

**A Bajai Szent Rókus Kórház
egységes szerkezetű
szakmai fejlesztési terve
(2014-2020)**

Frissítve: 2015. december 31.

A Bajai Szent Rókus Kórház általános helyzete

A Bajai Szent Rókus Kórház a Dél-Alföldi régió, ezen belül Bács-Kiskun megye egyik meghatározó egészségügyi intézménye. A kórház több száz éve szolgálja Észak-Bácska lakosságának egészségügyi ellátását.

1 Szakmai értékelés

1.1 Földrajzi adottságok

Dél-alföldi régió:

Baja az ország dél-alföldi régiójában, annak dél-nyugati területén helyezkedik el. Földrajzi szempontból kiemelendő az országhatár közelsége. A Kórházhoz tartozó 55 km sugarú elvi terület egy része, így már a szomszédos Horvátország és Szerbia területére esik. Tekintettel arra, hogy fő közlekedési útvonalon való elérhetőség szempontjából Baja igen jó helyzetben van, Horvátország uniós csatlakozását követően lehetőség nyílt euróregionális együttműködés keretében való betegellátásra is.

Fő közlekedési útvonalain (M6, M66, 51-es és 55-ös főút) jelentős hazai és nemzetközi tranzitforgalom zajlik. Ezen útvonalak leterheltsége nem csak az elérést nehezíti meg, hanem megnöveli az ellátandók számát is.

1.2 A régió népmozgalmi adatai

A Dél - Alföld 18.399 km² területen helyezkedik el. A 6 konvergencia régió közül a délföldi a második legnagyobb lakónépességű. Mivel területét tekintve a legnagyobb régió, így népsűrűsége az országos átlag alatt van. A régió lakosságszámának folyamatos csökkenéséhez nem csak a természetes fogyás (mely országosan a második legnagyobb mértékű), hanem a régióból való elvándorlás is hozzájárul.

A lakosság eloszlásának mutatói nagy szórásokat mutatnak városi és a vonzókörzetükhöz tartozó gyéribben lakott területek vonatkozásában. Mindezek megnehezítik az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés esélyeit a terület nagysága és az ehhez társuló közlekedési viszonyok miatt.

Bács-Kiskun megye Magyarország legnagyobb területű megyéje, az ország területének 1/12-e. A Duna-Tisza közén helyezkedik el. Északon Pest megye, keleten a Tisza, délen Szerbia, nyugaton a Duna határolja. Székhelye Kecskemét. Területe 8445,15 km², településeinek száma 119, népessége 548 106 fő, népsűrűsége 64,9 fő/km².

Bár Bács-Kiskun az ország ötödik legnépesebb megyéje, nagy mérete miatt a népsűrűség csaknem fele az országos átlagnak. Bács-Kiskun lakosságának 2/3-a a megye húsz városában él. A legnépesebb település a megyeszékhely, Kecskemét,

ahol a megye lakosságának csaknem 1/5 része él. A legsűrűbben lakott település Kalocsa (342 fő / km²), a legritkábban lakott pedig Újsolt (5 fő / km²). Jellemzőek az óriásfalvak és jelentős a tanyasi lakosság száma.

A megye lakossága csaknem homogén, szinte csak magyarok lakják. Kisebb horvát, illetve német szigetek találhatóak Hajós, illetve Baja környékén.

1.3 Bajai Kistérség mortalitási és morbiditási adatai

A Kistérség településeinek népessége a rendszerváltás idején elérte a 80.000 főt is, azóta folyamatosan csökken. A népesség fogyását jelző összetett mutató **a 100 lakosra jutó tényleges szaporodás, ennek 2010-es értéke a Kistérségben -1, amely lényegesen rosszabb az országos átlagnál**, amely -0,4 volt 2010-ben, de alulmúlja a megyei (-0,83) és regionális (-0,87) átlagokat is. **Az utóbbi 5 évben meredeken zuhant ez a kistérségi érték, 2005-ben még -0,7 volt.** A viszonylag kedvezőtlen mutató oka, a két alapösszetevő, a természetes szaporodás és a vándorlási különbség negatív értéke. A természetes szaporodás negatív értéke inkább az élve születések számának alacsony értékének tudható be, a halálozási mutatók összességében kedvezőbbek a feltüntetett referencia átlagoknál. **A férfiak halandósága 3,6 %-kal, a nőké 12 %-kal alacsonyabb az országos átlagnál.** Hasonló a helyzet a megyei és a dél-alföldi régió arányszámaihoz viszonyítva is. A Bajai Kistérségben az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés - a többi kistérséghez viszonyítva – kedvezőnek tekinthető.

