

2006. február ■ XI. évfolyam 1. szám

# HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



# Csendben elfogyunk?

A napokban egy előadás-sorozaton ismét találkozhattam régi kollégáimmal. A kedves ismerősökkel – ahogy ez már lenni szokott – napi gondjaink után a múltra terelődött a szó. Szóba került a tíz évvel ezelőtti komor hangulat, az a nehéz időszak, amikor a házi gyermekorvoslás végveszélybe került. Amikor úgy tűnt, hogy valami jóvátehetően hibát követnek el a gyermekekkel és persze velünk szemben is. Történt akkor valami, amit a mi „történelemkönyveink” fel fognak jegyezni. Egy küzdő, gondolkodó, tetterős csapat – a Házi Gyermekorvosok Egyesületének vezetősége – nőtt ki sorainkból, akik értünk, a mi megbízásunkból, szakmapolitikai csaták hosszú sorát vívták meg az elmúlt évtizedben. Sokszor győztek, néha veszítettek, de végül is megnyerték a házi gyermekorvoslás fennmaradásáért folytatott „háborút”.

Miért jutott eszembe ez a régi történet? Több okom is van rá.

Ez a csapat nem dőlt elégedetten hátra, miután megkímélt bennünket a nem kívánt pályamódosítástól, a felnőtt-háziorvossá válás nehézségeitől, továbbra is motorja maradt érdekeink képviseletének, szervezte a továbbképzéseket, a szakmapolitikai tanácskozásokat. Napjainkban is ott tárgyal, vitázik a különböző fórumokon.

Sokak számára talán ismétlés, mégis jólesik leírni, hogy végre kormányprogram szintjére emeltettük jövőt formáló terveinket. A Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program – többek között célként tűzi ki új gyermekorvosi praxisok kialakítását – és mintegy eddigi elhanyagolásunk beismeréseként – a házi gyermekorvosi rezidensképzés keretszámának meghatározását is. Enélkül ugyanis a mégoly gondosan kimunkált tervek sem lehet végrehajtani, hiszen nem lesz kivel. A házi gyermekorvosok átlagéletkora 55 év, a ma kezdők is csak 10 év múlva jelenhetnek meg a rendszerben. Mi addigra már túl leszünk a nyugdíjkorhatáron! Mi lesz így a gyermekorvosi alapellátással? Most, amikor már minden okunk meglehetne a bizakodásra, egyszerűen elfogyunk?

Miben bízhatunk? Abban, hogy a következő időszakban kevesebben hagyják el a pályát, s hogy vonzóvá tehető a gyermekorvosi hivatás a végző orvosok számára? Vagy reménykedjünk mások rovására, miszerint a kórházakból gyermekgyógyász-munkaerő szabadul fel? Reménykedhetünk, de ez kevés. Ha komolyan gondoljuk, hogy mi eredményesebben tudjuk ellátni a gyermekeket, akkor felelősséget kell vállalnunk azért is, hogy nyugdíjba vonulásunk után se csökkenjen az ellátás színvonala.

Mit tehetünk? A magunk területén sokat. Egyrészt továbbra is bizonyítanunk kell, hogy speciális felkészültségünkkel alkalmasabbak vagyunk a gyermekek orvosi ellátására. Másrészt egyre több támogatást, javaslatot kell adnunk egyesületünk vezetésének, mert soha nem szabad magára hagyni egyetlen vezető csapatot sem. Hisz nélkülünk, véleményünk nélkül erőtlenebbé válhatnak az érdekeink érvényesítésében. Ez pedig végső soron mindannyiunk helyzetét rontja. Senki ne sajnálja hát azt a néhány percet egy jó gondolat, egy segítő javaslat megfogalmazására.

Éger István írta a legutóbbi Hírvivőben: „...ott lehetünk eredményesek...”, ahol kollégáink is „odateszik” magukat.” Gondolkozzunk tehát együtt, hogyan őrizhetjük meg eddigi eredményeinket, hogyan léphetünk tovább! Nap mint nap érzékeljük, hogy praxisok válnak eladhatatlanná, anyagi értelemben semmivé. Mielőtt kiöregszünk, meg kell születnie a gyermekorvosi alapellátás jövőjét biztosító terveknek, megoldásoknak. Csak így lehet a jövő biztató a gyermekek és a gyermekorvosok számára!

BENEDEK LÁSZLÓ

## TARTALOM

- „Bemenet” és „kimenet” 2–4
- Mi lesz itt? ..... 4–7
- Egy veszteséges korcsoport ..... 7
- Child’s Rights ..... 8
- Ketteske ..... 10–11
- Rotavírus-vakcina ..... 13
- Mikor? Mit? (az anti-biotikum-kezelésről) . . 14–15
- A Hipp család ..... 17
- Portré ..... 18–19
- Hírek ..... 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2005-ben:



# A csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvosi helyzetének néhány jellegzetessége\*

**Dr. Balázs Péter intézetigazgató,  
Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Népegészségtani Intézet**

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) nyilvántartása szerint 2005 októberében Magyarországon 3903 orvos rendelkezett csecsemő- és gyermekgyógyászati szakképesítéssel. Ez az összesítés magába foglalja a már nyugállományban lévők mellett azokat is, akik más szakvizsga mellett rendelkeznek ilyen szakképesítéssel is, de aktuálisan nem ennek megfelelő munkaterületen dolgoznak. Ha ugyanis a szakmából történő ki- és beáramlás dinamikáját szeretnénk figyelembe venni, akkor a humánerőforrás oldalán ezzel a teljes létszámmal kell számolnunk.

## **STATISZTIKAI ADATOK ÉS AZOK ÉRTELMEZÉSE**

Az 1. ábra a 3903 szakorvos megoszlását mutatja a diploma megszerzésétől számított évek alapján. Az orvosi korfát nem szabad összetéveszteni a demográfiai korfával, hisz a „bemenetet” nem a demográfiai mozgások, hanem a felsőoktatás jellegzetességei határozzák meg. Ha csökken a kiadott diplomák száma, az a „fa” alján a sávok rövidülését eredményezi.

A szakma bemeneti oldalát a következő tényezők befolyásolják: a kiadott és az „import” diplomák száma, a diplomázottak közül hányan lépnek az egészségügyi szolgáltatásba, hányan kezdik meg szakorvosi felkészülésüket, hányan tesznek eredményes szakvizsgát, végül mennyi a „bevándorló” gyermekorvosok száma.

Az „import diplomák” feltüntetése azért fontos, mert külföldön szerzett diplomával egyrészt az eredetileg is magyar állampolgárságú orvosok térhetnek vissza Magyarországra, másfelől a szakképesítéssel nem rendelkező „bevándorlók” a legkülönbözőbb motivációk alapján dönthetnek arról, hogy munkájuk során milyen szakvizsgára kívánnak felkészülni.

A „kimeneti” oldalon szakmai szempontból ugyancsak megtevesztő lenne a demográfiai dinamikát számításba venni, hiszen a helyzetet a következő tényezők együttese befolyásolja: a halálozás (ha az a munka világában történt), a tényleges nyugállományba vonulás, áttérés más szakorvosi területre (reverzibilis pályaelhagyás), átmeneti szünetelés, tranzit migráció, végleges pályaelhagyás.

