %-ában.** Bár van véleményem a helyzetről, de a következtetést inkább Önökre bízom.

3.sz. táblázat. Az éves forgalmi adatok településenként.

Települések	Megjelenés			Hívás			Összesen	
	Indokolt	Indokolatlan	Össz	Indokolt	Indokolatlan	Össz		
Enying	803 27%	1974 73%	2777	372 45%	456 55%	829	3605	64.3%
Lajoskom.	144 39%	215 61%	359	65 31%	144 69%	209	568	10.1%
Dég	110 40%	165 60%	275	76 38%	136 62%	212	487	8.7%
Mezőkom.	62 38%	107 62%	169	54 28%	134 72%	188	357	6.3%
Szabadhidv	52 39%	79 61%	131	52 28%	134 72%	186	317	5.6%
Összes							5334	95.3%
Nem ügyeleti körhöz tartozó települések								
Mátyásd.							157	2.8%
Lepsény							16	0.3%
Mezőszent.							11	0.2%
Kisláng							7	0.1%
Balatonvil.							13	0.2%
Egyéb tel.							62	1.1%
Nem ügyeleti körhöz tartozó települések összesen								266
Összes	1171	32%	2540	68%	3711	620 38%	1003 62%	1623
							5600	100%

Megjelent az ügyeleten 3711, valamint nem az ügyeleti körhöz tartozó településekről 266 összesen 3977 paciens. Ez az **összes ellátott beteg 71%-a**. Ebből 2540+266=2806 (**71%**) **polgár ellátása a sürgősségről szóló jogszabály értelmében indokolatlan ellátás volt!** Indokoltnak 1171 (29%) megjelenés volt tekinthető. **Tehát a megjelenés 1/3-a volt csak tényleges sürgősségi ellátás.**

Az 1623 (29%) teljesített hívásból csak alig több mint az 1/3 volt indokolt (620 fő; 38%)!

Összevettem az összes indokolt ellátást az indokolatlannal. Az 1791 (31%) indokolt igénybevétel a kezdetek óta nem változott. Tehát a jogszabály alapján több mint 2/3 részben nem történt sürgősségi ellátás. Nevezetesen a páciensek számára nem jelentett volna egészségromlást, ha panaszaival a következő napon háziorvosát keresi meg. Ha az indokoltnak tekintett 1791 esetet összevetem azzal, hogy csak 376 esetben kellett a mentők segítségét kérnünk, -ami a valóban sürgősségi eseteket jelenthette- akkor látható, hogy a sürgősnek dokumentált eseteknek is csak a 21%-volt valóban az! **Ha az OMSZ igénybevételét az összes ellátáshoz viszonyítom, akkor összesen 6.7%-ban történt valódi sürgősségi ellátás!** Ennek a kérdésnek azért van jelentősége, mert a nem sürgős esetek ellátása, felesleges többletkiadást jelent az amúgy is alulfinanszírozott önkormányzatoknak! A következő táblázat adatai alapján azt vizsgáltam, milyen az összefüggés az adott település lakosság száma és az ügyelet igénybevétele között. Fontos kérdés annak megítélésében, hogy a települések polgárai milyen mértékben veszik igénybe az ügyeletet létszámárukhoz képest. ***Szükség van-e 2 orvos munkájára? Korrektek-e az elszámolási viszonyok?***

4.sz. táblázat. Az ügyelet igénybevétele településenként a lakosság számával összevetve.

Települések	Lakosság száma fő	Lakosság megoszlása %-ban	Az igénybevétel %-ban
Enying	7218	52	64.3
Lajoskom.	2415	17.5	10.1
Dég	2285	16.6	8.7
Mezőkom.	1011	7.4	6.3
Szabadhidv	886	6.5	5.6
Összesen	13815	100.0	100.0