Amennyiben összetevőire bontjuk a fenti mutatót, akkor azt látjuk, hogy a **100 lakosra jutó természetes szaporodás (-0,61) és a 100 lakosra jutó vándorlási különbség (-0,39) is szintén negatív.** Összehasonlítva a megyei (tsz: -0,52 és vk: -0,3), regionális (tsz: -0,59 és vk: -0,28), valamint országos (tsz: -0,4) értékekkel elmondható, hogy **mindkét mutató tekintetében rosszabb a kistérségi helyzet.**

A negatív vándorlási különbség önmagáért beszél, azaz az elvándorlások száma meghaladja az odavándorlások számát. 2010-ben az odavándorlások és elvándorlások a következőképpen alakultak a kistérségben (1. táblázat)

Mutató megnevezése	Bács-bokod	Bács-borsód	Bácsszentgyörgy	Baja	Bátmonostor	Csátalja	Csávoly	Dávod	Duna-falva	Érsekcsanád
Állandó odavándorlások száma 2010 (fő)	67	81	1	605	22	46	29	52	21	44
Állandó elvándorlások száma 2010 (fő)	84	70	2	585	45	62	51	42	20	42

Mutató megnevezése	Érsekhalma	Felső-szentiván	Gara	Hercegszántó	Nagybaracska	Nemesnádudvar	Rém	Sükösd	Szeremle	Vaskút	Összesen
Állandó odavándorlások száma 2010 (fő)	5	36	44	35	128	12	31	57	22	82	1 420
Állandó elvándorlások száma 2010 (fő)	13	29	65	46	104	24	43	80	62	64	1 533

1. táblázat

A természetes szaporodás negatív értéke a születések és a halálozások negatív egyenlegéből adódik. **A 100 lakosra jutó élve születések száma 0,76, mindhárom referencia átlagnál alacsonyabb.**

A 100 lakosra jutó halálozások száma (1,4) megegyezik a megyei és dél-alföldi átlaggal, viszont meghaladja az országos átlagot (1,3).

A Kistérség öregedési mutatója (1,9), amely magasabb a megyei (1,6), és regionális (1,7) valamint az országos átlagnál is (közel 1,6).

A 2010-es standardizált halálozási arányszámok azt mutatják, hogy a Bajai Kistérségben a halálozási mutatók összességében kedvezőbbek a feltüntetett referencia átlagoknál. A férfiak halandósága 3,6 %-kal, a nőké 12 %-kal alacsonyabb az országos átlagnál. Hasonló a helyzet a megyei és a dél-alföldi régió arányszámaihoz viszonyítva is.

A legfőbb halálok a kistérségben – az országos trendnek megfelelően - a keringési betegségek. Az 1000-ból 568, azaz az összes haláleset 57 %-a valamilyen keringési betegség miatt következett be.

Összehasonlítva a referencia átlagokkal, azaz az országos, regionális és megyei átlaggal, a férfiak esetében 1,8 %-kal alacsonyabb, viszont a nők esetében 4,6%-kal magasabb a keringési betegség miatti halálozás az országos átlagnál. A regionális és megyei átlagnál a férfiak mutatója 7,3 és 7,1 %-kal jobb, a nők átlaga közel azonos a referencia arányokkal (2. táblázat).

Standardizált halálozási arányszám (100 ezer főre)	2010	
	férfi	nő
Összes halálozások		
Baja	1 165	601
Bács-Kiskun	1 270	684
Dél-Alföld	1 228	684
Országos	1 209	683

2. táblázat

A második legfontosabb halálok a daganatok okozta halálozások. Az 1000-ból 213, azaz az összes haláleset 21 %-a daganatos betegség miatt következett be.

