

JEGYZŐKÖNYV

Készült: Az Orosháza Városi Polgármesteri Hivatal I. emeleti tanácskozó termében 2010. november 18-án (csütörtök) 14 órakor megtartott *Társadalmi Kapcsolatok Bizottságának nyilvános üléséről.*

Jelen vannak:	Kovács Árpád	a Bizottság elnöke
	Bogdánffy Csaba	bizottsági tag
	Füvesi Sándor	bizottsági tag
	Tóth Zoltánné	bizottsági tag
	Fehér Béláné	bizottsági tag
	Bozsár Lajos	bizottsági tag
	Pusztainé Szabó Margit	bizottsági tag

Meghívottként megjelent:

Vargáné Szluka Izabella	osztályvezető
Dr. Kalmár Mihály	főigazgató, O.V.Ö. Kórháza

Kovács Árpád: Tisztelettel köszöntöm a Bizottság Tagjait, Osztályvezető Asszonyt, Főigazgató urat! Mai napirendi pontunk –, melyre külön meghívó nem került kiküldésre, a 2010. november 16-i ülésünkön elhangzottak szerint - Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza „Intézményi stabilizációs és fejlesztési stratégiai terve 2010-2015”. Aki a napirendi pontot elfogadja, kérem kézfelemeléssel jelezze.

Orosháza Város Önkormányzat Képviselő-testületének Társadalmi Kapcsolatok Bizottsága 7 igen szavazattal, ellenszavazat és tartózkodás nélkül az alábbi határozatot hozta:

21/2010. (XI. 18.) sz. határozat:

Orosháza Város Önkormányzat Képviselő-testületének Társadalmi Kapcsolatok Bizottsága elfogadta a 2010. november 18-i nyilvános bizottsági ülés napirendjét.

1.) Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza „Intézményi stabilizációs és fejlesztési stratégiai terve 2010-2015”.

Kovács Árpád: Előttünk van az az anyag, ami kedden került kiosztásra. Úgy gondolom, mindannyiunknak volt ideje áttanulmányozni. Először Főigazgató úrnak adnám meg a szót.

Dr. Kalmár Mihály: Rögtön az elején megragadnám az alkalmat, nekem rögtön gyakorlati kérdésem van A kiosztott anyagban az utolsó mellékletként az intézkedési terv szerepel, amikor megkaptam otthon, megnéztem, és saját anyagomban nem találtam a tervet. Az eredetiben, amit Polgármester úrnak adtam anyagot, abban benne van. Hoztam másolatot, adósságkonszolidáció, adósság-visszaszorítási intézkedési terv. Természetesen ez terv, nagyon át kell gondoljuk őket. A holnapi napra ezt át lehet nézni. Legyen szíves ezt a bizottsági tagok között kiosztani.

Füvesi Sándor: Van is utalás rá az anyagban mellékletként.

Dr. Kalmár Mihály: Így van. Amit a Polgármester úrral beszéltem, aki akkor vidéken tartózkodott, azt mondta, hogy Jegyzőasszonynál van, amit odaadtam, ő meg szabadságon van, küldjek be egy példányt.

Visszatérve a szakmai részére, a múltkor röviden felvázoltam magának a stratégiai tervnek a jelentőségét, ezzel illetően formán már nem kívánok foglalkozni, Elég nehéz nyelvezete van, a szakmában dolgozó Kollégák sem értenek mindent, nyilván, mert az egészséggazdaság-tan, az egészségmenedzsment egy új világ, és az újvilági nyelvezet a régi orvosoknak is bonyolult. A lényeg az, hogy - nyilván végigolvasták az anyagot -, amennyiben lennének kevésbé érthető részek, kérdések merültek fel, azokra megpróbálnék válaszolni. Illetve a végén a Stratégiai Tervtől függetlenül egy pár számadatot szeretnék elmondani, amivel teljes egészében érthető lesz a kép mindenki számára, néhány megdöbbentő adat van a rendszerben. Innentől kezdve visszaadnám Elnök úrnak a szót.

Kovács Árpád: Bozsár Lajosnak adom meg a szót.

Bozsár Lajos: Van benne kérdés is, meg vélemény is. A kérdés az intézkedési tervben szereplő betegszállítás kiszervezésével kapcsolatosan merült fel. Ez a Gyopárosfürdőre történő betegek kiszállítása?

Dr. Kalmár Mihály: Nem, ez független attól. Csak azért kellett a gyopárosi betegszállításra kocsit, mert van betegszállítási jogunk. Azért alakult ki a Városüzemeltetéssel a betegszállítási csere.

Bozsár Lajos: Az anyagban a fő probléma a pénzügyi finanszírozás, hiszen 215-216 mFt vesztesége van a Kórháznak, ami - ahogy le van írva - havi 40 millióval növekszik. Jelen információim szerint a nagy költségvetés kvázi ugyanazon a normatív alapon marad, ha minden igaz, még most tárgyalja a Parlament ezt, úgy néz ki nem nagyon fog változni a finanszírozás. Gyakorlatilag ezek az intézkedési tervek nyilván tüneti kezelésnek tűnnek, mert nem fogja tudni megállítani ezt az adósságot. Van-e központilag olyan elképzelés, hogy maga ez az ellátottság, pénzügyi finanszírozás változik? Hiszen tudunk róla, hogy megszüntették a kiemelt kórházakat, vagy nem tudom milyen címszó alatt futottak, engem az érdekel, hogy a Kórházat meg tudjuk menteni, és legalábbis nullára kellene hozni. Abban gondolkodtak-e, hogy Szarvas és térsége fájó pontok voltak a korábbi testületi üléseken is. Sok helyen felmerült, hogy komoly létszám vándorolt el a térségből, bár szakmai okok is indokolhatják függetlenül attól, hogy a gyógyászat elég specifikus, és nyilván vannak elvándorlások jobbra-balra, de attól egy komoly beteglétszámot képviselt itt a térségben. Ennek fontosságát azért látom, mert nyilván a finanszírozásban meg kell látszani. Amit egy kicsit elnagyolt az anyagban, nem is szakmailag szólnék hozzá: hiányolom az anyagból a Kórház műszerezettségének folyamatos javítását. Érintve van az anyagban, de kevésbé van kiemelve. Ha bizonyos piaci helyzeteket és ellátást veszek figyelembe, talán ez az egyik legfontosabb kitörési pontja a Kórháznak, a műszerezettsége, a folyamatos műszercsere, azok pótlása a betegellátás végett. Nyilván tud a Kórház egy olyan versenyhelyzetet teremteni, ahol komolyabb, jobb műszerezettség van, nyilván megfelelően képzett, szakképzett orvosi gárda áll rendelkezésre, akkor feltételezem, hogy a betegek is szívesebben jönnek Orosházára, mint mondjuk Szentésre vagy Békéscsabára, Gyulára. Ezt csak azért mondom, mert nagyon sok minden van az anyagban, biztos, hogy nagyon fontos dolog a minőségbiztosítás, bár annak idején azt mondta a tanárom, és ezt nem rosszindulatból mondom, hogy ehhez kvázi elkötelezettség kell, és ha a dokumentációkat nem veszem figyelembe, az már egy fél minőséget is garanciál. Nyilván azért van az emberben megszállottság. Hangsúlyozom

mégegyszer a műszerezettségét a Kórháznak, mert kiemelten fontos, és azt is tudom, hogy nem olcsó, hiszen nem ritkák a százmilliós műszerek sem. Nyilvánvaló, hogy Ti folyamatában jobban érzékelitek, hogy mire van szüksége a Kórháznak, én csak azt tudom mondani laikus fejjel, hogy nyilván elengedhetetlen a minél több pályázat, és tudom, hogy eddig ebben is partner volt a Képviselő-testület és az Önkormányzat, és ezután is partner lesz, hiszen fontos a betegellátás végett. Viszont lehet piaci alapokon is bizonyos dolgokat tenni amennyiben erre a törvény lehetőséget ad. Egy picit összetett dolognak látom ezt az egészet. Csupán kérdésként merült fel bennem az, hogy kell, hogy rendelkezzen a Kórház stratégiai tervvel, hosszú- és rövidtávúval is, ami menet közben még változhat is. Feltételezem, hogy a pályázatokhoz is szükségeltetik egy ilyen stratégiai terv. Ennyit szerettem volna kérdezni, ha még eszembe jutna valami később, majd úgymegkérdezem.