A forgalom alapján látható, hogy a legmagasabb igénybevétel az enyingiek részéről van. A lakosság létszamarányához képest is többen veszik igénybe az ügyeletet. A többi településen a létszamarányhoz képest kisebb az igénybevétel. Ez azt jelenti, hogy jogos az igény Enying részéről, hogy legyen helyben egy állandó orvos, hiszen a forgalom 2/3-át az enyingi betegek adják. Persze felvetődhet az adatok alapján az a gondolat is, hogy a finanszírozás megosztása ne a lakosság szám aránya szerint, hanem a tényleges forgalmi adatok alapján történjen. De majd látni fogják, hogy az ellátás sarkalatos és legköltségesebb része a hívások teljesítése, és ez a távoli települések ellátásában jelenik meg! **Az összes ellátott 71 %-a az enyingi ügyeleten fordult meg. Csak 29 %-át láttuk el otthonukban és ezen esetek 62 %-a nem volt sürgős ellátást jelentő probléma.** Az, hogy a többi településről csak 35%-ban részesülnek orvosi ellátásban, nem jelenti azt, hogy nincs szükség ügyeletre. Ügyeletet a betegek biztonsága miatt és az ellátási esélyek javítása miatt kell jól megszerveznünk, még akkor is, ha egyáltalán nem kellene beteget ellátnunk! Az adatok alapján 620 esetben történt sürgősségi otthoni ellátás, ez az összes ellátás 11 %-a. Az ügyeleten sürgősségi ellátásban részesült az összes megjelentek 20.9 %-a. Összességében sürgősségi esetnek az összes ellátott 31.9 %-a 1791 fő minősült! **Gyakorlatilag az ügyelethez tartozó kistérségi lakosok 12.9 %-a miatt kellett az ügyeleti ellátást biztosítani!** A tények kedvéért; a 47.600 e ft éves költségvetésünket 5600 fő vette igénybe. Ez azt jelenti, hogy 8500-ft-ba került egy ellátott paciens. Ha viszont azt nézem, hogy a valóban sürgősnek számító esetek szám csak 1791 volt, akkor ennek a tényleges költsége már 26577 ft ellátottaként. Egyetlen beteg esetén, pedig 47.600.000 ft-nyi költség jut. De ha senki nem jelent volna meg az ügyeleten akkor is ekkora fenntartási költséggel kell számolnunk. Nyilvánvaló e két utóbbi megjegyzésem, csak elvi jelentőségű, lévén a realitás a táblázatban szereplő betegforgalom! Hozzá kell tegyem, hogy nem kevesen vannak minden településen olyanok, akik visszatérő jelleggel szinte rendszeresen veszik igénybe az ügyeleti szolgálatot! Ezzel csak azt szerettem volna érzékeltetni, hogy a sürgősségi orvosi ellátást nem fiskális szempontok szerint kell értékelni, hanem a szükségessége szerint. Nevezetesen, szükségünk van-e rá, vagy nincs! A költséghatékonyság elve –amit ma előszeretettel hangsúlyoznak, a gazdaság egyéb területein lehet szempont, de itt nem a gazdaságról, hanem emberek egészségéről, esetleg életéről van szó! Ahogy fenn kell tartanunk a tűzoltóságot, a mentőket, a rendőrséget a közművek segélyszolgálatait, - és sorolhatnám tovább az ügyeleti szolgáltatókat, -úgy fenn kell tartanunk az alapellátási ügyeletet is. Mindezt úgy, hogy hétköznapiakon napi 16 órában, hétvégén napi 24 órában kell a sürgős események ellátását biztosítanunk. **Más intézményeinkben napi egy műszak költségeivel szemben, az orvosi ügyeletben hétköznapiakon napi 2, hétvégén napi 3 műszakot kell szerveznünk! Nyilvánvaló, hogy ez 2- illetve 3- szoros költséget jelent a munkabérek területén!** A központi ügyelet feltétel rendszerét az önkormányzatoknak kell a jogszabályoknak megfelelően biztosítani. De nem mindegy hogy milyen módon biztosítjuk a sürgős szükségre szorulókat ellátását! Had idézzem az egészségügyi államtitkárt:

„A Nemzeti Erőforrás Minisztérium egészségügyért felelős államtitkára elmondta, hogy az elmúlt időszakban az egészségügyből kivont pénzek miatt szinte polgárháborús állapotok alakultak ki az ágazatban, és hosszú időre van szükség az újjáépítéshez. Szócska Miklós szerint szükség van a humán erőforrás koncentrálására is, hiszen Magyarország EU-csatlakozása óta az orvosok 15 százaléka hagyta el az országot, vállalt munkát külföldön a jobb megélhetés reményében. Így többfelé is nagy az orvoshiány, válságmenedzseléssel lehet enyhíteni e helyzeten – magyarázta. Az államtitkár közlése szerint azt szeretnék elérni, hogy az átalakítás eredményeként az ellátásra jogosultak egyforma eséllyel részesülhessenek az egészségügy szolgáltatásaiból, a hátrányos helyzetű térségekben élők is részt vehessenek például rákdiagnosztikai vizsgálatokon. A rendszerben még vannak tartalékok – mutatott rá Szócska Miklós. Ilyen lehet akár az egészségügyi eszközök beszerzése társulási formában. Több intézmény összeállhat, és például a gyógyszerek együttes beszerzése 20-30 százalékos megtakarítást eredményezhet.”