A halálozás ténye természetesen minden esetben súlyos veszteség, azonban munkavégzés szempontjából csak akkor vehető figyelembe, ha az érintett orvos még aktív munkát folytatott a szolgáltatásban. Miután a munkavégzés munkajogi keretei az utóbbi években jelentősen tágultak, megtevesztő lenne a „nyugdíjazás” kifejezést használni az idős kor miatt történő visszavonulás esetére. Számos nyugdíjas dolgozik ugyanis változatlan intenzitással a korábbi munkakörében, tényleges pályaelhagyásáról csak akkor beszélhetünk, amikor úgy döntött, hogy nem kívánja tovább gyakorolni a szakmát. Különösen azoknak az orvosoknak az esetében, akik több szakvizsgával rendelkeznek, az átmeneti szakmaelhagyást is számításba kell venni. A „tranzit” migráció az ország „bevándorló” orvosokat megtartó képességét mutatja. Korábbi statisztikai vizsgálatok alapján kimutatható, hogy a tranzit migráció mértéke nem haladja meg a hazai orvosi kar migrációs arányát.

Az egyes, diplomát szerzett évfolyamok MOK működési nyilvántartása és az orvosi alapnyilvántartás adatainak összevetése alapján pontosan nyomon követhető egy adott évben orvosi diplomát szerzett évfolyam jelentkezési trendje az egészségügyi szolgáltatásba. Nagy valószínűséggel állítható, hogy aki 3-4-5 évvel a diploma megszerzése után nem regisztrált a MOK működési nyilvántartásába, azt végleges veszteségnek tekinthetjük. Természetesen ez az állítás csak a hazai szolgáltatások szempontjából érvényes, hiszen lehetséges, hogy a nem regisztrált orvosok valamely másik országban orvosi gyakorlatot folytatnak. (2. ábra)

A csecsemő- és gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkező orvosok utánpótlásának fő forrása természetesen a hazai képzés. Az alapvető trendet ennek alakulása határozza meg. A 3. ábra a csökkenő számban megszerzett képesítések mellett relatív értelemben is mutatja a szakma vonzásának ijesztő csökkenését. Jellemző, hogy amíg az 1990-es évfolyamból a végzett hallgatók 8,1%-a választotta a csecsemő- és gyermekgyógyá-

szatot, ez az arány az 1999-ben végzetek körében 3,8%-ra esett vissza.

A fő utánpótlási forrás mellett a csecsemő- és gyermekgyógyászatban azért kell kiemelten foglalkozni a bevándorlás kérdéskörével, mert a szakorvosi területek közül itt a legmagasabb a külföldi diplomások aránya. A 2004. decemberi adatok szerint az 1569 házi gyermekorvosi állásból csaknem minden tizediket (9%) bevándorolt szakemberek töltik be. Ugyanez az arány a háziorvosok között 8,2%, a fogorvosok között pedig 7,6%. Nagyobb bevándorlási hullám az 1989-es rendszerváltozás kapcsán érte az országot. Az 1989 és 1992 közötti időszakban 1462 orvos került felvételre az alapnyilvántartásba. A diploma megszerzése alapján kimutatott korösszetétel belüli megoszlás (4. ábra) valójában a tizenöt évvel ezelőtt leginkább mobilis réteg jelentősebb reprezentációját mutatja.

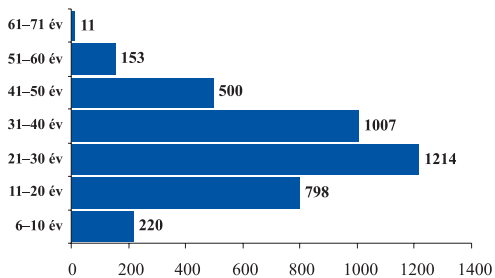
Az 1. táblázat az emissziós országok szerinti megoszlást mutatja. A bevándorlók elsősorban Románia és Ukrajna magyar nemzetiségű területeiről érkeztek. Jóllehet, a 9%-os részarány igen magasnak tekinthető, ezt a népesség nem érzékeli az említett orvosok magyar anyanyelvűsége és kulturális azonossága miatt.

Az adattárak jelenleg nem alkalmasak annak kimutatására, hogy az utóbbi másfél évtizedben hány csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos hagyta el az országot. Közvetett módon azonban végezhető olyan keresztmetszeti vizsgálatok, amelyek alapján a migrációs mobilitásra lehet következtetni. Az 5. 6. 7. 8. ábrák területi (megyei) bontásban mutatják azoknak az orvosoknak a számát, akik budapesti, debreceni, szegedi vagy pécsi egyetemi diplomával rendelkezve, gyermekgyógyász szakképesítést szereztek. Az ábrák egyértelműen bizonyítják, hogy a vizsgált célcsoport körében még az országon belüli regionális migrációs kapacitás is igen csekély. Bár ebből természetesen nem lehet egyértelmű következtetést levonni a távolsági migrációra, a mobilitás alacsony foka mindenképpen jelzésértékű a hazai szakorvosi kar magatartását illetően.

\*A megyei gyermekgyógyász szakfelügyelő főorvosok és a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium együttes értekezletén (Ráckeve, 2005. november 26.) elhangzott előadás

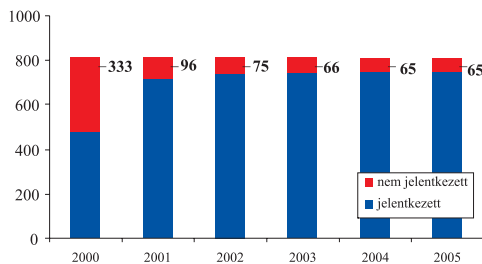


**„Diploma korfa” – Csecsemő- és gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkező orvosok (3903 fő) megoszlása a diploma megszerzésétől számított évek alapján (2005. október)**



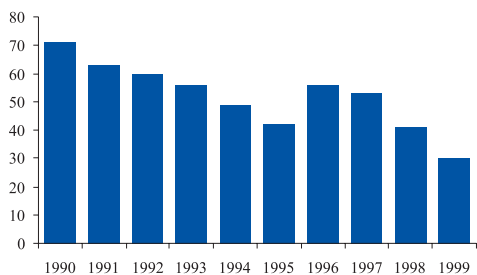
1. ábra

**A 2000. évben orvosi diplomát szerzett évfolyam jelentkezési trendje a MOK-nyilvántartásba**



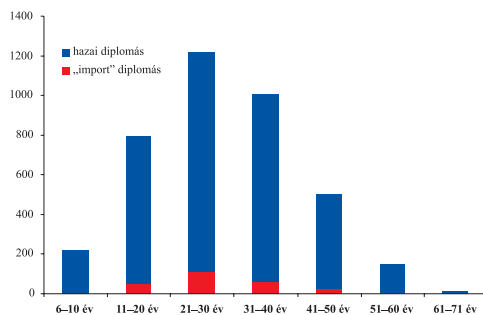
2. ábra

**Az 1990 és 1999 közötti évfolyamokból csecsemő- és gyermekgyógyászati szakképesítést szerzett orvosok száma**



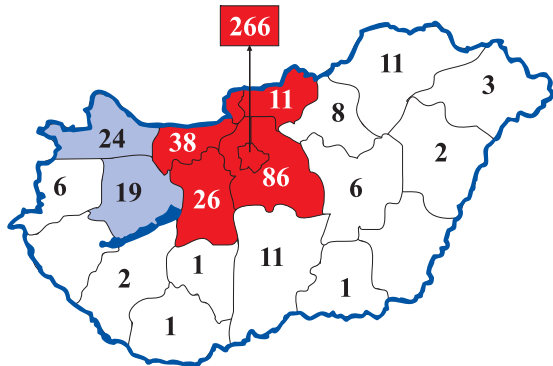
3. ábra

**Külföldön szerzett diplomával rendelkező gyermekorvosok aránya a gyermekorvosok között (2004 októberében), a diploma megszerzésétől eltelt évek szerinti bontásban**