Pusztainé Szabó Margit: Ha lehet így folyamatosan kérdezni, akkor folytatnám a kérdések sorát. Valóban elég nehéz nyelvezetű az anyag. Vannak olyan szakkifejezések, amiket intézményvezetőként ismerek szervezeti a saját szervezeti kultúránkon belül, de hogy a mátrix szervezeti variánsok miként jelennek meg az egészségügyben, - tudomásom szerint a gazdasági oldalon már megvalósult – de ez kimondottan szakmai kifejezés lehet. Mit jelent ez a változtatás, hogy áttérnek a mátrix szervezeti variánsokra? A másik kérdés inkább lelki dolog nálam. Ha már a Krónikus Osztályról olyan sokszor szó esik a Tervben, annak kihasználtsága a 70%, az számomra azt jelenti, hogy nincs 100%-osan betöltve. Lehet-e olyanra gondolni, hogyha valakinek nagybeteg hozzátartozója van, vagy lesz, akkor lenne-e olyan lehetőség, hogy akár egy Krónikus Osztályon, akár más egységen belül a hozzátartozó jelen lehessen a szerette utolsó napjaiban, mellette lehessen? Hallottam erről, hogy lesz ilyen, de mit jelent ez pontosan tartalmilag? Harmadik kérdésem a nagy adósságállomány kiegyenlítését hogy tervezik? Egy adat még, ami számomra kivett mutatószám: 1000 foglalkoztatottra jutó keresőképtelenség évi átlaga 538? Ez azt jelenti, hogy minden második ember beteg?

Dr. Kalmár Mihály: Igen. Tartósan beteg.

Pusztainé Szabó Margit: Ez iszonyatos szám!

Fehér Béláné: Azt szeretném kérdezni, ami az elején már elhangzott, mi a garanciális szabály? Számomra szakkifejezésként legalább olyan nehezen értelmezhető, mint a mátrix variánsok. Másik: az informatikai rendszer több helyen fel van tüntetve. De mikor várható az, hogy egyfajta diagnosztikai rész is bekerüljön, digitalizálttá váljon, minden osztály számára elérhetővé váljon, hogy ne kelljen újra minden diagnózist felvenni, újra begépelni a rendszerbe, várható-e ez ettől a fejlesztéstől, ami itt szerepel az anyagban? A harmadik kérdésem az lenne, hogy ami a korábbi anyagban szerepelt, legalábbis az előttem levőben igen, ezek az úgynevezett VIP szobák. Tehát az ellátás általában 4-6 ágyas szobákban zajlik, miközben egyre inkább igény lenne arra, hogy túl az államilag biztosítottan fizetett formában egy-két ágyas szobákba kerüljenek azok a betegek, akiknek a családja ezt igényli. Mód, lehetőség, minőségbiztosítás, minőségi ágyak szerepelnek az anyagban. Ez fed-e, efelé elmozdul-e a Kórház?

Bozsár László: Eszembe jutott egy kérdés. A 19. oldalon szerepel a következő: „Kiemelt stratégiai feladat az intézményi gazdálkodás jogszabályának megfelelő kialakítása”. Nem jogszabály szerint működött a Kórház?

Dr. Kalmár Mihály: Nem. Nem úgy működött. Ez már kész, tehát mégegyszer mondom, 2009-től vettük át a Kórházat, és gyakorlatilag nem volt gazdasági igazgató. Törvénytelenül működött, nem jogszabály szerint. Nyilván ahogy beléptünk a rendszerbe, tehát 2009-ben megszületett a stratégiai terv, megvártuk, hogy lejárjon a 2005-2010-ig tartó, és beemeltük ide. Úgymond egy leporolt változat, amivel már egy évet dolgoztunk, tehát egy évet már az új stratégia szerint kellett mennünk, amik már a mi elképzeléseink voltak, és látszik a pályázatokon is, már eszerint nyújtottuk be a pályázatokat, illetve állítottuk fel a gazdálkodást, és a szervezeti átalakulások is szépen lassan megtörténnek. Csak az egészségügyben ez egy olyan hajó, ami nagyon lassan fordul, tehát egyik napról a másikra nem lehet megoldani. Majd áttérek a válaszadásokra, akkor mindenkinek részletesen válaszolni fogok.

Kovács Árpád: További kérdés?

Bogdánffy Csaba: Úgy gondolom, hogy kívülállóként más-más témakör a fontos. A humánerőforrással kapcsolatosan szeretnék feltenni néhány kérdést. Az orvos-pótlást is, de a szakdolgozói hiányt is említhetném. Az anyagban szerepel az intézményből eltávozott orvoskollégák visszacsábítása is. Ha jól emlékszem szerepel a főigazgatói programban is, számszerűsítve 80 egészségügyi szakemberről volt szó. Hogy sikerül-e ezek közül egyáltalán azóta valakit visszacsábítani, egyáltalán van-e erre reális potenciális lehetőség? Akik innen elmentek és tényleg a Kórház szakellátásának szempontjából jelentős, meghatározó személyiségek voltak, várható-e, hogy Ők visszajönnek?

Pusztainé Szabó Margit: Bogdánffy képviselő úr hozzászólásával kapcsolatban jutott eszembe, hogy szerepel az anyagban, hogy eszköz lehet a jubileumi jutalom további adása. Azt nem törvény szabályozza és a törzsgárdát adja a Város? Tehát a jubileumi jutalom eleve jár.

Dr. Kalmár Mihály: A törzsgárdát és a jubileumi jutalmat adni kell törvény szerint.

Kovács Árpád: További kérdés? Úgy látom más részéről nincs Nekem is lenne kérdésem, mégpedig a humánerőforrással kapcsolatban. Itt azt írja a tanulmány, hogy külön stratégiai területté kell nyilvánítani a humánerőforrás-gazdálkodást, mert a humánerőforrás-gazdálkodás stratégiának ki kell terjednie az orvosi, szakdolgozói, dolgozói hűsége, lokálpatriotizmus területére. Namármost én mint lelkész jó néhány orvossal vagyok kapcsolatban a Kórházból, és nyilván borzasztóan leterheltek. Rettenetesen nehéz nekik, és nagyon sokat panaszkodnak arra, hogy leterheltek, nem igazán tudják a munkájukat sok esetben már úgy végezni, hogy igazából felelősséget vállaljanak, mert félnek, ha valami nagyobb bakit csinálnak, akkor mi lesz? Ez az egyik, a másik az, hogy valószínűleg ennek a leterheltségnek az egyik velejárója az, hogy nem igazán élhető munkahely a Kórház a mai napokban. Nem érzik jól magukat az orvosok, ápolók, egyéb más feladatot ellátók. Van-e ebben a koncepcióban terv arra, - nyilván ha már az orvoshiány valamilyen szinten oldódik, az már egy nagy hangulati előrelépés lesz, - de valamivel élhetőbb legyen a munkahely, munkavállaló-barátabb legyen? A régi koncepcióban olvastam, hogy művese-állomás lesz. Megvalósult? Nem tudok róla. Van-e reális esély arra, hogy megvalósuljon?