A daganatok okozta halálozások esetében a férfiak és nők aránya mindegyik referencia arányszámnál sokkal kedvezőbb. A férfiak esetében az országosnál a legnagyobb az eltérés (11,3 %-kal), de a regionálisnál (9,4%) és a megyeinél is hasonló a helyzet (8,9%). A nők esetében még nagyobb az eltérés, az országos átlagnál 33,5%-kal, a regionálisnál közel ennyi, 32,8 %, de a megyei átlagnál is 27,9 % jobb a daganatok okozta halálozás standardizált arányszáma.

A harmadik leggyakoribb halálok az emésztőrendszeri betegségek. Az emésztőrendszeri betegségek okozta halálozás a férfiak esetében 15,9%-kal rosszabb az országos átlagnál, de magasabb a regionális átlagnál is (a megyeivel közel azonos). A nők halálozási arányszáma viszont kedvezőbb, 35,1%-kal jobb az országos átlagnál, de a megyei és regionális adatokkal összevetve is kedvezőbb a helyzet.

A légző rendszeri megbetegedések miatti halálozások arányszámai a férfiak és a nők esetében is kedvezőbbek, mint az országos átlag, mégpedig a férfiaknál 18,5 %-kal, a nőknél 27,6 %-kal alacsonyabb, mint az országos átlag. Hasonló a helyzet a megyei és a regionális adatokkal összevetve.

A haláloki struktúrában ugyan nincs vezető helyen a **krónikus májbetegség/májcirrózis**, valamint a szándékos önártalom, ugyanakkor mindkét halálok tekintetében **a megyei átlag magasabb**, mint a referencia értékeke.

A Bajai kistérségben a halálozás kormegoszlása, 2010. évben (3. táblázat)

Év	Férfi				Nő				Összesen			
	0-14	15-64	65-x	össz.	0-14	15-64	65-x	össz.	0-14	15-64	65-x	össz.
2010	4	170	341	515	3	65	421	489	7	235	762	1004

3. táblázat

1.4 A Bajai Szent Rókus Kórház rövid története

A fellelhető irattári anyagok bizonyítják, hogy **1793 elején megkezdték a kórház építését, és 1795. aug. 10-ig be is fejezték.** Az 1840-es tűzvész után újjáépített kórház már nem felelt meg a kor követelményeinek, ezért új kórház építéséről határozott a város vezetősége. 1903-ban állt az új kórház 5 új épülettel, 200 ágygal. A második világháború idején 9 fekvőbeteg osztályunk volt 643 ágygal. Több kisebb - nagyobb pavilon építése után kiemelkedik a sebészeti pavilon építése, mely 1973-ban kezdődött és 1977-ben került átadásra, ekkor 1014 ágyas a kórház. Az 1971-ben épült belgyógyászati pavilont 1979-ben kibővítettük még egy épülettel, így beköltözhetett Bácsalmásról a kihelyezett belgyógyászat II. osztály.

Az utóbbi években jelentős fejlesztések történtek, melyek az infrastrukturális és felszereltségi nivó emelkedését is - természetes kívánnalommal - maguk után vonzották. A teljesség igénye nélkül az alábbi megújulások történtek:

- 1990-ben megépült az új diagnosztikai pavilon, mely nemcsak építészetiileg, de műszerezettség szempontjából is kiemelkedő volt a kórház történetében.
- 2004-ben átadásra került az új műtőblokk, mely a legmodernebb technikával felszerelve biztosítja a műtéti, sterilizálási feltételeket, valamint az intenzív osztály működését.
- 2005-2007-ben megtörtént a sebészeti épület hotel rekonstrukciója (valamennyi szobához tartozik fürdőszoba), és megújultak a rendelők.
- 2007-ben kialakítottuk a Mozgásszervi Rehabilitáció osztályt, valamint kibővítésre került a Krónikus Belgyógyászat.

2009-ben a Kórház a **Bajai Szent Rókus Kórház** nevet vette fel.

Az Bajai Szent Rókus Kórház épületeinek életkora magas, zöme a múlt század elején épült, a közüzemi hálózat elavult, 6,5 hektáros területen terül el, jelentős külső járda hosszúsággal.

A TIOP-2.2.4 pályázat a tömbösítést segíti elő.

2 Orvos - Szakmai koncepció

Az orvosszakmai koncepciónk kidolgozásánál mindenképpen szükséges abból kiindulni, hogy kórházunk több száz éves és pavilon rendszerű. Ebből adódóan a fejlesztési koncepcióunk megértéséhez és kidolgozásánál mindenképpen szükséges az épületek állapotának ismerete és továbblépés szükségessége.