4. ábra

**Budapesten diplomát szerzett szakorvosok megyék szerinti elhelyezkedése (■ = 40%-os arány felett, ■ = 35 és 39% között)**



Ország	Létszám	Megoszlás
Románia	117	83,0%
Marosvásárhely	85	
Kolozsvár	30	
Temesvár	1	
Bukarest	1	
Ukrajna (SZU tagállam is)	13	9,2%
Ungvár	11	
további városok	2	
Volt SZU tagállamok	4	2,8%
Csehország és Szlovákia	3	2,2%
Egyéb	4	2,8%
<b>Összesen</b>	<b>141</b>	<b>100,0%</b>

### 1. táblázat

## KÖVETKEZTETÉSEK

A megismert adatok alapján egyértelműen megállapítható, hogy „utánkövető” kigazításokkal nem lehet hatékonyan kezelni a szakorvosi létszámkeret problémáját. Hosszú időre szóló egyensúlyi tervezéshez olyan ismeretekre lenne szükség, amelyek jelenleg a legjobb esetben is csak közvetett módszerekkel nyerhetők a rendelkezésre álló adattárakból.

A múltbeli történések alapján olyan tervezésre lenne szükség, amely egységben kezeli: az oktatáspolitikát, a szakmapolitikát (szakképzés, munkamegosztás), a migrációs politikát és a gazdasáspolitikát (jövedelmi viszonyok) szempontjait.

Oktatáspolitikai szempontból elsősorban azt kell figyelembe venni, hogy a két-szintű felsőfokú képzés következtében a szolgáltatásban megjelennek az egyetemi diplomával rendelkező védőnők és szülésznők, akik az alapellátásban és a szakellátásban is jelentős változásokat indíthatnak el a munkamegosztás területén.

Szakmapolitikai szempontból a várható szakorvosigényeket figyelembe vevő világos számarányokat kell meghatározni, és pozitív irányba kell befolyásolni a szakmaválasztásban az utóbbi 10–15 évben eltorzult arányokat.

Nem kerülhető meg a migrációs politika kérdése sem, amely nem merülhet ki az eseményeket követő passzív magatartásban. Jelentős bevándorlási nyomással szembenező országokban a bevándorlást célzottan figyelembe veszik a felsőoktatási, a szakképzési és továbbképzési tervezésben.

A gazdasáspolitikai megfontolások a humán erőforrás oldaláról elsősorban a jövedelmi viszonyokat érintik. Ezek rendezése – jóllehet elkerülhetetlen – messze túlmutat a gyermekgyógyászat szakorvos-ellátottságának kérdéskörén. Sőt! A diszfunkcionális magyar egészségügy átalakításában az egyik alapvető és legsürgősebb megoldást igényli.

# Párhuzamos vonalak?

Mi, a magyar egészségügy munkásai, megfáradt, de még tenni akaró szereplői kíváncsian lessük vezető közgazdászok, szakma- és pártpolitikusok megnyilvánulásait egészségügyünk most már elodázhatalan reformjáról. Innen is, onnan is újra és újra elhangzanak bonyolult és kevésbé bonyolult okfejtések. Bennünk, „amatőr szakmapolitikusokban” néha az az érzés támad, hogy a vitázók elbeszélnek egymás mellett, más esetben pedig a reform egy-egy elemét kiragadva, azt mintegy a többi fölé emelve, abszolutizálva, olyan egymást kizáró ellentéteket kreálnak, melyek a valóságban nem ennyire kibékíthetetlenül léteznek. Talán nem a mi hibánk, hogy még mindig nem sikerült kihámozni, hogy végül is merre mozdul ki ez az egész rendszer. És eközben mi lesz szűkebb szakterületünkkel, a gyermekgyógyászzal, a gyermekgyógyászat még friss szakmai programjával? És az sem mellékes, hogy mi lesz a mi egyéni életszűkületünkkel?

A reformra vonatkozó elcsúszott morzsák és részlemek a következő kérdéseket vetik fel: Gátja-e a jelenlegi intézményrendszer és gazdálkodási mód a többletfinanszírozás minőségjavító hatásának? Milyen legyen a köz- és a magánfinanszírozás szerepe, aránya? Az egészségügy korlátozott piac jellege hogyan egyeztethető össze a piaci versennyel? A verseny javítja vagy rontja a minőséget? Kik versenyeznek, kinek a kegyeiért: a betegek a szolgáltatókért, vagy a szolgáltatók a betegekért? Kikért versenyeznének a magánbiztosítók? Az egészséges, gazdag fiatalemberekért vagy a beteg, szegény idősekért? Szolidáris-e a jelenlegi egészségügyi rendszer? A hálapénz megszüntetése, illetve legális mederbe terelése javítaná-e az ellátás minőségét és a szolidaritás mértékét? Csak egy paternalista, állami kézben tartott finanszírozás képes az esélyegyenlőséget és a szolidáris ellátást biztosítani? Növelné-e a lakosság terheit a versenyalapú, magánbiztosító pénztárára alapozott ellátás?

Az elmúlt hetek sajtótermékeit olvasgatva csak egy biztos: nincs egyetértés. Pedig az egészségügyi ellátás túl bonyolult ahhoz, hogy a többféle megközelítés

és szempontrendszer egyeztetése nélkül meg lehetne valaha is reformálni.

Az alábbiakban egy-egy interjúból, tanulmányból, újságcikkből idézünk. A mondatok között önkényesen tallóztunk, abban bízva, hogy a szövegek környezetből történt kiemelés ellenére a mondanandó tartalmilag nem változott.

## EL TUD-E TARTANI EZ AZ ORSZÁG ENNYI KÓRHÁZAT?

*Kincses Gyula, Népszabadság, 2006. január 30.*

A reális, ki nem mondott problémák három nagy téma köré csoportosíthatók.

**1.** A lakosság egészségi állapota. Közhely, hogy a magyar lakosság egészségi állapota sokkal rosszabb, mint az geopolitikai helyzetünkéből következne. Am ennek nem sok köze van az egészségügy helyzetéhez, teljesítményéhez... A rossz átlag mögött igen súlyos területi és társadalmi egyenlőtlenségek vannak. ... a túrhetetlen egyenlőtlenségek és nem az „átlag magyar” állapota miatt rossz a helyzet. Ma az ezer fő alatti településeken a férfiak elvesztett életévtömege 50 százalékkal magasabb, mint a nagyvárosokban. A romák életévtömege sokkal rosszabb, mint a környező lakosságé. A borsodi romák korfája a harmadik világ természeti népeire hasonlít. Ezek a nem halogatható problémák.