Nekem is az informatikai-rendszerrel kapcsolatos kérdésem van még, tavaly várt a Kórház új számítógépekre. Azok a számítógépek megérkeztek? Olyan számítógépek, amelyeknek korszerűbb a szoftver-felszereltsége. Történt-e azóta valami, vagy még ezek is a megvalósítandó tervek közt szerepel?

Ha nincs több kérdés, akkor átadom a szót Főigazgató úrnak.

(Több kérdés nem hangzott el.)

Dr. Kalmár Mihály: Mindenkitől elnézést kérek, hogy megfordítom a válaszadás sorrendjét, csak Fehér Bélánénak el kell mennie hamarabb, és szeretném, ha hallaná a feltett kérdésére a választ.

Ezek a szabályzatok valóban elég furcsán vannak megfogalmazva. A garanciális szabály ugyanaz, mint a hétköznapi értelemben vett garancia. Ha egy beteget elbocsát a Kórház, akkor meghatározott, hogy hány napon belül veheti vissza. Ugyanis tessék úgy elbocsátani a beteget, hogy meggyógyult, egyébként ne bocsássa el. Ha a megszabott időn belül visszakerül, akkor nem fizet a biztosító egy árva vasat sem, mert a garanciaszabálynak nem tett eleget, nem úgy engedte el a páciens, hogy ő gyógyultan távozott, és három-négy napon belül visszakerült a kórházba. Ilyenkor el kell lássuk úgy, hogy érte pénzt nem kapunk. Ez ugyanúgy a pluszkiadásokat növeli. Van még egy pár egyéb szabály is. Elmondjam azokat is?

Fehér Béláné: Köszönöm nem, erre voltam kíváncsi.

Dr. Kalmár Mihály: Az informatikai rendszerre kérdeztél még rá. Az informatikai rendszerünk sajnos az évek során kicsit öszvér módon lett javítgatva, mindig kicsit hozzá lett pakolva, de soha nem egyben lett felújítva az egész. A DOS rendszerrel működő program, ami még mindig fut a Kórházban látjuk, hogy milyen elavult, a mai modern technikának abszolút nem felel meg. Olyan nagy tétel lenne az informatikai rendszer átalakítása, hogy semmi értelme nem lett volna nekünk önálló köröket futni ez ügyben, hiszen nem lett volna elég pénzünk ehhez, tovább toldoztuk-foldoztuk volna azt is, ami már nem működik. A pályázatnak, ami a TIOP 2.2.4., elnyertük, és alá is írták már a támogatási szerződést, van egy 100 millió Ft-os informatikai része, ami pontosan ezt a részt fogja feljavítani. Egy blokkban hozzá lehet nyúlni a kábelekhöz, a hardver-részhez és a szoftver-részhez is, és majd kiszolgálja azt a másik oldalon megjelenő teleradiológiai programot is, ami szintén a központi technikai tömbben ugyanezen pályázat keretén belül jön, de nemcsak ezt, hanem nyilván egy modern medikális és vezetésirányítási program is lesz ebben a történetben. Kettő esztendő még várni kell rá, 2012. augusztus vége a megvalósítás időpontja.

A VIP szobák szintén tervben vannak, a belső átalakítás is meg fog történni. A VIP szobáknak nyilván az a jelentősége, hogy egy kis bevételi lehetőséget jelentsen a Kórháznak. Ez a IV. emeleten fog történni, kétágyas, külön zuhanyzós, televíziós szobák fognak oda felkerülni a sebészet déli szárnyába, az kifejezetten VIP emelet lesz. Onnantól kezdve, akik a fizetős kategóriába tartoznak lesz lehetőségük rá, hogy ezt igénybe vegyék.

Kezdeném előlről a kérdéseket. Kicsit el kell, hogy induljak a kályhától, mert pontosan itt volt a kulcs, amit Képviselő úr megkérdezett: törvénytelenül működött a Kórház. A Kórházban gyakorlatilag nem folyt gazdálkodás. Elég sokszor elmondtuk ezt, gyakorlatilag senki nem hitte el. Úgy kell elképzelni, hogy a Kórház vakrepülésben ment előre. Fogalma nem volt arról, hogy hány beteget vett fel. Van egy olyan, hogy a tervezett betegellátásra oda kell figyelni. Amikor 2006. év végén, 2007. elején egy struktúraváltás megtörtént és rárakták a kórházakra a teljesítményvolumen-korlátot, onnantól kezdve minden egyes beteget figyelni kellett volna, pontosan azokkal a szabályzatokkal, amikben le van írva. A normatív ápolási nap azt jelenti, hogy meg van határozva, hogy hány napig ápolható. Ha ennél korábban engedjük sem támogatják, ha később, akkor sem jár érte pénz, tehát plusz költségeket jelent a Kórháznak. Ezek nem voltak kontrollálva, figyelve, nem volt kontrolling rendszer a Kórházban. Nem tudták visszacsatoltan visszaigazolni, hogy hova is megy a Kórház. Ennek lett az az eredménye, hogy a 2008-as esztendőben az elosztott teljesítményvolumen-korlátot nem tudta teljesíteni a Kórház. Tehát az elosztott kapacitást nem teljesítette. Azért volt ez baj,