2.1 Építészeti rekonstrukció és struktúrafejlesztés

Kórházunk pavilon rendszerű, sok épületből áll, melyek különböző időben épültek. Közülük a legrégebbiek 1897-ből. Az épületek nagy része, főleg a gépészete amortizálódott. Öt osztály kivételével minden fekvő részlegünk olyan egyemeletes épületben található, melyekhez nem tartozik lift. A kórtermek nagy része 6-8 ágyas, zsúfolt. Hiányoznak a kiszolgáló helyiségek, kevés a vizesblokk.

Az osztályok szétszórtan helyezkednek el, távol egymástól és a diagnosztikai pavilontól.

A betegellátó egységeket közelíteni kell egymáshoz. Ez javítaná a betegellátást, egyszerűsítene a szállítást és jelentős működési költség megtakarítást is hozna az energia felhasználás és a szállítási költségek csökkentésével.

A tömbösítés első lépéseként megtörtént a sebészeti épület összekötése a diagnosztikával, majd felépült – 2005-ben a központi műtőblokk.

2007-ben a sebészeti épület felújítása és korszerűsítése is megtörtént. Az átalakítás során lehetőség nyílt az eddig ott lévő sebészet, traumatológia és urológia mellett a fül-orr-gégészeti osztály sebészeti épületbe költöztetésére is, ezzel a központi műtő jobb kihasználására. A szemészet is itt került elhelyezésre.

2.1.1 Megkezdett tömbösítés folytatása

A tömbösítés befejezéseként a TIOP-2.2.4 keretében új modern pavilon épült.

Az új, ötemeletes központi épülettömb a Patológia és a Krónikus belgyógyászat osztály jelenlegi helyén. Az épületben nyert elhelyezést négy fekvőbeteg osztály: a **Belgyógyászat-, a Neurológia-, a Gyermekek, valamint a Szülészet – nőgyógyászat osztály**. Ez utóbbi osztály helyére került áthelyezésre a Krónikus belgyógyászat osztály.

Újdonság a projekt keretében a **stroke centrum kialakítása**, továbbá a hotelszolgáltatás javítása. Az új tömb földszintjén kerültek elhelyezésre az ambulanciák, míg az alagsorban az egynapos sebészeti ellátás helyiségei és a **Patológia** kapott helyet.

Mindemellett kialakításra került a központi betegirányító rendszert, valamint korszerűsítésre került a diagnosztikai és az informatikai rendszer. A tervezett fejlesztések révén lényegesen lerövidülnek a beteg-utak, miközben az intézmény

megtakarítást tud elérni, hiszen az energiatakarékos épület fenntartása kevesebb költséget igényel.

2.1.2 A Pszichiátria épület

A Pszichiátria épülete, mely még a XIX.(!) Században készült mindenképpen felújításra szorul, részben a hotel funkció szempontjából, részben orvos-szakmai okokból.

A Bajai Szent Rókus Kórház 2011 novemberében pályázatot nyújtott be a Dél-Alföldi Konzorcium tagjaként a rehabilitációs ellátások fejlesztésére.

DAOP-4.1.2./B-11 – Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése a Dél-Alföldi régióban.

A pályázat keretében a kórház pszichiátriai rehabilitációs ellátásaink fejlesztése szerepel. A pályázat keretében a Pszichiátriai Osztály épületét szeretnénk felújítani, mely a kórház legidősebb épülete 1897-ben került átadásra. A projekt során külső burkolat, teljes nyílászáró csere, tető felújítása, épületgépészet korszerűsítése, költségvetése 180 millió Ft.

Belső struktúrájába az épületnek a modern pszichiátriai irányelveknek megfelelő terek kialakítása fog megtörténni. A beruházás 2013 tavaszán indul.

A felszabaduló belgyógyászati épület hasznosítása a kórház feladata lenne.

Mód lenne kialakítani szociális otthont, fizetős nappali kórházat, valamint egy részében nővérszállót.

2.1.3 Sürgősségi Betegellátó Osztály

TIOP-2.2.6/12/1/A és B Struktúraváltás támogatása az onkológia centrumok és a járó- és fekvőbeteg ellátás fejlesztésével

A kórháznak mindképpen szükséges indulni, hiszen a B komponensben fontos pályázati lehetőség van.