**2.** Az eladósodott és leromlott állapotú kórházak ügye. A szokásos kérdés itt is az, hogy miért nem kapnak ezek több pénzt, hogy lehet ennyi pénzből gyógyítani? Ha a bankokat lehet konszolidálni, akkor miért nem lehet a kórházakat? És aztán ott vannak a GDP-százalékok... A reális, valóban felteendő és megvitatandó kérdés itt is más: el tud-e tartani ez az ország ennyi kórházat; és egyáltalán: lehetséges-e ... ennyit megfelelő színvonalon működtetni? Még általánosabban: megfelelő-e az ellátórendszer szerkezete, követte-e a technológiai fejlődést és a megváltozott lakossági igényeket? Ezek a valós kérdések, és nem az, hogy mi lesz a csepeli, vagy pinchehelyi kórházzal.

**3.** Jól gondoljuk az állam és az egyén felelősségét egészségünk ügyében?...

Megteszünk-e mindent az egészségünkért, vagy csak várjuk, hogy az állam tegyen meg mindent helyettünk is, természetesen ingyen, korlátozások nélkül?

Ezek az egészségügy nagy kérdései. A több biztosító ... sem nem métel, sem nem csodaszer. A kockázatai ismertek, de itt és most a legnagyobb veszély az, ha azt hisszük, hogy automatikusan választ ad az egészségügy valós kérdéseire. Nem. Ehhez több és más kell.

**a)** Le kell számolni azzal a félelemmel, hogy bármilyen változás kiöli a rendszerből a szolidaritást, kettészakad az egészségügy, más ellátás jut gazdagnak és szegénynek. Sajnos nincs mit félni: a rendszerünk sem nem igazságos, sem nem szolidáris, az aggódók nem létező értéket védenek. Ehelyett végig kell vinni a biztosítási reformot, amely valódi, ellenőrzött és számon kért kötelezettséggé váltja át a szolidaritás lejáratott szólalmait... Tisztán kell beszélni: miközben egy szűk, leszakadt réteg érdekében hivatkozva utasítjuk el a reformot, a mai elosztási rendszer pont őket éri el legkevésbé.

**b)** Ki kell mondani, hogy az örökölt, túlzottan kórházközpontú ellátórendszerünk nem igazságos, de nem is tartható fenn. Ennyi kórház ennyi osztálya nem finanszírozható... és szakmailag sem működtethető megfelelő biztonsággal. ...Kisebb, de hatékonyabb, erőforrás-koncentráción alapuló ellátórendszer kell igazságos hozzáféréssel...

Tisztán kell látni: a költségek szintjét nem a betegség, hanem a struktúra határozza meg. A 160 kórházban ki kell fizetni a közalkalmazotti béreket, a közműszámlákat, és ennek nem sok köze van ahhoz, hogy hány beteget, milyen problémával ápolnak... A kisebb, korszerűbb egészségügy nem jelent rosszabb ellátást, sőt...

**c)** ...ketteskéből végre költségtudatos, tájékozott fogyasztókká kell válnunk... Le kell számolni az ingyenesség álságos mítoszával. Egészségügyünk rég nem ingyenes, de a hálapénzrendszerben nincs fogyasztóvédelem, ellenőrzött és átlátható rangsorolás, se kompenzáció a rászorulóknak számára...

A következő kormány nem teheti meg, hogy tovább halogassa a hálapénzrendszer leváltását, az általános önrészfizetési rendszer (co-payment) bevezetését. Nagyon fontos, hogy ez általános legyen, azaz az igazán rászorultak ne felmentést, hanem kompenzációt kapjanak. A legrászorultabb réteg a legnagyobb fogyasztó az egészségügyben, így elemi érdek, hogy ők is költséggazdálkodók, tudatos vásárlók legyenek...

## KÖLTSÜNK-E KEVESEBBET OKTATÁSRA ÉS GYÓGYÍTÁSRA?

Bokros Lajos, *Élet és Irodalom*, 2006. január 6.

...A kérdésre a válasz bizonyosan az lenne, hogy az oktatásra és a gyógyításra ne kevesebbet, hanem többet költsünk. ...Hiába növeli azonban a kormány az oktatásra, gyógyításra szánt költségvetési kiadásokat, attól nem igazán lesz sem jobb minőségű, sem pedig könnyebben és mindenki által egyformán hozzáférhető a szolgáltatás. Az állami oktatás és gyógyítás jórészt feneketlen hordó, a meglévő intézmények rendre felemészítik, elpazarolják a pótlólagos költségvetési forrásokat. Amíg nem változik az iskolák, egyetemek, rendelők és kórházak érdekeltségi rendszere és gazdálkodási módja, addig nem érdemes rájuk többet költeni...

A rendszerváltás nyomán kiépülő piacgazdaság egyik legfontosabb tapasztalata az, hogy látványos minőségjavulást kizárólag a verseny hozhat. A kenyértől az autóig, a szappantól a lakásig ugrásszerűen javult hazánkban a megvásárolható javak minősége és választéka. Miért? Mert a fogyasztási cikkek piacán szinte korlátlanná vált a verseny... Az oktatás és gyógyítás mind a mai napig szent tehenek, alig érintette meg őket a rendszerváltás. Ezek a területeken a szolgáltatások természetéből kifolyólag eleve korlátozott a külföldi kínálat. Nincs azonban érv amellett, hogy a hazai szolgáltatók kínálata korlátozott legyen. A kínálat nem is korlátozott, hiszen van elegendő iskolánk, egyetemünk, kórházunk, rendelőintézetünk. Valószínűleg túl sok is. Amiből hiány van, az a jó minőségű oktatás és gyógyítás...

Az oktatás és gyógyítás költségeit döntő mértékben adó formájában fizetjük meg. Ha azonban a fogyasztónak – bármennyi adót fizetett is előzőleg – a tényleges fogyasztás helyén és idején már nem kell fizetni, akkor kereslete korlátlanra válik. Ez hiányt és sorbaállást szül... A szolgáltatást nyújtók így a rossz minőséget is képesek eladni, és indokolatlanul magas költségeiket is képesek elismertetni. Van verseny, de annak iránya megfordul. A vevők versenyeznek az eladók kegyeiért, ahelyett, hogy az eladók lennének kénytelenek megküzdeni a vásárlók pénzéért. Piaci verseny helyett fellép a szocializmusból jól ismert hiánygazdaság.

Ha kialakul a hiány és a sorbaállítás, akkor a jómódúak pénzüket, a befolyások pedig kapcsolataikat felhasználva előreugranak a sorban... Nem kevesen lesznek, akik hajlandók lesznek hálapénzt fizetni. Így viszont kétszer fizetnek ugyan-

azért a szolgáltatásért, hiszen adót is fizettek. Ha viszont a névlegesen ingyenes közszolgáltatásért mégis kénytelenek fizetni annak igénybevétele helyén és idején, akkor meglazul bennük az adófizetési készség, elporlad számukra az adófizetés értelme, hitele, legitimációja. Ha viszont ezentúl nem fizetnek adót, vagy csak kevesebbet, akkor a szóban forgó szolgáltatás költségvetési fedezete még kevesebb lesz, aminek következtében az állam csak még rosszabb minőségű szolgáltatást lesz képes előállítani. Ördögi kör alakul ki, lefelé mutató spirál, ahol az egyensúly csak egyre alacsonyabb minőség mellett áll helyre.