mert ennek alapján határozták meg a 2010-es évet. A bázisév lett 2008. és ennek megfelelően osztották a kapacitást 2010-ben. Ha akkor a bevételt maximalizálja a Kórház, tehát kihasználja a rá osztott kapacitást, akkor 2010-ben több pénzt kapott volna a Kórház a ráosztott kapacitás alapján. Felállt a gazdálkodás, amint beléptünk a rendszerbe, a gazdasági kontrolling rendszer is, nyilván a teljes mértékű felállításához az informatikai rendszer sajnos egyenlőre határt szab, egyelőre fapados járással, de már eredményeket kapunk vissza. A tervezett betegellátás arról szól, hogy a szakágak tudják, hogy van 10-15 betegségcsoport, ami általában jellemző a saját szakágukra. Nyilván ettől van eltérés, de jellemzően ennyit tesz ki. Ők kiszámolják, hogy mi az, ami a rájuk osztott kapacitásra egy hónapban belefér a betegellátásba. A leosztott kapacitást mindig egy szezonális index jellemzi, tavaszi hónapok, nyári hónapok. Nem egy átlagot kap mindig a Kórház, hanem van, hogy többet, van, hogy kevesebbet kap egy adott hónapban. Ezt szezonális kapacitásnak hívják. A lényeg az, hogy ennek megfelelően betervezi, hogy egy hónapban hány beteget fog ellátni. Az a szakág, aminek kb. kettő hónapos várólistája van, arra szoktuk azt mondani, hogy az egy stabil szakág, nem „lőtyög”. Bármelyik pillanatban tud tervezni a várólistájára. Ha esetleg nem érkezik meg a beteg, akkor máris tud a várólistáról behívni beteget. Ez azért fontos, mert minden hónapban maximális teljesítményt kell nyújtani. A Kórház nem engedheti meg azt, hogy a rossz finanszírozás mellett még ezeket a bevételi forrásokat még gyengítse. Ki kell hozni mindenkinek a maximumot. Tehát úgy határoztuk meg minden szakágnak a fekvő- és járóbeteg ellátásban is, hogy 100%-ra állítottuk be minden hónapban a kapacitást. Van egy besoroló programunk, ami alapján besoroljuk, hogy körülbelül ez a 100%, ennyi beteget kell ellátni. Néminemű kicsi eltéréssel, de tudta ezt teljesíteni minden szakág, ami azt jelenti, hogy a ránk osztott kapacitást maximálisan kihasználtuk. Elkezdett gazdálkodni a Kórház. A gazdálkodásnak van egy olyan része is, hogy milyen költséggel látja el egyes szakág a saját betegeit. Ehhez viszont egy olyan informatikai program kell, amit a múltkor is említettem, van az intézményi gazdálkodás és van a számlaforgalmi gazdálkodás, tehát az üzemgazdasági gazdálkodás. Nekünk törvény szerint az intézményt kell, a pénzforgalmi kell, a pénzmaradványokról információt nyújtani a Fenntartó felé, az üzemgazdasági pedig a napi életünkben kell, ami azt jelenti, hogy megnézzük azt - és most épült fel annyira a kontrolling rendszer -, hogy pld. egy szemlencse-beültetés hány súlyszámot ér, tehát mennyi hoz és mennyit visz, pld. mennyibe kerül a szemlencse, az anaesthesiológia, a főorvos, akik ebben dolgoznak, tehát mennyibe kerül ez összesen. Mikor eljutunk oda, hogy ezt pontosan látjuk, de még a Kórháznak a főkönyvi programja nem tudja szétdobni a pénzforgalmi és számlaforgalmi között, de szépen lassan már haladunk vele, akkor eljutunk oda, hogy a teljesen ideálisan le tudjuk osztani a kapacitásokat, ami azt jelenti, hogy azokba a szakágakba, amik viszonylag olcsók, de több hasznot tudnak termelni, arra viszonylag több kapacitást nyomunk, ami drágább, de kevesebbet is termel, attól egy picit elveszünk. Természetesen figyelembe kell venni a területi betegigényt is, azokat az ÁNTSZ térképet figyelembe kell venni, hogy mik is azok a betegségek, amelyek a leggyakoribbak az adott térségben, tehát e kettő között kell dolgoztatni a Kórházat, hogy viszonylag ideális legyen. Amit mondtam számokat, azok 2009. júniusában voltak érvényesek. Itt lehet látni, hogy vakrepülésben levő Kórház volt, és rájuk osztották a teljesítményvolumen-korlátot, nem figyelték, nem kontrollálták a havi eseményeket. Elveszítette 300 millió forintos tartalékát, és 215 millió forintos adóssággal vettem át a Kórházat. Ez, ha úgy vesszük 500 millió forint, a 300 milliós tartalék elvesztése, plusz a 200 milliós adósság termelése. Akkor volt egymillió forintos fedezethiány. Ahogy felállt a gazdálkodás és ráállítottuk a szakágakra a kontrollálást és figyeltük. Azt az örömteli hírt tudom elmondani, hogy bár még mindig sok, de 20 millió forintra lefaragtuk a havi fedezethiányt 40 millió forintról, csak azzal, hogy ezeket a gazdálkodási lépéseket bevezettük, csak azzal, hogy tervezett betegellátást folytatunk. Most a számadatok, amik megdöbbenőek tudnak lenni. 20 millió forintos fedezethiány kb. ami

most működik. Egyedül az augusztusi hónapot nem jellemezte ez, hiszen amint mondtam, szezonális index alapján adják a kapacitást, és augusztus hónapra olyan alacsony kapacitást kapott a Kórház, hogy egyszerűen nem tudtunk bevételt termelni. Az augusztusi hónapunk kihozta a 20-40 milliót, de azért a fix költségeink maradnak, dologira is kell kiadni, mert bizonyos költségek megfaragásában olyan szolgálati színvonalaséssal járna, hogy egyszerűen azt nem léphetjük meg. Az adatok, amiket mondani akarok az az, hogy 2008-as esztendőben ami az orosházi Kórházban volt járóbeteg- és fekvőbeteg ellátásban osztva kapacitás, az 250 millió forinttal több volt, mint 2010-es esztendőben kapott az orosházi Kórház. Ami azt jelenti, hogy a járóbetegben 124 millió forinttal kapott kevesebbet a Kórház, és fekvőbeteg ellátásban 130 millió forinttal kapott kevesebbet betegellátása kapacitásában. 250 millió forinttal kevesebből gazdálkodtunk 2010-ben. Közben volt egy minimumfeltétel rajtunk, ami azt jelentette, hogy bővítenünk kellett volna a humán erőforrás-állományt, a műszerállományt. A lényeg az, hogy nem lehetett volna egyik napról a másikra 100 embert az utcára raknunk, mert akkor azt mondták volna, hogy nem teljesítjük azt a minimumfeltételt, amivel működni kell. Ennél tovább aprólékosan lehet haladni, ahogy mondtam, hogy pontosan megtaláljuk azokat a számokat, hogy melyik beavatkozás milyen költséggel jár, illetve az intézkedési tervekben vannak némi tartalékok, nem beszélve a hosszú-távú dolgokról, egy geotermikus energia program, amire a Város szeretne pályázni, azért nagyon nagymértékben segítene minket abban, hogy az intézmény fix költséggel működjön. A finanszírozás, ami a következő esztendőt érinti 46 milliárd forinttal lesz több, ahogy a médiából lehet hallani, ennél én sem tudok többet, mint az idei esztendő a fekvőbeteg ellátás ennyivel fog több jutni.

A műszerezettség: mindenki tudja, hogy duális finanszírozás a Kórházé. Egyrészt a működésére adja az OEP teljesítmény alapján a pénzt, a fenntartásra az Önkormányzat, vagy Fenntartó. Tisztelt Fenntartó! A fenntartás majdnem egy olyan történet, ami Önökre hárul. Vagyoni jelleg és műszerezettség: gépek, berendezések 291 millió forint, ami még jelenleg a rendszerben működik, és 1 milliárd forint nullára futott műszer van. De a 291-ből is 203 millió forint értékcsökkenés. Kérdezem a tisztelt Képviselő Hölgyeket és Urakat, hogy akarnak-e nullára futott műszerekkel gyógyulni? Ez irratlan pénz. Lehet látni, hogy opcionális szerződéssel bele se merek menni, amíg nem tudom a januári finanszírozást. Még olyan műszert se merek venni, hogy akkor 2-3 évig lízingelem, és havonta ennyi pénzt fizetek. Nem tudom még januárba mi jön, nem ugrunk fejést előre nem látható dolgokba, mert előre nem látható finanszírozásból nem tudom, mit merjek magunkra vállalni. Két példát tudok mondani. Az egyik a két kardiológiai ultrahang közül a régebbi - a Hitachi - javíthatatlan állapotú, a szakrendelés és a Kardiológiai Osztály között most az orvosok mozognak és állnak sorba az ultrahangnál. Épp a mai napon az egyik cég egy demókészüléket le tudott tenni, így hála Istennek két-három hét előnyünk van, egy csúcstechnológiás bejött ide demóként, tehát most egy kicsit lazul a helyzet, de ott van egy ilyen készülék 13-15 millió forint értékben. Vagy a stratégiai tervbe beírok évi 20-25 millió forintot, mert kb. műszerezettségre ennyit azért nem ártana tervezni, másik pedig, a traumások szóltak, hogy bevitték az arthroszkópot és ki is hozták, mert semmit nem láttak, mert elromlott a készülék. Olyan szinten mennek már a javítgatások, toldozások, foldozások, hogy ezeket a dolgokat nem lehet már tovább csinálni. Ezek még nem is fejlesztések tulajdonképpen, ez csere, mert a fejlesztés tulajdonképpen a pályázati pénz, ott azért kb. 350 milliós műszer van a pályázatban, ami a sürgősségi és infrastruktúrális, struktúraátalakítási pályázatban, tehát nagy előrelépés lesz. Bejön egy olyan digitalizált technológia, amivel a röntgenfilmet ki tudjuk váltani, ami óriási megtakarítás lesz, nem is beszélve arról, hogy az ügyeletes orvosokkal is tudunk egy kicsit olyan szinten mozogni, hogy ha a szomszédos kórházaknak ez meglesz, pld. Békéscsabán van egy ügyeletes orvos, egy helyen ügyel, megy a digitalizált technika, három kórház fizet egy ügyeletes orvost, ezen a költségen is lehet valamilyen szinten javítani. Ezeknél a műszereknél senki sehol soha nem számolta bele az amortizációt az