Miért írtam le ezeket a gondolatokat? Azért, mert a kistérségi települések együttműködése nem mondható példaértékűnek az egészségügyi ellátásban. Már az induláskor több település visszakozott, pedig korábban részesültek a közös ügyelet előnyeiből! Ez pedig azzal járt, hogy a bennmaradók fajlagos költségei növekedtek. A további kilépők miatt a folyamat tovább romlott. A lehetséges 9 település helyett már csak Enying és Dég-Lajoskomárom Mezőkomárom -Szabadhidvég tengely tartozik a központi ügyelethez. Sajnos további kilépési szándékról is hallani. Hozzá kell tennem, ez nem Enying ügyeleti ellátásában jelent majd gondot, hanem a többi településében. Lehet más ügyeleti körhöz csatlakozni, és ezzel a törvényi kötelezettségnek eleget tettek, de kérdés jó-e ez a sürgősségi ellátásra szorulóknak?

Nyilvánvaló, hogy a döntést szakmai alapokon kellene meghozni a felelősség a döntéshozókat terheli, minden olyan esetben, amikor az ellátás hiányosságai, illetve a távolságból, vagy a nagy betegforgalomból adódó idővesztés miatt történik a páciens állapotának súlyosbodása, esetleg a halála!

Ha döntéshozók komolyan gondolják az emberi élet fontosságát, akkor településenként -éves szinten- pár száz ezer forint költségcsökkentés miatt nem szabadna veszélyeztetni, az ellátás színvonalát. **Pontosítva, ha az ügyeleten egy orvos lenne hétköznapi, akkor éves szinten hozzávetőleg 7.300000 ft lehetne a megtakarítás, aminek kb. a felét Enying kapná és csak a maradék 3.650000 Ft-on osztozna létszámarányosan a többi négy település. Nem lenne jelentős az éves nyereség. Ennél jobb megoldás lenne a költségek gazdaságos csökkentésére a kistérségi települések összefogása esetén a közös működtetésű ügyelet szervezése, hiszen így a fajlagos költségek csökkennek, a belépők hozzájárulásai miatt. Ugyanakkor az ellátás színvonala sem csökkenne.**

Ha ráadásul azt a tényt is figyelembe vesszük, hogy az ellátandók közel fele a 14 év alatti korosztályhoz tartozik, akkor a döntéshozók felelőssége az ellátás szervezetének a biztosításában megkerülhetetlen! Gyermekeinkről van szó! Tény hogy nem ők teszik ki a sürgősségi eseteket, de a szülők tudatlansága a láz- és fájdalomcsillapításban nem csak a mi környékünkön, hanem országos szinten is óriási! Az orvosi ügyeletről várják a legtöbbször egyszerű banális okok megoldását is. Képtelenek a láz- és fájdalomcsillapításra vagy az apróbb sérülések ellátására. Az ügyeleti ellátásban történik a rendőrség által az ügyeletre beállított személyek vizsgálata a vérvétel a véralkohol vizsgálathoz, a láttelek kiadása, a fogdába helyezés előtti vizsgálat, és még sok más nem a sürgősségi ellátás körébe tartozó orvosi tevékenység, amire többnyire az jellemző, hogy az éjszakai órákban történnek! Bár ezeket a vizsgálatokat az érintettek alkalmanként 3000 – 4200 ft- os áron a kistérségnek megtérítik. Hozzáteszem ez múlt évben 50000- ft volt. Tudomásul kell venni, hogy a magyarok úgy szocializálódtak, hogy természetes számukra a 24 órán át tartó orvosi rendelés! Ami nem lenne baj, ha ehhez a feltételek adóttak. Eddig ezek megvoltak. A kérdés az, hogy képes lesz-e a kistérség minden települése Enying város érveit elfogadva a központi ügyelet további működtetésére? Tudom kevés a pénz, de ezt ne az ügyeletben dolgozókon és a hozzájuk fordulókon kérjük számon. Az ügyeletben dolgozó munkatársaim szégyenletesen alacsony óra díjazásért végzik felelős munkájukat! Ismereteim szerint a jelenleg nyújtott szolgáltatással minden szereplő elégedett.