A hálapénz intézménye ellentmond a társadalmi szolidaritásnak is. Aki nem tud hálapénzt fizetni, és így nem tudja megkerülni a sort, annak marad a gyengébb minőségű szolgáltatás, és a várakozási idő is meghosszabbodik. A társadalom megkettőződik, nemcsak jövedelmi és vagyoni alapon, hanem aszerint is, hogy ki nek a számára elérhető a jó minőségű szolgáltatás. A gyógyítás névleges ingyenessége tehát nem csupán gazdaságilag káros, hiszen kiiktatja a minőségjavulás legfontosabb fegyverét, a piaci versenyt, hanem társadalmilag is hatékonytalan, hiszen ahelyett, hogy biztosítaná a szegények, elesettek számára a jó minőségű szolgáltatáshoz való hozzáférés esélyeinek egyenlőségét, kifejezetten rombolja azt...

A gyógyításra ma túl sokat költünk ahhoz képest, hogy cserébe milyen minőséget kapunk. Verseny híján viszont... hiába költ az állam többet, nem javul a minőség. Minőséget ma csak az állami szolgálat megkerülésével, a piacon tudunk magunknak vásárolni...

Meg kell fordítani a verseny irányát. Az orvosok, kórházak versenyezzenek a betegek pénzéért, ne pedig fordítva! Jelenjen meg újra a fizetőképes kereslet, mint hatékony korlát... Vagy közvetlenül a betegek, vagy az ő nevében fellépő, az ő érdekeit önérdeke alapján hatékonyan képviselni képes intézménynek legyen szükséges fizetnie a gyógyító szolgáltatás igénybevétele helyén és idején a szolgáltatás mennyiségével és minőségével arányosan...

Nem akarjuk a gyógyítási szolgáltatásokat teljesen piacosítani, de részlegesen igen. A teljes piacosítás azért nem célszerű, mert akkor a legszegényebbek ugyanúgy kimaradnak a jó minőségű ellátásból, mint most....

Meg kell tehát erősíteni a laikus beteg helyzetét. Valaki kell, hogy a beteg mellé álljon, amikor gyógyítási szolgáltatásokat vásárol. Ennek tőkeerős és szakértő intézménynek kell lennie. Ilyen a magán-egész-

ségbiztosítópénztár. A magán-egészség-biztosítópénztárak megjelenése megfordítaná a verseny irányát. A pénztárak versenyeznének a biztosítottak pénzéért, akiknek ugyan kötelező lenne valamely pénztárba tagként belépni, de választhatnának az egymással is versengő pénztárak között. A kórházak, rendelőintézetek pedig versenyeznének a magán-egészségbiztosítópénztárak pénzéért. Lényegesen megerősödne a beteg alkupozíciója, minőséget követelhetne a pénzéért!

## RENDET, ÁLLAMI FELELŐSÉGET AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Mikola István, Sajtófigyelő, 2006. február 8.

„Az állam nem vetkőzheti le azt a felelősséget, melyet az alkotmány értelmében a polgárok egészségügyi ellátásával kapcsolatban viselnie kell” – mondta a politikus. Az ellenzéki párt tételesen megtiltana az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények privatizációját, ezzel párhuzamosan azonban nem ellenzi a magántőke bevonását. Az egészségbiztosítási pénztár szektorsemlegesén vásárolna szolgáltatásokat, akár a szakmai befektetők által létrehozott vállalkozásoktól is – hangsúlyozta a politikus.

Az egészségügyi ellátást hét régióban képzeli el a Fidesz. A régióközpontok csúcshintézményeit az egyetemek és a nagy intézmények képeznék, s ide települnének az ÁNTSZ és az egészségbiztosítási pénztár dekoncentrált szervei is. A politikus szerint önálló törvényben kellene szabályozni az orvosok jogállását. A szakorvosok szabad szellemi foglalkozású orvosként szerződést köthetnének az intézményekkel az orvosi kamarák által jóváhagyott tarifák alapján. Ez a rendszer tízéves távon megszüntethetné a hálapénz rendszerét – tette hozzá.

## NEM AKARUNK SZABAD VERSENYT

Mikola István, WebDoki Hírlevél

„...Semmiféle szabad versenynek nincs helye, ez egy közfinanszírozott ágazat, amit ismétlem, állami felelősséggel kell működtetni. A teljesítményelvű finanszírozást fölmondjuk, és bázisfinanszírozást állítunk vissza. Mert nagyon eltorzult a rendszer. A műveseállomások privatizációja, a laboratóriumok kiszervezése, a röntgenképképző technológia, tehát a nyereségérdekelt, profitábilis területeknek a magánkézbe juttatása rengeteg pénzt elvisz a közös tortából. Ennek következtében súlyos elosztási – hatékonysági zavarok támadtak a rendszerben. Egy művese-

kezelés díjtétele az amerikai díjtételnek közel kétharmada. Ugyanakkor az Egyesült Államokban egy emberre egy évben 5 ezer dollár feletti összeget tudnak elkölteni, szemben a mi 350–400 vagy 450 dollárunkkal. A nagy érdekérvényesítő képességünknel fogva sokszor kartellba tömörült vállalkozók elérik a magas díjtételeknek a biztosítását az Egészségbiztosítási Pénztárból. Mi úgy látjuk, hogy újra kell kezdeni egy majdani teljesítményelvű finanszírozás felépítését...”

„...Mi egybiztosítós rendszerben gondolkodunk, azt gondoljuk, hogy a társadalombiztosítás megújításra és átgondolásra szorul, de a társadalombiztosítás képes az embereknek a szociális biztonságát és az egészségügyi ellátását megoldani. Ennek a jelenlegi problémátömegnek a megoldása egy nagyon komoly kormányzati szakmai program részét képezi. Úgy tudom, hogy a Magyar Szocialista Párt sem kívánja a több-biztosítós versenyt, a piaci rendszerek létrejöttét...”

„Rendet kell tenni a járulékfizetésben. Megengedhetetlen, hogy a rendszerváltást követően milliárdossá vált honfitársaink minimálbéren vannak bejelentgetve, és a vállalkozások nagy részében a dolgozók minimálbér után fizetnek járulékot. Ha arra is gondolok, hogy a rendszerváltozás idején 5,7 millió ember fizetett társadalombiztosítási járulékot, ma pedig 3,8 millió és ebből kell ellátni a 10 millió állampolgárt, akkor valóban azt kell mondani, hogy a közteherviselés terén rendet kell tenni, mert ez így nem fog menni.”