egészségügyben. Ha egy műszert megvásárol az ember, akár egy cég, a gépek amortizációját leírhatja, beleszámolhatja, nálunk ez nem történt meg. Nincs is esély, hogy visszapótoljuk, mert nincs amortizációs költség a rendszerben.

A mátrix-személet kapcsán nyilván mindenkinek a film jut az eszébe. Lényeg az, és megpróbálom nagyon egyszerűen elmagyarázni, hogy hétköznapi nyelven is meg lehessen érteni, hogyan is keverednek itt a szakágak, és miért hatékony, miért kifizetődő és miért is spórolás ez. Nem a szakmai rész csúcsorvoslásával, éppen most az ápolással kezdeném. Az urológia, a fül-orr-gégészet, a szemészet szakágak ott tartanak ma már, hogy megfelelő diagnosztika és műszerezettség alapján már majdhogynem 1-2-3 nap után el tudják engedni a betegeiket a beavatkozás után, illetőleg az egynapos sebészet keretein belül látnak el. Van aki bent marad pár napig megfigyelésen, általában jellemző már a Kórházra, hogy hétvégén a csak a legszükségesebb esetben fekszenek be a betegek. A VI. emeleten van két szárny és két szárny az V. emeleten, ez kb. 50 ágyat jelent. A két szárny három szakágán éjszaka 2-2 nővér van, és fizetjük a túlóráit vagy az éjszakai műszakját, miközben a három szakágnak kb. 5 betege marad bent az 50 ágyon. Áttanítottuk a nővéreket, hétvégére egy szárnyra berakjuk őket és kettő nővér vigyáz hat helyett rájuk. Túlóra kiadható, éjszakai pótlékot nem kell fizetni, és ugyanez jellemző az orvos-szakmára is. Nyilván ez előremutató történet, a központi technológiai tömb és a belső átalakítás után már szemmel látható lesz, ha pld. kijön a központi műtőből a beteg, azonnal az első emeltre fog kerülni, vagy az intenzív, vagy a műtött betegek osztályára. Teljesen mindegy, hogy urológiai, nőgyógyászati, sebészeti műtött beteg lesz, nyilván megfelelő higiénias körülmények között, elkülönítve a betegeket, de egy emeleten lesznek elhelyezve, ami azt jelenti, hogy sokkal összébb tudjuk húzni ezt a rendszert is, természetesen vagy csúsztatott, vagy folyamatos műszakban mehet a műtő. Ha egy csütörtöki napon végigszaladnánk, amikor műtétes nap van a Kórházban láthatnánk, hogy a 11 műtőből 10 áll. Egy műtőnek - szakemberek számítása szerint - egy óra hossznai állása 15.000 Ft mínuszt jelent a Kórháznak. Ilyenkor lehet látni, hogy milyen sok is 11 műtő, és azt, hogy mit jelent az, hogy ilyen sokat állnak. Ha azt vesszük, hogy délután 2-től másnap reggel 7 óráig 9 műtő áll, akkor ki lehet számolni, hogy mekkora veszteséget jelent az egy kórháznak. Ki lehet számolni, hogy mennyire hatékonyan tud dolgozni egy három műtőtermes központi műtő, ahol folyamatosan ki van használva a rendszer.

Körülbelül a mátrixnak ez a szerepe, hogy azonos típusú ellátások össze lesznek vegyítve, és így a neurológia is be tud jönni, mint belgyógyászati eredetű betegségnek a része, és fel tud szabadulni a lenti neurológiai rész is, ami aztán a rehabilitáció erősítésére szeretnénk használni. A krónikus szakágnak 70%-os a helykihasználtsága az csak egy terv. Azt tudni kell, hogy amikor a menedzsment belépett a rendszerbe, aki régebben benne van, az bizonyára tudja, hogy a krónikus ágyat 2007-ben ránk osztották, 80 ágy volt, plusz volt 30 ágyunk még 50-et kaptunk. Fölépült a Krónikus részleg, nem volt megnyitva, a Minisztériumból mindig jött egy halasztó levél, hogy még ne nyissuk meg. Rossz személet, mert jót ugyan nem hozott, de bevételt sem. Mindig először a bevételt kell maximalizálni, és utána a költséget nyilván faragja az ember ott, ahol tudja, ill. hozzárendeli a megfelelő keretet. A bevételt viszont akkor is maximalizálni kell. Akkor, amikor megnyitottuk azt mondtuk, hogy 70% az, amin minimum futnia kell ahhoz, hogy egyáltalán valahogy rentábilis legyen a finanszírozása. Ma már 90%-on van, ahogy beindult, amikor is 70%-ot kellett minél előbb elérnünk, a betegeknek nem biztos, hogy mindegyike ott kellene legyen, lehet, hogy valamilyen szociális intézetben kellene elhelyezni inkább, de ma már majdnem felvételizni kell a szociális otthonba, a törvények miatt nehéz bejutni, tehát az ellátottak bekerülnek a krónikus osztályokra. A baj az, hogy a finanszírozás itt is változott, 30 nap után az 1,2-es szorzó visszaesik 90 fillérre, tehát minél tovább tartjuk bent, annál költségesebb a krónikus beteg ellátása, de nyilván ilyen betegeket nem tud az ember az utcára tenni. Hogy a hozzátartozók utolsó órákban mellette lehessenek szeretteiknek elvileg a stratégiai tervben nem szerepel, de