Sürgősségi Betegellátó Osztály – korábban semmilyen pályázat nem történt ebben a témában. Folytatni lehetne a TIOP-2.2.4 pályázat kapcsán megkezdett fejlesztést. Az ún. egykapus beléptető rendszer kialakítása lenne a cél. Szükséges az épületkorszerűsítés, a radiológia röntgenkép digitalizálás folytatása, új computer tomográf beszerzése.

Tekintettel arra, hogy struktúraváltó intézmény is vagyunk – Szemészet aktív fekvő betegellátás megszűnt – további lehetőség e pályázat.

2.1.4 A Bajai Szent Rókus Kórház kapacitásai:

Az elmúlt években kórházunkban többször is struktúraváltás történt. Csökkent az aktív ágyszám, megszűnt az aktív reumatológia osztály 2007-ben. 2010-ben a véradó osztállyal bővült, majd 2012-ben az aktív szemészeti osztállyal csökkent a kórház aktív osztályainak a száma. A kórház vezetésének

megítélése szerint további aktív osztályok és ágyszámok csökkentése az esetleg ellátást veszélyeztetné. 2012. július 01.-től a korábbi szemészeti osztály ún. egynapos sebészet keretében látja el a feladatát.

Aktív fekvőbeteg-ellátás (4. táblázat)

Osztály	Ágyszám		Progresszivitási szint
	2011.	2012.	2012.
Belgyógyászat	90	75	1
Gasztroenterológia		10	2
Nefrológia		5	2
Sebészet	30	30	2
Szülészet	37	27	2
Nőgyógyászat		10	1
Csecsemő és gyermekgyógyászat	34	34	2
Csecsemő és gyermek fül-, orr-, gégegyógyászat		4	2
Fül-orr-gégegyógyászat	15	11	1
Neurológia	20	30	1
Stroke		10	2
Traumatológia	40	40	1
Urológia	20	20	2
Szemészet	15	0	egy napos sebészet keretében
ITO	6	6	2
Pszichiátria	60	55	2
SBO	5	5	1
Aktív összesen	372	372	
Krónikus belgyógyászat	153	153	1
Pszichiátriai rehabilitáció	42	42	3
Mozgásszervi rehabilitáció	32	32	2
Krónikus összesen	227	227	
Mindösszesen	599	599	

A Krónikus fekvőbeteg-ellátás kapacitásai (5. táblázat)

OEP kód	Megnevezés	Ágyszám	krónikus szorzó (jelenleg)	Területi ellátási kötelezettségben ellátandó lakosok száma jelenleg
Fekvő – krónikus				
0302C0101	Krónikus osztály	153	1,2	111858
030231801	Pszichiátria nappali kórház	21	1,2	191209
030232201	Mozgásszervi rehabilitáció nappali kórház	16	1,4	172674
0302R1801	Pszichiátriai rehabilitáció	42	1,2	191209
0302R2201	Mozgásszervi rehabilitáció	32	1,4	172674
Összesen:		227		

Az aktív fekvőbeteg-ellátás kapacitásai (6. táblázat):

OEP kód	Megnevezés	Ágyszám	Területi ellátási kötelezettségben ellátandó lakosok száma jelenleg
Fekvő - aktív			
030210100	Belgyógyászat	75	97057
030210104	Gasztroenterológia	10	97057
030210105	Nepfrológia	5	111858
030210200	Sebészet	30	97057
030210405	Szülészet	27	97057
030210406	Nőgyógyászat	10	97057
030210500	Csecsemő és gyermekgyógyászat	34	191209
030210509	Csecsemő- és gyermek fül-orr-gégészet	4	134117
030210600	Fül-orr-gégegyógyászat	11	134117
030210900	Neurológia	30	97057
030210901	Stroke ellátás	10	173703
030211002	Traumatológia	40	134117
030211100	Urológia	20	134117
030211502	Intenzív ellátás	6	191209
030211800	Pszichiátria	55	191209
030214602	Sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás	5	191209
Összesen		372	

6. táblázat

I. Non-invazív orvos szakmák

- a.) Belgyógyászat: nem szállítható betegek esetén kardiolízis, gasztroenterológiai intervenciók
- b.) Neurológia: stroke-ellátás (TIOP-2.2.4 alapján)

II. Invazív szakmákban technikai fejlesztés

Egyre inkább előtérbe kívánjuk helyezni az endoszkopos, fedett, mikrochirurgiás módszereket. Folyamatosan fejlesztjük a minimál invazív módszereket (belgyógyászati és sebészeti endoszkópia, funkció megtartó és helyreállító műtétek), statikai problémáknál a háló-beültetés módszerei.