## AZ EGÉSZSÉG ÉRTÉK ÉS NEM ÁRU

Gógl Árpád, [www.fidesz.hu](http://www.fidesz.hu)

„...Az egészségügy területe nem piac, hanem szolgálat. Az ellátásnak továbbra is közfinanszírozottnak és szolidaritáselvűnek kell lennie. A rendszerben természetesen kiegészítő biztosítási forma is megjeleníthető, ha végre rendezett lesz a közszolgáltatás...”

## KONSZENZUST

Csáky András, [www.mdf.hu](http://www.mdf.hu)

„Társadalmi-politikai konszenzus szükséges az ágazat átalakításához. Olyan nagy volumenű változtatás előtt áll a magyar egészségügy – a kórházbezárások, átszervezések, az egyéni járulékszámle bevezetésével, s azzal, hogy a szolgáltatások csak járulékfizetés ellenében vehetők igénybe –, amelyet nem szabad társadalmi felvilágosító kampány nélkül bevezetni.

A kötelező általános egészségbiztosítás fenntartását támogatjuk, de szükség-

gesnek tartjuk megvizsgálni az akár profitorientált biztosítók által kínált biztosítási csomagokból történő – ám kötelező választás lehetőségét is.

A meglévő kórházak esetében a nonprofit átalakulást és – szigorú szerződéses biztosítékokkal – a tőkebevonás lehetőségét is támogatjuk. A szerkezetátalakulás elősegítése, az ellátás színvonalának javítása érdekében támogatjuk a magánkezelési deményezéseket is.

## A TÖBB ALAPBIZTOSÍTÓS RENDSZER KOCKÁZATA

Kökény Mihály, WebDoki, Hírlevél

A több alapbiztosítós rendszer elviselhetetlenül nagy kockázatot hordozna magában, mert az üzleti szereplők a kisebb betegségkockázatú, magasabb jövedelműeket igyekeznek magukhoz vonzani, míg a lakosság túlnyomó többsége az állami rendszerben maradna. Ezért az MSZP a jelenlegi biztosítást szedné ráncba, az OEP működését helyezné piaci alapokra. A magántőkét továbbra sem engedné be az alapbiztosításba. Magyarország kórháztérképét is újrarajzolná az MSZP, ebben a főszerep a régióké, pontosabban a regionális egészségügyi tanácsoké lenne.

## TÖBBET A PERIFÉRIÁNAK

Rácz Jenő, Magyar Rádió, Háttér

„...szó sem lehet arról, hogy az egészségügyre kevesebbet kell költeni. A többletforrásokat viszont úgy kell beletenni, hogy a rendszer hatékonysága is javuljon. ... többet kell adni annak, aki jobban rászorul, azoknak pedig akik képesek többet a rendszerbe tenni, azoknak több felelősséggel kell rendelkezniük... Nemcsak globálisan van baj az ellátórendszerrel és a magyar lakosság egészségi állapotával, hanem a különbségek is nagyon bántóak. Van olyan fővárosi kerület, ahol a születéskor várható átlagos élettartam kezelebb van a nagy-britanniai adatokhoz, mint egy periférián lévő magyar faluhoz. Ez az egyik legnagyobb kihívás. Ha ezt nem tudjuk megoldani, akkor óriási pénzeket tehetünk be úgy a rendszerbe, hogy az igazából nem azok számára hasznosul, akik a leginkább rászorulnak.”

## KIKÉNYSZERÍTETT MINŐSÉG

Molnár Lajos, WebDoki, Hírlevél

„...Az ágazat reformjának alfája és omegája a több-biztosítós modell bevezetése. Az, hogy ne a beteg versenyezzen az egészségügy kegyeiért, hanem a biztosítási-

tók, intézmények a biztosítottakért. A verseny kényszerítene ki azt a minőségi, színvonalbeli emelkedést, amire évtizedek óta vár a társadalom: tulajdonosok és szolgáltatók, orvosok és egészségügyi alkalmazottak, s legfőképpen a betegek.

A szabad demokrata koncepció megtiltja a biztosítóknak, hogy szelektáljanak

a biztosítottak között jövedelemnagyság és egészségi állapot szerint. Mindenkit be kellene fogadniuk, aki jelentkezik. Nyereségük nem az alapbiztosításból származna, hanem abból, hogy kiegészítő magánbiztosítási csomagokat kínálnának ügyfeleiknek. Kiegészítő biztosításokat csak azok a piaci szereplők kínálhatnak,

amelyek részt vesznek az alapbiztosításban. A garantált tartalmú magánbiztosítási rendszer alkalmas csak a hálapénz megszüntetésére. A verseny természetes módon szabályozná a minőséget is, hiszen ha valaki elégedetlen a szolgáltatással, otthagyná a biztosítót, s átszerződhetne a konkurenciához.

## Ez eddig nem tűnt fel?

### Büntetőpont

Az alapellátás finanszírozása döntő részben attól függ, hogy mennyien tartoznak a praxisba. Pontosabban, hogy a praxisba tartozók aszerint, hogy hány évesek, hány pontot érnek. Egy bizonyos pontérték felett a finanszírozást degresszió csökkenti. A degressziós határt jogszabályok határozzák meg csakúgy, mint az az alóli mentességet. Egy gyermekorvos akkor kap mentességet, ha a praxisában lakó, tehát ellátási kötelezettségébe eső és hozzá bejelentkezett 15 éven aluli gyermekek összesített pontértéke a degressziós határ fölé esik. De a gyermekgyógyásznak a kijelölt körzethatárokon belül lakó 15–18 évesek közül azokat is el kell látnia, akik nem a háziorvost, hanem továbbra is őt választják. Tehetik, hisz a jogszabály ezt számukra megengedi és nem melleleg, szakmai szempontok alapján is ez a kívánatos cél. De mert az OEP (képviselőtében a helyi MEP) a 15 év felettieket már a kötelezően ellátandók körén kívülinek tekinti, vállalásuk esetén az orvos kieshet a mentességéből.

Vegyünk egy példát: van egy falu 1100, 14 éven aluli gyerekekkel és egyetlen házi gyermekorvossal. Ha mindegyik gyerek őhöz jelentkezik be, az összesített pontszáma magas lesz. Mégsem lép életbe a degresszió, mert az orvosnak az adott gyerekekre vonatkozóan területi ellátási kötelezettsége van. De a településen laknak jócskán 15–18 évesek is, akik közül sokan tartoznának továbbra

is a gyermekorvoshoz. Jelentkezésüket a gyermekgyógyász nem utasíthatja el, hiszen erre a korosztályra vonatkozóan is érvényes a területi ellátási kötelezettsége. De ha ebbe a praxisba 15 éven felüliek is bejelentkeznek, a mentesség azonnal elvész, és ez az orvosnak jelentős anyagi veszteséget okoz.

Kérdésem: Mit tegyen ilyenkor a gyermekorvos? Tagadja meg a 15 éven felüliek ellátását? Hiszen akkor nem tesz eleget területi ellátási kötelezettségének, ráadásul megsérti a beteg szabad orvosválasztási jogát is! Vagy fogadja szó nélkül a praxisát sújtó és következményesen a betegeit is érintő anyagi veszteséget csak azért, mert betartotta a kötelező jogszabályokat?