Jól látható, hogy az ellátást nem a sürgős esetek jelentik, de nem térhetünk ki az ellátási igények elől. Ez elvi és empátia-kérdés!

Nyilvánvaló, ha csak a sürgős esetekkel járó feladatokat kellene az orvosi ügyeletnek elvégeznie, akkor a terheltség is csökkenne, és ezzel némi költségcsökkentés is elérhető lenne, de akkor még mindig ott van az időfaktor, ami a sürgősségi ellátás alapja. A kistérségi települések Enyingtól való nagy távolsága miatt ez az orvosi ellátás leggyengébb láncszeme.

Ha mindezen érveket elfogadják, akkor kérdés, hogy mennyit nyerhetnek a települések és milyen áron. Lehet azt mondani, hogy nincs pénz, de akkor ne akarjunk teljes körű ellátást biztosítani sürgősségi címszó alatt, vagy fizessék a költségek egy részét, az azt igénybevevők!

Az 5.sz táblázatban látják, hogy a települések polgárai hány %-ban veszik igénybe a költségesebb, lakáson történő ellátást.

5.sz. táblázat. A lakosság megoszlása összevetése a hívásokkal és a megjelenésekkel azok %-ában

Települések	Lakosság megoszlása %-ban	Hívás %-ban	Megjelenés %-ban
Enying	52	51	74
Lajoskom.	17.5	13	9.9
Dég	16.6	13	7.7
Mezőkom.	7.4	11.5	4.7
Szabadhidv	6.5	11.5	3.7
Összesen	100.0	100.0	100.0

Enying, Lajoskomárom, Dég az összes hívások %-ában a létszamarányához képest kevésbé veszi igénybe a háznál történő ellátást, míg Mezőkomárom és Szabadhidvég jobban.

A hívások 51%-a Enyingen történt, 49 % a kistérség többi településén! Tehát közel azonos arányban. Enyingen a távolság maximum 5 km. Az ügyeletes gépkocsi igénybevétele -a legközelebbi - 14 km-re levő Lajoskomáromtól, a -legtávolabbi- 30 km-re levő Pélpusztáig terjedő területen jelent jelentős költséget, gyakran úgy, hogy ezekre a távoli településekre még több alkalommal vissza kell menni újabb hívások miatt.

Nézzük mint jelentenek ezek az adatok! Enyingen zömében 1-3 km -es távolsággal járó hívások vannak. Azt gondolom hogy ha minden hívást 4,8 km -es átlaggal számolok akkor nem becsülöm alá az igénybevételt. A többi település központjait átlagolva, -és figyelembe véve, hogy a nagyobb forgalmat a távolabbi települések jelentik,- úgy számolom oda-vissza 40 km-es távolsággal számolhatok. Persze nem mindig Enyingről indul az autó, hiszen nem egyszer órákig távol van az ügyeletes orvos ezért átlagosan 24 km-nek veszem a nem enyingi hívásokat. Miután közel fele-fele arányban oszlik meg Enying (51%) és a többi település (49%) között a gépkocsi használata, elmondható, hogy 5x többet költünk a kistérségi települések ellátásának érdekében a gépkocsira, mint Enyingen. 2010-ben 1.425000 ft ment el a hívásokkal kapcsolatos költségekre ÁFA nélkül.

Enying / többi település aránya 285000/1.140000 ft.

A múlt esztendőben a gépkocsi 21309 km-t futott. A napi átlag 58 km. A hétvégén 862 hívást teljesítettünk. **Az adatokat lebontva ez annyit jelent, hogy hétköznap átlagosan 16 órára 4, hétvégén 24 órára 8 hívás jut, de míg Enyingre az autó hétközben napi 9.6 km-t addig a többi településre már 48 km- megy az ügyelet. Hétvégén jelentősebb a különbség hiszen Enyingen 19.2 km, a többi településen 96 km a km használat 24 órában. Ez utóbbi adatok nem a pontos napi adatok, hanem átlagok, - és természetesen lehet ettől napszaki ingadozás, - de úgy vélem alkalmasak az összevetésre.**

Ezért írtam korábban, hogy lehet átalánydíjas, -lakosságszám alapú- vagy tényleges igénybevétel alapú a hozzájárulás. Extrém -de megtörtént - eset, hogy Dégre egy 24 órás ügyletben 6 alkalommal kellett kivonulnunk, ami 240 km megtételét jelentette, ráadásul egy eset sem volt indokolt. Gyakran tapasztaljuk, hogy szociális, kényelmi szempontok motiválják az ügyelet kihívását!