Tiszteletes úrnak már meséltem régebben egy olyan Emberség Programról, amihez csatlakozni szeretnénk. Nyilván senkit nem szeretnénk megsérteni, de mindenre lehetőséget szeretnénk adni, és az Emberség Programhoz csatlakozott az a gádorosi család, akik felajánlották a kápolna építését a Kórháznak. Ez nem az övéké lesz, mindenkié lesz. Ők az egész Kórháznak, Térségnek adományoznak egy kápolnát, ahová mindenki betérhet természetesen. A betegek utolsó óráiban, úgy szoktuk mondani, ahogy az orvostudomány szokta mondani szépen lassan lehet látni ezeknek a krónikus betegeknek, hogy nem sok van hátra. Sajnos vannak tünetek, amik ezt mutatják, beesett szem, üveges tekintet, stb. Sajnos jelen pillanatban a kórteremben, ahol vannak, ott kell meghalniuk, a hozzátartozóknak ott állniuk, majd egy paravánnal elválasztják, mert meg van szabva az az idő, hogy mennyi ideig kell még az ágyon tölteniük, amíg el nem szállítják. Kellemetlen a szobatársaknak, kellemetlen a hozzátartozóknak, mindenkinek. Egy kegyeleti szobát mindenféleképp ki szeretnénk alakítani, amikor a végső órákban a család külön elvonulhat a hozzátartozóval. Mindehhez azokat a kegytárgyakat be szeretnénk szerezni, amelyek jellemzőek, feszület, rózsafüzér, stb., egy tisztességes szemfedőt, hogy ne egy lepedővel legyen letakarva, olyannal, amely minden embert a végső órában megillet. Az adatok, ÁNTSZ adatok, azokról nem tudok mit mondani, az ÁNTSZ gyűjtötte a térségben, hogy ezer emberre mennyi nem dolgozó vagy munkaképtelen jut, erről hadd ne formáljak véleményt. Azért tettem be ezeket a táblázatokat, hogy lássuk, hogy a Kórháznak melyik irányba kell mennie. Nyilván, ami nagyon kiugrik, hogy a kardiovaszkuláris betegségek nagyon viszik a prímét, az idősök és betegek száma a megyében az országos átlaghoz képest magasabb, tovább romlott. Számunkra ezek figyelmeztető adatok, hogy mi felé érdemes elvinni, ha fejleszteni kell.

Fehér Béláné: Elnézést kérek, nekem, mint jeleztem távoznom kell. Kérdésem az lenne, hogy előre leszavazhatok?

Kovács Árpád: Nem, nem szoktunk ilyet csinálni.

Fehér Béláné: Akkor köszönöm a tájékoztatást és a kérdéseimre feltett választ, további jó munkát kívánok.

(Fehér Béláné 14:45 perckor távozik a Társadalmi Kapcsolatok Bizottságának üléséről, ezzel a Bizottság létszáma 6 főre változik.)

Dr. Kalmár Mihály: Folytatnám az orvospótlásra feltett kérdéssel: azért említettem, mert nem úgy működik, mint pénzvesztés, adóssághalmozás. Ha egyszer csak úgy adódik, hogy azt vissza lehet pótolni, akkor meg lehet tenni, de emberekkel más a helyzet. Orvost nagyon nehéz pótolni, ha egyszer elmegy, nem könnyű visszacsábítani. Hihetetlen nagy veszteség az, ha orvost veszít el egy kórház.

A tizennégy év alatt 80 orvost, tehát nem egészségügyi dolgozót, hanem orvost ment el a Kórházból, és sajnos döntő többsége az országban máshol dolgozik tovább. Szerencsére tudunk visszacsábítani kollégákat, a Kardiológiára, Gyermekosztályra, Sürgősségi Osztályra. Emellett fiatal orvosok is érkeztek, érkeztek Romániából is, érkeztek rezidensek is a rendszerbe. Holnapra meg fogom nézni, hogy tízen felül van azoknak a száma, akik újonnan beléptek a rendszerbe, és még mindig várunk kiváló szakembereket.

Holnap lesz egy megbeszélésem egy volt Kollégával, akit megpróbálunk visszacsábítani, remélem sikerül majd. Nagyon nehéz, nincs traumatológusunk, fül-orr-gégészünk. Sajnos Süle adjunktusnő egészségügyi okokból kiesett a rendszerből, nem talál az ember orvost. A

klinikán sem találnak már, a szegedi Gyermekklinika sem talál fül-orr-gégészt. Mindenki külföldre ment a klinikáról, ha jól tudom hat orvos. De a szegedi traumatológus főorvos is havi kilencet ügyel. Próbálunk, de nyilván ehhez a Fenntartónak is hozzá kell járulni, szolgálati lakás, stb., amivel a városba tudja csábítani a szakembereket. Én csak azt tudom mondani, hogy kb. mit tudok ajánlani, gyorsan kiszámoljuk, hogy mit fog ő termelni, mit fog jelenteni a jövő számára. Nyilván a KJT-től már el kellett mozdulnunk, mert piaci alapon találunk szakdolgozókat és orvosokat, ez is nyomja a fix költségünk büdzsáját. Visszatérve arra, hogy szarvasi térség visszacsatolható-e vagy sem. Elég rossz volt az a törvény, ami ezt megengedte, hogy így összekuszálódjanak a betegutak, amik történelmileg már kialakultak. Onnantól kezdve, hogy egy önkormányzat hogy döntött, és miért döntött úgy, azt én személyesen vizsgáltam a Babák polgármester úrral, nem most, hanem az előző ciklusban, szétette a kezét, és azt mondta, hogy ebben nem tud állást foglalni, oda akartak menni az emberek. Természetesen nem mondtunk le ezekről a dolgokról, de ismét jön egy új rendszer, a Semmelweis-terv, amiben nagytérségnek fogják hívni. Akkor is mondtam, hogy nevezhető súlyponti kórháznak, területi kórháznak, a betegeket el kell látni, nekik pedig az a jó, ha oda mehetnek, ahova szeretnének. Fizetőssé tenni az orvoslást, amikor nincs az embereknek pénze, már nem egyszerű történet, nem is szül jó vért, és ne is keverjük össze azzal, hogy valakinek azt mondom, hogy területen kívül jöhetsz, de fizess, és akkor a Kórházban marad a pénz, esetleg szétosztom az orvosok között, vagy pedig a páciens, ha meggyógyul odamegy ahhoz az orvoshoz, aki kezelte és egy borítékkal megköszöni. Azt nem szabad összekeverni, hogy valakit az Állam kötelez arra, hogy fizessen, és a vizitdíjnál lehetett látni, hogy hihetetlen ellenállásba ütközött. Ha azt mondja egy hétvégén, hogy köszönöm doktor úr vagy doktor nő, akkor az egy önszánt dolog. Kovács elnök úr kérdésére elmondtam a leterheltséget, de azt is el tudom mondani, hogy pont az Orvosigazgató úrral szoktuk beszélni, hogy hihetetlen, felháborító az, hogy egy fiatal orvos kettő alkalmat volt hajlandó leügyelni egy hétvége alkalmából egy hónapban. Nem akarok személyeskedni, de Mlinarics főorvos úrnak ennyi idősen korábban 15 alkalmat kellett, hogy ügyeljen. Az biztos, hogy 20 évvel ezelőtt nem álltak az ügyvédek a folyosón, és nem várták a pácienseket, hogy feljелеtsék az orvosokat. Nyilván más volt a viszony, de nyilván az elmúlt időszak egészségügyi politikája, kicsit mondhatom, hogy orvos-ellenes politikája hozta ezt, hogy rettegnek már mindentől, és nem tudja a családját sem eltartani abból a fizetésből, ami kijön, ezt az orosházi Kórház nem fogja tudni megoldani. Viszont tud jótékonysági estet csinálni. Tudna egy olyan közösségi műsort csinálni, a főorvosi garnitúra 30%-a jelentkezett a jótékonysági estre. Hogy az orvoskollégák, akik bent dolgoznak nem tudom hány százaléka jelentkezett be. Ki lehetne mozdulni, lehetne feledni a gondokat, bajokat, le lehetne ereszkedni a páciensekhez, beszélgetni az adományozókkal. Van egy olyan érzésem nekem is, tisztelet annak, aki itt Orosházán dolgozik, és nap mint nap kontaktusban van a betegével, hogy amint vége a műszaknak vagy Csabára vagy Gyulára megy el. Letudtam a kötelezőt, el innen. Nem jó ez így. Ahol a beteg, szerintem ott legyen az orvos. Ha a piacon találkoznak, két mondatot beszélhetnek, teljesen más a viszony. Szeretnék hagyományt teremteni a jótékonysági estéből, ki tudja egyszer majd talán bálnak is fogják hívni. Nem kell majd talán jótékonykodni, bálozhatunk is egyet majd egyszer. Társadalmi esemény legyen, hogy akik az egészségügyben vannak találkozhassanak olyan emberekkel, akik csak kívülről látják a dolgokat. Más városban ennek nagyobb keletje van, jobban kimozdulnak az emberek. A kedvet mégegyszer mondom leginkább a fizetés javulása hozná meg. Ha külföldön tízszer, hússzor többet kap, akkor vagy elmegy, vagy itthon marad, de borzasztóan el van keseredve, hogy miért is van ez így.