Traumatológia célja a protetika kiterjesztése. Ehhez fejlesztjük a műszerparkot és technikai segédeszközöket.

- Sebészet
- Traumatológia
- Nőgyógyászat: inkontinencia
- Urológia
- FOG

Modern anaesthesiológiai módszereket alkalmazunk.

Az altatógépeink cseréje esedékes. 2006-ban ún. központi keretből kaptuk a gépeinket, melyek már elhasználandóban vannak. Ezt megköveteli a beavatkozások fejlődése (érsébszét, laparoscopos hasi műtétek, stb.), valamint a szakmai követelmények növekedése.

Az anaesthesiológia ambulancia idejének további bővítése, ezáltal a bent fekvési idő rövidülhet, hiszen az esetleges anaesthesiológiai akadályok idejében felismerésre kerülhetnek.

Tranzplantációs programban kiterjesztettebben kívánunk részt venni

III. A tartós gépi lélegeztetésen való betegek

IV. Gyógyszertár

Az ún. unit-dose fejlesztést rendkívül fontosnak gondoljuk. Ezzel a fejlesztéssel elkerülhető lehet az esetleges gyógyszer-csere, hiszen egyéni, személyre szabott lenne a gyógyszer. További előny, hogy minden olyan intézményben ahol eddig bevezették további gyógyszer megtakarítást eredményezett.

V. Diagnosztika továbbfejlesztése

A diagnosztika fejlesztésére korábban is nagy hangsúlyt fektettünk a gyorsabb, pontosabb diagnosztizálás, a rövidebb ápolási idő elérése, illetve a fekvőbetegek számának csökkentése érdekében. 1985-91 között központi diagnosztikai blokkot hoztunk létre. A négyszintes új épületet a kórház addigi legmodernebb – nemrégiben felújított - épületéhez, az ötemeletes sebészeti pavilonhoz csatlakoztattuk. A

diagnosztikai blokkban került elhelyezésre a korábban öt telephelyen dolgozó röntgenosztály, továbbá: központi laboratórium, izotóp laboratórium, véradó állomás, tüdőgondozó, kardiológiai szakambulancia, gastroenterológia, urológiai ambulancia.

Diagnosztikai téren a legfontosabb fejlesztési terveink:

- patológiai osztály másik épületbe helyezése és felszerelésének fejlesztése (jelenlegi épületében nem alakíthatóak ki a minimum követelményeknek felfelelő körülmények)

TIOP-2.2.4. keretében megvalósult:

- laboratóriumi géppark korszerűsítése
- a radiológiai osztályon tervezzük a kép-digitalizálás tovább fejlesztését
- patológia osztályon immunhisztó kémia vizsgálatok bevezetése
- radiológiában nagyobb tudású CT készülék, esetlegesen MR –készülék alkalmazása
- TELEMEDICINA bevezetése, rákapcsolódás más intézetek rendszerére

VI. Járóbeteg ellátás fejlesztése

Cél, hogy minél több beteg kerüljön végleges ellátásra ambulanter.

Kórházunk mellett nem dolgozik rendelőintézet. A járóbeteg szakrendelések és szakambulanciák az osztályokkal szoros integrációban működnek. Emellett önálló járóbeteg rendelések és gondozók is a kórház területén vannak, többnyire szétszórtan.

A fekvő és járóbeteg részlegeket egymással szoros integrációban kívánjuk továbbra is működtetni. Így biztosítható az egységes szemlélet a betegellátás során, jobb az információáramlás, hatékonyabb a működés.

A létesítendő új belgyógyászati pavilon földszintjén kívánjuk kialakítani az odakerülő osztályokhoz tartozó járóbeteg rendeléseket.