A gépjármű igénybevételét jobban tükrözi a hívások összevetése a megjelenésekkel településenként

6.sz. táblázat. Megjelenés hívás aránya

Települések	Hívás	Megjelenés	Hív / Megj.	Összes
Enying	829 23%	2777	0.29	3605
Lajoskom.	209 36%	359	0.58	568
Dég	212 43%	275	0.77	487
Mezőkom.	188 52%	169	1.11	357
Szabadhidv	186 58%	131	1.41	317
Összes /átlag	1623 30%	3711	0.43	5334

Minél távolabbi a település annál inkább hívják az orvost. Míg az ellátásban részesültek közül az enyingiek 23 % hívott orvost, vagyis minden 4-5. ellátás háznál történt, addig a többi település lakóinak átlagosan 46 %-a vette igénybe az ügyeletet, ami annyit jelent, hogy minden második pacienshez kellett kimenni.

Mi indokolja az ügyeletet orvos házhoz hívását? Elsődlegesen a vélt vagy valódi sürgős szükség esete. De sajnos gyakrabban tapasztaljuk, a közismert okokat, a kényelmet az alacsony szociális körülményeket, az ingyenességet, és a „nekem ez jár, mert fizetem a tóbét” „maguknak ez a dolguk” szemlélet!

További terhet ró az ügyeletet fenntartó településekre az a tény, hogy az ellátottak 4,7%-a nem ezekről a településekről jelentkezett. Költség szinten 2.237200- forint többletkiadást jelent. Csak megjegyzem ebből Mátyásdomb -jelentős- 2.8%-os forgalma, 1.319948-forintos költséget jelent. Ezért mondom azt, hogy a megoldás, az összes kistérségi település részvétele lehetne, még akkor is ha ez jelentős forgalom növekedéssel és többletmunkával járna! Amíg az országos politika nem hajlandó értékén finanszírozni az ügyeleti munkát, vagy nem hajlandó a „szépemlékü” vizitdíj ismételt bevezetésére, addig lényeges változás nem várható az ügyelet terheinek a csökkentésében.

A 7.sz. és 8.sz. táblázatokban a hétvégi és a hétközi igénybevétel látható hónapokra lebontva, nemenként.

7.sz. táblázat. Hétvégék

Hónap	Gyermek	Férfi	Nő	Összesen				
Január	110	55	103	268				
Február	116	52	77	245				
Március	123	52	105	280				
Április	68	47	65	180				
Május	141	51	99	291				
Június	114	57	82	253				
Július	109	51	90	250				
Augusztus	85	39	64	188				
Szeptember	75	45	78	198				
Október	115	86	93	294				
November	80	20	32	132				
December	105	37	59	201				
Összesen	1241	49%	592	21%	947	30%	2780	100%

8.sz. táblázat. Hétköznap

Hónapok	gyermek	Férfi	nő	összesen				
Január	110	55	103	268				
Február	116	52	77	245				
Március	133	52	105	290				
Április	68	47	65	180				
Május	141	51	99	291				
Június	114	57	83	254				
Július	109	51	90	250				
Augusztus	105	46	79	230				
Szeptember	75	42	78	195				
Október	115	76	93	284				
November	80	20	32	132				
December	105	37	59	201				
Összesen	1271	45%	586	21%	963	34%	2820	100%

Az érdekessége az adatoknak, hogy egymással kollerálnak a hétköznapi és hétvégi forgalmak, és jelentős szórás van egymást követő hónapokban. A legkevesebb igénybevétel mind hétvégén, mind hétköznap, novemberben volt. A legerősebb hónapunk hétvégén október, hétköznap május volt. A nemek, illetve a gyermekek - felnőttek közötti megoszlásban nincs különbség a hétvégék illetve a hétköznapok között. Mint korábban írtam a forgalom közel felét a gyermekek jelentik.

A 9.számú táblázatban a hétvégék forgalmát vetettem össze a étköznapokéval. A hét 5 napjának 82 órájában láttuk el a megjelentek felét, illetve a hétvége 48 órájában a másik felét. Tehát a hétvégékre közel 2x annyi beteg jutott mint a hétköznapokra, vagyis az igénybevétel a hétvégeken volt erősebb. Gyakorlatilag a hétvége nem különbözött egy átlagos hétköznapi délelőtti rendelés forgalmától. Ismét elmondom, az ügyeleten nem sürgősségi, hanem folyamatos ellátás történik a munkatársakra nehezedő fölösleges terheltséggel, és többletköltségekkel.