Művese állomás: azt kell megnézni, és pont tegnap beszéltem a nephrológus főorvossal, aki a szegedi művese állomásnak volt az orvosigazgatója, itt nálunk szakrendel, hogy amíg a doktornő le nem szakvizsgázik, tőle kérdeztem meg pont a tegnapi napon, hogy reális esély van-e? A művese szintén kapacitásfüggő. Utána kell nézzek, hogy a művese-kezelésre való

kapacitásunkat, amikor a terhek elmentek elveszítettük-e nem tudom, mert ezt az OEP fizeti. Akkor éri meg egy magáncégnek itt művese állomást felépíteni, ha megkapja a Társadalombiztosítótól a pénzt. Ha nincs kapacitás, akkor nem is lesz. Jelen pillanatban az Egészségbiztosítási Pénztár nem oszt kapacitásokat. Itt az a kérdés, hogy kapacitás van-e, az megéri-e a befektetőnek, kérdezték már a magánbefektetők, hogy hogyan állunk, sajnos betegszám van bőven. Békéscsaba bedugult, Gyula szintén. Elvileg lenne, de meghatározott, hogy mikortól éri meg egy művese-állomást felépíteni.

Az informatika: vártunk számítógépet. Egyelőre azok a minimálisak jöttek be, amik a kiszolgálóhelyiségekhez kellettek, ahol már Windows programban kell, hogy fussunk, és nyilván nagykapacitású gépek kellettek. Az összes többi abba a százmillió forintos informatikai programba próbáljuk majd betenni. Amihez kell, ahhoz veszünk gépet, de csak ahhoz, amihez nagyon indokolt. Hadd ne mondjak számokat, de a Kórházi Alapítvány pénzéből is lett vásárolva. Ha kell holnapra meg tudom mutatni a számlát. Ennyit tudtam elmondani a kérdésekre.

Kovács Árpád: Köszönjük az információkat.

Bozsár Lajos: Volna még egy kérdésem. Az intézkedési tervet olvasgattam. Láttam benne a mosoda kiszervezését. Nyilván anyagilag fontos a közbeszerzés. Az a kérdés merült fel bennem, hogy valamilyen kör volt-e már futva, van-e érdeklődés? A legfontosabb a Kórház takarítása. Ennek megfelelő ellenőrzés kell.

Dr. Kalmár Mihály: Ezek nem kész tények, de alaposan körbejártuk.

A takarításnak megvan az a veszélye, hogy egyáltalán tudunk-e költséget spórolni vele? Ezek, mint tervek felmerültek, be kellett raknunk őket. Ha jól csináljuk, van lehetőségünk a spórolásra. A takarítással kapcsolatosan nem mennénk bele referencia nélküli dolgokba. Keresett már meg olyan cég, aki 20 kórházat takarítanak. Nyilván nem azzal fogom kezdeni, hogy ti akkor jók lesztek, hanem a 20 kórházból megkérdek valakit, hogy hogyan van megelégedve a céggel. A másik, hogy nem feltétlenül ezzel fogunk kezdeni, hanem azzal, hogy mi saját magunk központosítjuk a takarítást. Jelen pillanatban úgy van, hogy a szakágakra ki vannak osztva, és a főnövérek beosztják a takarítónőket. Nem biztos, hogy nem központosítjuk a takarítónőket, egy központból lesznek irányítva. Legfőképp az anyagrendelés miatt, mert akkor jobban tudja kontrollálni a főnökük a takarítóknak. Másrészt lehet, hogy a tisztaságot is jobban tudja kontrollálni, mert van egy főnök, aki megy és nézi, hogy hogyan dolgoznak. Sok rossz tapasztalatom van. Lehet, ha most beszaladnánk találnánk trécselő és dohányzó – kávézgató - teázgató takarítónőket és találnánk poros helyeket is. A kiszervezett takarításnak az előnye az, hogy ha valamivel elégedetlen vagyok megszüntethetem a szerződést, nyilván a közbeszerzés szerinti feltételekkel. Ő oda tud menni a dolgozójához, és mondhatja neki, hogy holnaptól nincs szükség magára. Én ezt a közalkalmazottal nem tudom megtenni. Azt a tortúrát, hogy „ha én mégegyszer itt ilyen koszt látok, akkor csúnya fegyelmi tárgyalás, első fegyelmi, ha mégegyszer koszt látok, második fegyelmi”, nem akarom ezt végigjárni. Aztán eljutunk oda, hogy egy takarítónő fél év múlva elment, de nem biztos sokkal nagyobb rend lett. Nem köbe vésett történet, csak egy lehetőség, ami oda le van írva.

A mosodánál szintén, az elavult csőmosógépet megjavíttattuk 300.000 Ft-ért. Honnan szedek én havonta ennyi pénzt csak, hogy javítgassam? Körülbelül fél év alatt tudtam meg aztán a végső adatot, mert minden hónapban más adatot mondtak, hogy 260Ft-ért mosunk egy kg ruhát, amikor 180 Ft-ért is meg lehet tenni. Szeretném a mosodát úgy megoldani, hogy jöjjön valaki, aki fejleszt, szinten-tart, beruház, és foglalkoztatja a dolgozókat, plusz 180 Ft-ért mos nekünk. Amikor ide kerül az ember el kell gondolkodni azon, hogy befektetőnek mi éri meg?

Hány évre is írja ki a közbeszerzést, nyilván minimum öt év kell neki, hogy amit befektetett, az valamikor vissza is térüljön. Ha ez nem megy, akkor teszünk a Városban, vagy a környéken egy kört, hogy valami mosoda elvállalja-e 180 Ft-ért, vagy olcsóbban úgy, hogy hozza-viszi az anyagot. Nyilván a mosatásnál iszonyatos energiapocsékoló módon mennek a mosógépeink, rossz energiafelhasználás miatt ez is nagy költséget jelent. Azért mondom, hogy ebbe már olyanokat is viszünk, hogy a műtős izoláló szetteket, amivel letakarják a betegeket, a steril szetteket a textíliáról szépen lassan az egyszer használatosra cseréljük át. Egyrészt nincs a mosoda költsége mögötte, másrészt nincs meg a felülfertőződés veszélye, mert ki lehet őket dobni. Ezek tehát nem kőbe vésett dolgok, ezek lehetőségek, amelyekkel még pénzt lehet spórolni, százszor és ezerszer körbe lehet őket járni, hogy még véletlenül se járjunk rosszul. Nem egyszerű feladat. Ötfunkciós-elem, műtők, kórtermek, irodák, szakrendelők takarítása, sok eleme van. Ha központosítjuk saját berken belül is, spórolás, de profi ember kell, aki ellenőrzi őket, vagy egy profi csapat, aki megfelelően 20 kórházat takarít.