A probléma számos, főként kis településen dolgozó gyermekorvost érint. Akik többnyire olyan területen dolgoznak, ahol a gyermekek az átlagosnál rosszabb szociális körülmények között élnek. Ahol éppen emiatt van nagyobb szükség gyermekszakorvosi alapellátásra. Ahol az átlagosnál több munka vár egy odamerészkedő gyermekorvosra. Ahol tehát nemcsak a gyerekek jó része, hanem a gyermekorvos maga is hátrányos helyzetű!

Éppen ezeket a kollégákat kell büntetőpontokkal sújtani? Miért? Ki találta ezt ki? A finanszírozó? És kinek az érdeke ennek a finanszírozási szisztémának a fenntartása? Az egészségpolitikáé?

DR. PAP GÁBOR  
HÁZIORVOS, TÁPIÓSZELE

### Ingyenmunka

Az ügyeleti ellátást az OEP finanszírozza. Fejkvóta alapon, azaz ahol sokan laknak, ott többet, ahol kevesen, ott kevesebbet utal át az ügyeleti ellátásért felelős önkormányzatnak. Egy gyerekért 50 forint jár havonta, ahol például 1000 gyerek él, ott havonta 1000 x 50, azaz 50 000 forintot kap a gyerekek ügyeleti ellátására az önkormányzat. De gyerekek ebben az országban csak a 14 éven aluliak minősülnek. Mi ugyan az ENSZ Gyermekjogokról szóló Egyezményének megfelelően „... minden 18 évesnél fiatalabb emberi lényt gyermeknek” tekintenénk, a finanszírozást ez hidegen hagyja. A 14 éven aluliak 50 forintját az önkormányzat a gyermekügyeletnek, viszont a 15–18 év közöttiek járandóságát már a felnőttügyeletnek adja. Akkor is, ha a gyerek (a serdülő) gyermekorvosi praxishoz tartozik és akkor is, ha az ügyeletben gyermekügyelet látja el.

Van ahol a 15–18 évesek döntő többsége gyermekorvoshoz tartozik, és ügyeleti ellátásuk java részét is gyermekorvos végzi. De a munkájáért a fentiek szerint egy árva forintot sem kap.

Országos átlagban a 15–18 évesek 60 százaléka (270 000 gyermek) tartozik gyermekorvoshoz. Nem tudni, hogy ennek a 60 százaléknál több gyermeknek ügyeleti időszakban hány százalékát látja el gyermekügyelet és hányat a felnőttügyelet. Tételezzük fel, hogy 50 százalékát, azaz 135 ezer gyereket. Ez 135 000 x 50 forintot, azaz 6 750 000 forintot tesz ki havonta. Évente 12x ennyit, 81 millió forintot.

És ez így megy már úgy jó tíz éve.

KÁDÁR FERENC

*Megkérdeztük dr. Kőrösi Lászlót, az OEP főosztályvezetőjét, mi a véleménye a fentiekre. Azt mondta, hogy a felvetés jogos, de Ők jogszabályok alapján járnak el. Ők ugyanis jogalkalmazók. A jogszabályalkotók a minisztériumban vannak. (A szerk.)*



# Mit tudunk a gyermekek jogairól?

Általánosságokban egyre többet. Tudjuk, hogy létezik az ENSZ gyermekjogi (Child's Rights) deklarációja. Tudjuk, hogy ezt a tagállamok nagy része, legalábbis a fejlettebbek, köztük hazánk is, jogrendjükbe emelték. Tudjuk, hogy ezek a jogok a gyermekek életének minden területére, így az egészségi állapotukra is kiterjednek. Tudjuk, hogy ezek tették lehetővé például a bababarát szülészetek létrejöttét, a nyitottabb kórházakat, de azt is, hogy éppen ezek miatt is fokozódtak a gyermekek és szüleik elvárásai.

Ha magunkba nézünk, el kell gondoloznunk: egyenlő partnernek tekintjük mi magunk a gyerekeket, megbeszéljük-e velük a maguk szintjén a teendőket, megfelelő időt szánunk-e tájékoztatásukra? Kényes helyzetekben adunk-e lehetőséget arra, hogy egy kamasz négy szemközt beszélhessen intim problémáiról, és tekintettel vagyunk-e például a gyermekek szeméremzetére egy iskolai vizsgálat során?

Ehhez hasonló gondolatok foglalkoztatnak mostanában, amióta hazajöttem Genfből, ahol 2006. január 18-án kellett megvédenünk a „Gyermek Jogairól” szóló egyezmény magyarországi megvalósításáról szóló országjelentést. Az a megtiszteltetés ért, hogy az Országos Gyermek-egészségügyi Intézet felkérésére részt vehettem a hazánkat képviselő küldöttség munkájában.

Az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának székhelye Genfben van. Feladatai közé tartozik, hogy ötévenként áttekintse, hogy a deklarációt aláíró országokban miként állnak a gyermekek jogai. Az első magyarországi jelentést 1998-ban tárgyalták meg. Bár a bizottság világosan látta, hogy Magyarországon a rendszerváltozás utáni nehéz gazdasági és politikai helyzetben a gyermekjogok érvényesítése nem tartozhatott az elsőrendű feladatok közé, mégis komoly kritikákat fogalmazott meg.

Most az ezt követő időszakról szóló írásbeli jelentést nyújtottuk be, aminek elkészítését az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium koordinálta. A szóbeli védésre kiutazott delegációt Mesterházy Attila államtitkár vezette, a küldöttségnek dr. Ágoston Zsuzsa (ICsSzEM), Daróczy Gábor (Oktatási Minisztérium), dr. Lévai Miklós (ELTE), dr. Nyitrai Zsuzsa (BAZ megyei Gyámhivatal), dr. Révész Magda (XV. ker. Gyermekjóléti Szolgálat), Rózsa Éva (BM), dr. Somfai Balázs (Pécsi Tudományegyetem), dr. Takács Albert ombudsman, dr. Tausz Katalin (ELTE), dr. Weller Mónika (IM), valamint jómagam voltunk a tagjai. A Külügyminisztérium részéről Buzás Katalin, a civil szervezetek képviselőjében pedig dr. Herczog Mária volt ott. Genfben csatlakozott hozzánk hazánk ENSZ-nagykövete: Szelei K. Gyula. Várkonyi Ildikó személyében kiváló tolmács segítette a munkát.

Az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának J. E. Doek holland bíró az elnöke, a magyar referens a német L. F. Krappmann. Az elnökön és a riportőrön (jelentés-tevőn) kívül a tunéziai, bangladesi, paraguayi, dél-koreai, és jamaicai szakértők faggattak bennünket a legaktívabban.

A dolog természetéből adódóan elsősorban családjogi, büntetőjogi, szociális, gyámügyi kérdések kerültek napirendre. A kisebbségek, különösen a romák problémáival, az őket érő megkülönböztetések megszüntetésével kiemelten foglalkozott a bizottság. Ezt taglalta a civil szféra részéről benyújtott két „árnyékjelentés” is. Az egyiket dr. Herczog Mária, a másikat az Európai Roma Jogok Központja készítette. Szóba kerültek emellett az oktatási és egészségügyi kérdések is.