9.sz. táblázat. Hétvége/hétköznap forgalmának összevetése.

	Hétvége	Hétköznap	Összes
Hívás	805	818	1623
Hívás átlag fő/24 óra	8	4	5
Megjelenés	1975	1736	3711
Megjelenés átl. fő/24 ó	19	8	10
Átlag fő/nap	27	12	15
Összes	2780	49.65 %	2820 fő 50.35%
			5600

Végezetül még két adat. Az OMSZ 376 alkalommal szállított kórházba beteget, és 37 esetben halott vizsgálat történt. 4 esetben veszítettünk el beteget ellátás közben. Mind a 4 beteg nagy kiterjedésű kardiogén sokkal járó szívinfarktusban halt meg, annak ellenére, hogy az ellátásban és a következményes újraélesztési kísérletben a mentőszolgálat esetkocsija is részt vett.

Magunk nevében elmondhatom, kár lenne egy jól működő rendszert megváltoztatni. A legjobb megoldást az összes település együttműködésével történő szervezeti forma adja, vagyis a mostani rendszer a korábban kilépett települések visszatérésével. Jelenleg erre látom a legkevesebb esélyt. A számítások szerint nincs jelentős költség csökkenés abból, ha az orvos létszámot csökkentenénk a hétközi napokon. Az ellátásban mindenképpen visszaesés következne, be leginkább azért mert a város akár órákra is ellátatlan marad. **Ez nyilvánvalóan ütközik az ellátandók érdekeivel, akiknek 71 %-a megjelent az ügyeleten.** Mi mindenképpen a központi ügyelet jelenlegi, vagy kiterjesztett változata mellett érvelnénk! Amennyiben a költségekre hivatkozva további kilépők lesznek, akkor azt javasoljuk, hogy a város továbbra se lépjen ki a központi ügyeletből, hanem biztosítsa a működés költségeit a jelenlegi szervezeti egységben. A számításaim szerint a városra nem róna lényegesen nagyobb terhet az ügyelet önálló finanszírozása.

Ügyelet bérköltségek:

Asszisztens, gépkocsivez: /2x800 Ft=1600ft x130 óx 52 hét/ =	10.816000-
orvos 1900ftX826x52 hét =8.101600	
+2300ftx48x52 hét = 5.740800	=
	<u>13.842400-</u>
	24.658400-

Finanszírozás:

OEP	7.656000
Enying	16.196743
	23.852743-
+költség	<u>805657-</u>
	24.658400-

Természetesen ebben az esetben az ügyelet csak Enying lakosságának a sürgősségi ellátását biztosítaná. Így nem kell új működési engedélyeket beszerezni az ANTSZ-től, ami jelentős többlet kiadás! Nem kell szerződéseket módosítani az egészségbiztosítóval, valamennyi munkatárssal, -szintén többlet kiadás! Nem utolsósorban a város által korábban megteremtett jelenleg működő infrastruktúra a rendelkezésünkre áll! **He netán ez utóbbi változatban működne a Kistérség ügyelete, akkor a településeknek meg kell tudni egyezni az ügyeleten nem sürgős szükség miatt, indokolatlanul ellátottak utólagos finanszírozásáról!**

Azt hogy milyen szervezeti formában áll fel a központi ügyelet, az Önök döntésén múlik. Szeretném azonban megjegyezni, bármilyen formát választanak a következményeket az ügyeletben dolgozóknak kell elviselni. **Egy orvos esetén, a várakozásból adódó türelmetlenség, az ügyelet lassú, késlekedő kiérkezése sürgős esethez, vagy ha nincs a városban elérhető orvos, netán a beteg állapota súlyosbodik a ellátatlanságból adódóan, mind-mind lehetséges forgatókönyv. Ezenfelül kérem figyelembe venni, hogy a kollégáim várható leterheltsége biztosan növekedni fog. Gondolják végig, hogy az éjszakai hajnali ellátások után az asszisztensek, és orvosok többsége reggel 8 órától folytatja napi rendelését, nem túl pihenten! Mindenki csak maximum heti 16 óra túlmunkára kötelezhető!** Mindezt fontosnak tartom, hogy a külsős munkatársainkat is megtartsuk, ami csak központi ügyelet esetén realitás!

Enying 2011.03.27.

Dr Miljánovits György