- régóta meglévő hiányosságunk az endokrinológiai ambulancia kialakítása
- anaesztheziológia ambulancia továbbfejlesztését
- haematológia szakambulancia kibővülését
- szülészeti ambulancia keretén belül centrális terhes gondozó kialakítás, ezzel egy időben az MSZSZ megszüntetése

a.) Az önálló gastroenterológiai labor tovább fejlesztése rendkívül fontos.

Intézetünkben évtizedekkel korábban kialakított gasztoenterológiai labor a XXI. század kihívásainak nem felel meg. Az ÁNTSZ engedélyünk ideiglenes és bizony nem egyszer a kiadása a hatóság jóindulatán múlik. Intézetünk önerőből próbálja a videoendoszkópos parkot fejleszteni, miként az idén is tette, de saját forrásból a minimum feltételeknek megfelelő vizsgálóhelységek és kiszolgáló helységek kialakítását nem tudjuk megoldani. Több fejlesztési koncepcióval is rendelkezünk. Ezek között építésztervező által kialakított tervek is szerepelnek.

b.) Onkológia

A szakellátás önálló kis épületben helyezkedik el, ami több mint 100 éves. A diagnosztikai tömbtől messze van, az épület struktúrája a betegellátásra csak korlátozottan alkalmas éppen ezért tervezzük a diagnosztika épületben való szabad áthelyezését, ahol is megfelelő rendelő és szociális helyiségek kialakítására mód lenne. Ez azért is lenne előnyös, hiszen ezen betegek számára egy épületben megoldható lenne a diagnosztikus ellátás is.

c.) A profilaxisra nagy hangsúlyt fektetünk.

Rendszeres szűréseket több osztály és gondozó is végez. Közreműködünk a népegészségügyi programban kitűzött célok megvalósításában, és ebben együttműködünk az alapellátással.

d.) Házi orvosokkal közvetlen kapcsolatot tartunk, és azt folyamatosan fejlesztjük.

Együttműködünk a profilaxis terén, a beteg kivizsgálása és ellátása során és az utókövetés terén. Tervezzük a házi orvosok bekapcsolását a kórházi informatikai hálózatba.

Közös informatikai kapcsolatrendszer kialakítása, mely révén a házi orvosok a diagnosztikus vizsgálatok eredményeit direktben láthatják on-line módon, ez jelentős előrelépés lenne a betegellátás színvonalában térségünkben.

Dr. Tóth Gábor
Főigazgató

Fejlesztések Időbontásban

Rövid távú fejlesztések	Középtávú fejlesztések	Hosszú távú fejlesztések
	Belgyógyászati pavilon kialakítása	Sebészeti pavilon hotelfunkció továbbfejlesztés
Ágykihasználtság javítás	Geriátria osztály kialakítása	Régi belgyógyászati épület hasznosítása
Gasztroenterológia fejlesztés	STROKE központ kialakítása	MR beszerzés
Betegelőjegyzési rendszer kialakítása	Pszichiátria épület korszerűsítése	Határon átnyúló együttműködés Szerbiával
Háziorvosi kapcsolatrendszer kialakítása	RTG képdigitalizálás mammographiára történő kiterjesztése	Egészségturizmus bevezetése
Konyhafejlesztés: egyéni tálcás rendszer bevezetésének kezdete	Patológia: immunhisztológiai vizsgálatok bevezetése	RFID bevezetése
PC és nyomtató vásárlás	STROKE ablakhoz szükséges diagnosztika beszerzése	Elektronikus aláírás bevezetése
Gépjárműpark fejlesztése	Endokrinológiai ambulancia létrehozása	Gépjárműpark korszerűsítése
Központi műtő fejlesztés befejezése	Haematológiai ambulancia kialakítása	Informatikai Hardware Software fejlesztése
Minőségbiztosítási megújító audit (3 évente)	Anaeszteziológia ambulancia kiterjesztése	
Háziorvosok számára laborleletek on-line elérhetősége	Ultrahang készülék: -ún. 4D szülészeti, csere - kardiovaszkuláris csere	
	Labor géppark korszerűsítés	
	RTG képdigitalizálás teljes kiterjesztése	
	Nagy tudású Computertomográf beszerzése	
	Gyermekeknephrológia ambulancia kialakítása	
	Informatikai rendszer csere (medikai-közbeszerzési pályázat)	
	Gépjárműpark frissítése	
	Számítógép hardware csere	