Vargáné Szluka Izabella: Tisztelt Bizottság, tisztelt Főigazgató úr! Nem akarom soká rabolni az idejüket, annyit szeretnék mondani, hogy a humángazdálkodással összefüggő problémák kapcsán megszólítatott az Önkormányzat is. Több ciklus óta az Önkormányzatnak létezik olyan határozata, amely módot ad arra, hogy akár a Városban letelepedő orvosok számára, akár a szakorvossá válás költségeihez hozzá tudjon járulni az Önkormányzat. Másfél millió forint határig, havi 25.000 Ft erejéig. Azt kell mondjam nem igazán volt érdeklődés az utóbbi időben, hogy a múlt évben is csak egy ilyen kérelem érkezett be. Főigazgató úrnak igaza van abban, hogy ez a rövidtávú, vagy kis összegű kisegítő támogatás nem igazán csáberő. Az igazi az lenne, ha ahhoz a sok munkához és felelősséghez, amit nap - nap után vállalnak az orvosok, és szakápolók, segédápolók is megfelelő bérezéssel tudjon hozzájárulni. Nyilvánvaló, hogy az Önkormányzat plusz segítséget nem tud adni. Úgy érzem, hogy az Önkormányzat részéről az, hogy néhány éve lehetővé tette, hogy a Kórháznál is a törzsgárda jutalmazás bevezethető legyen, és ennek a finansziális hátterét az Önkormányzat vállalta fedezni, a lehetőségeihez mérten a lehető legtöbbet megtette. Ugyanakkor el kell mondjam, hogy az orvosok beérkezésének, letelepedésének, megmaradásának támogatása általában a mindenkor Polgármester privilegizált döntéseinek függvénye. Eddig még valamennyi ciklusban mindenki rendkívül pozitívan állt hozzá a polgármesteri székből az orvos probléma orvoslásához. Ha szükség van arra, hogy akár önkormányzati bérlakás bérlete útján tudjuk átmenetileg megoldani egy-egy ide érkező orvos lakásproblémáját, azt mindig készséggel próbálták rendelkezésre bocsátani. Ennyit az Önkormányzat lehetőségeiről. Erről ugyan még Dr. Dancsó polgármester úrral még nem tudtunk beszélni.

Dr. Kalmár Mihály: Nekem tudomásom van róla.

Vargáné Szluka Izabella: Biztos vagyok benne, hogy ő ezt a nemes és szép hagyományt nem akarja felborítani, sőt, ha mód van rá még fejlesztheti is. Ugyanakkor viszont azt is tudom, hogy a Kórház is rendkívül ötletes módon próbált azon segíteni, hogy akik ott dolgoznak a Kórházban és családostól, meg tudják oldani azokat a problémákat, amikkel a nők ugyebár nap, mint nap szembenéznek. Nagyon sok nő dolgozik a Kórházban, elsősorban a betegápolásban, az alternatív, gyermekek napközbeni ellátásának megszervezésével a nyári szünet idejére. Azt hiszem, hogy nagyon sok dolgozónak biztosították a lehetőséget arra, hogy ne kelljen fizetés nélküli szabadságra mennie, vagy valamilyen módon távol maradni munkahelyétől, hogy gyermekének felügyeletét biztosítani tudja. Ez most nyáron történt először meg, és nagyon dicséretes az Ápolási Igazgató Asszonyt illeti dicséret ezért. Ha más

hasznos ötlettel elő tudnak állni, és hozzánk fordulnak azt hiszem, hogy mindenfajta rugalmas megoldásnál a fenntartó pártolni fogja, hogy végigvigyék ezeket az ötleteket.

Dr. Kalmár Mihály: Köszönöm a kiegészítést. Válasz a kedélyjavításokra.

Kovács Árpád: Hadd kérdezzem azt meg, hogy milyen az újonnan érkezett orvosok helyben maradása, mennyire fluktuálódik az orvosgárda?

Dr. Kalmár Mihály: Most két részre bontanám, mert a határon túlról is érkeznek kollégák és határon belülről is. Jelen pillanatban egyetlen egy doktornő szaladt el innen, aki jött, még megvárva a három hónapos próbaidőt, de ezelőtt hét helyen volt. Tehát nem igazán találja a helyét a doktornő. Ez nem jellemző. Aki idejött, az meg akarja a szakmát tanulni, le akar szakvizsgázni, de abszolút nem jellemző ez, hogy szakvizsgásoknak már nem tudunk „kötelet rakni a nyakába”. Iszonytató mennyiségű fejevadász cég vár a végzett orvosokra és viszi ki őket külföldre.

Ha azt mondom, hogy szeretnék külföldre menni, akkor nem nekiindulok és keresek, hanem odamegyek egy céghez. Jelenpillanatban megfognám a családomat, jelentkeznék, hogy Svédországba mennék, két hónapra elvinnének minket oda, amíg én tanulom a svéd nyelvet, a családom és én teljes ellátást kapnánk, és a fizetést is már elkezdeném kapni. Svédország nagyon szereti a családdal érkezőket, nem szeretik, ha svédet vesznek el a külföldiek, és azonnal a szociális hálót „rádobják” az érkezőkre. Gyerektartás, óvoda, mindent adnak. Persze olyan pénzt is, amivel az esetleg itthon megszorult svájci lakáshitelt is vígan ki tudják fizetni. Öt évben gondolkoznak általában, de szépen lassan ott ragadnak. Mindig azt szoktuk mondani, hogy külön kulturális történet az, hogy az ember a saját nyelvén gyógyítson, de ha kimegy külföldre azt mondja amit tud, itthon meg azt amit akar. Nem mindegy a gyógyulás szempontjából.

Bozsár Lajos: Legutóbb hallottam, hogy 90%-a megy ki a végzeteknek külföldre.

Dr. Kalmár Mihály: Eltűnt most 50% a rendszerből. Azt ígérték, ha a törvényt feloldják, ami röghöz kötik a rezidenseket, akkor 70-80% megjelenik. Nem tudni hova tűnt el 50%. A bennlévőknek 70-80%-a nem is gondolkodik Magyarországon. Nagy baj lesz. A háziorvosi és a házi gyermekorvosi rendszer is kiöregedett. Nem lesz hova menni. Hiába próbáljuk az alapellátást megerősíteni, ha nem lesz kivel.

Bozsár Lajos: Hat évig azért komoly pénzébe van az Államnak.

Dr. Kalmár Mihály: Hát hogyne. Norvégiában nincs is orvoshiány. Ott veszik a „kész terméket”.

Kovács Árpád: Köszönöm. Úgy látom nincs több kérdés, hozzászólás.

Szavazásra bocsátom a napirendi pontot. Aki a határozati javaslattal egyetért, kérem kézfelemeléssel jelezze.

Orosháza Város Önkormányzat Képviselő-testületének Társadalmi Kapcsolatok Bizottsága 4 igen szavazattal, 2 tartózkodással, ellenszavazat nélkül az alábbi határozatot hozta:

22/2010. (XI. 18.) sz. határozat

Orosháza Város Önkormányzat Képviselő-testülete az Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza „Intézményi stabilizációs és fejlesztési stratégiai terve 2010-2015.” című tervet elfogadja.

Felelős: Vargáné Szluka Izabella osztályvezető a határozat közléséért

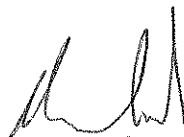
Határidő: 15 nap

Felelős: Kovács Árpád a Bizottság elnöke a Bizottság véleményének ismertetéséért

Határidő: értelem szerint

Kovács Árpád: Mindenkinek köszönöm a munkáját és a részvételét. A bizottsági ülést ezennel bezárom.

K.m.f.



Kovács Árpád
a Bizottság elnöke