Utóbbi témakörben kiemelt figyelem kísért a családon belüli erőszak, csecsemőgyilkosságok, a fiatalkorúak öngyilkos-

ságának, drog- és alkoholfogyasztásának, dohányzási szokásainak helyzetét. A körükben előforduló élvészülések és abortuszok száma központi kérdés volt, csakúgy, mint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyének egyenlősége, vagy a hazánkban tartózkodó gyermekkori menedékesek egészségügyi ellátása.

Válaszaink többségét elfogadták. A tanácskozás mindvégig nagyon élénk volt, a bizottság őszinte odafigyeléssel, hozzáértéssel és segítő szándékkal kezelte országjelentésünket. Krappmann úr értékelése szerint 1998 óta sokat javult Magyarországon a gyermekek helyzete. Jogszabály-módosítások nyomán új intézmények létesültek, a testi fenytés teljes tilalma Európában tizennegyediként végre nálunk is törvényben fogalmazódott meg. Az állami gondoskodásban élő gyermekek jogvédelmével foglalkozó „gyermekjogi képviselő” intézménye példaértékű. A pozitívumok mellett még mindig aggasztó a roma népességet érő számtalan diszkrimináció. Megértették, hogy a tragikus történelmi múlt miatt nálunk a kisebbséghez való tartozás megvallása nem könnyű, a kérdések megoldása ezért is nehezebb. A társadalmi attitűd megváltoztatása sok időt igényel. Javítani kell az együttműködést a civil szervezetekkel, a gyermekeknek és szervezeteiknek nagyobb beleszólást kell biztosítani az őket érintő kérdésekbe.

Foglalkozott a bizottság azzal az oktatási anyaggal is (Child's Rights Education Program), melyet az ENSZ a gyermekekkel foglalkozó szakemberek számára ajánl. Az első célcsoport éppen mi, gyermekorvosok vagyunk.

Van mit tennünk annak érdekében, hogy a gyermekjogok a szakemberek, a közvélemény, és az érintettek számára is közzismertté váljanak.

Dr. Kovács Zsuzsa



Genfi-tó; 2006. január



2006. május 19–21.  
Siófok, Hotel Azúr Konferenciaközpont

## Kávészünet-8

Téma: a sürgősségi ellátás  
20 ponttal akkreditált rendezvény

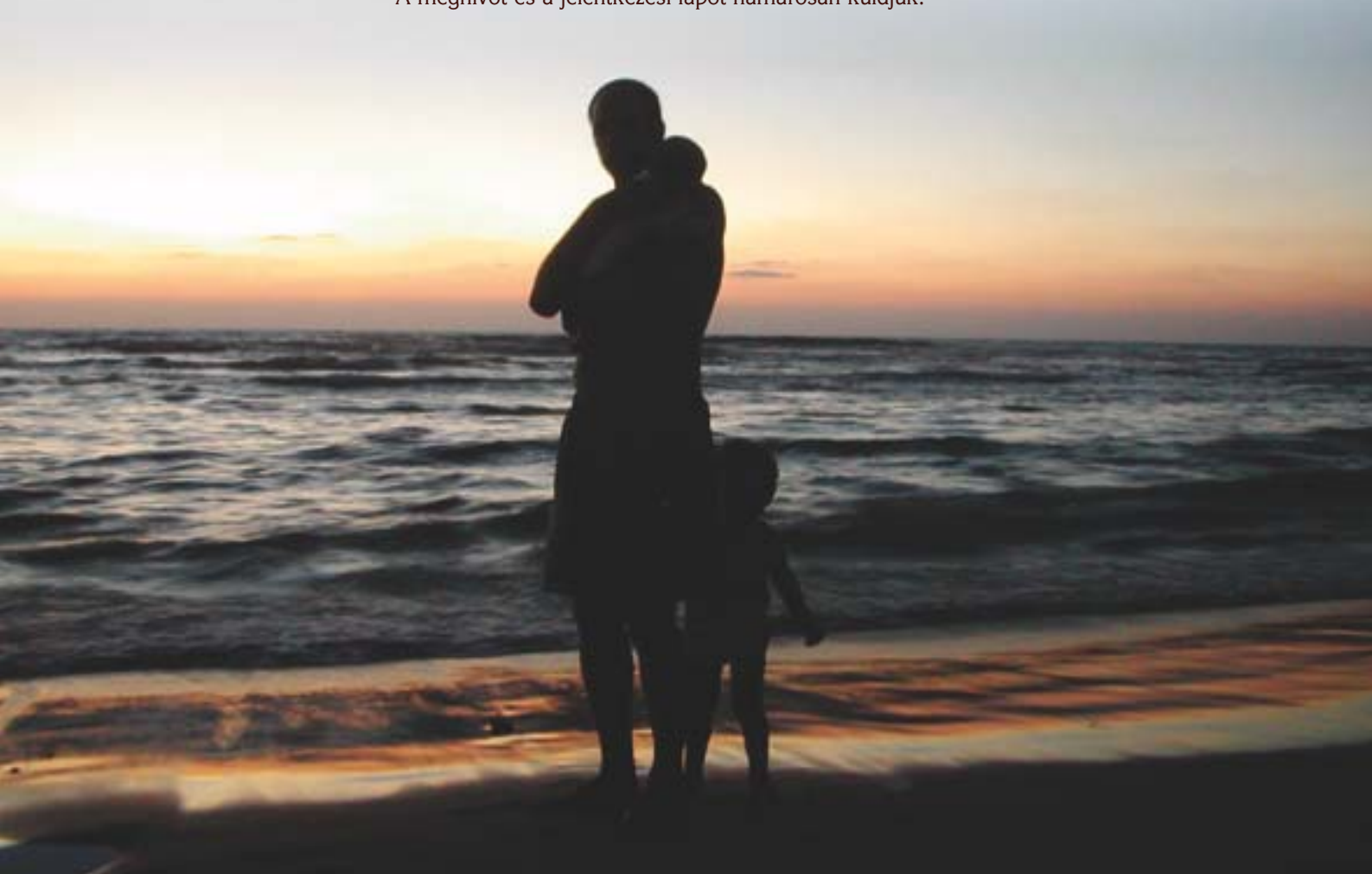


A programból:

- A súlyos beteg vizsgálata
- Újraélesztés
- Az újszülöttek resuscitációja
- Akut kardiális kórképek
- Légzőrendszeri, neurológiai, traumatológiai, toxikológiai sürgősségi állapotok
- A felnőttkori infarktusz és stroke helyszíni ellátása
- Stabilizáció, szállítás
- A sürgősségi táska és a háziorvosi rendelő felszereltsége

A továbbképzést Prof. Dr. Fekete György, a SE II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika igazgatója vezeti.

A meghívót és a jelentkezési lapot hamarosan küldjük.



# Kommunikáció és kiszolgáltatottság

**Néha tanulságos megismerni a kívülről álló véleményét. Boros István, a Cegos Tanácsadó és Tréning Kft. magyarországi ügyvezető igazgatója nem egészségügyi szakember, „csupán” profi kommunikátor. Tanulságos volt meghallgatni, milyennek látja ő a munkánkat.**

Előre bocsátom, hogy fogalmam sincs, mi a megoldás. Tudom, hogy változtatni kell, liberális, több-biztosítós, jól átlátható, transzparens egészségügyet kell létrehozni, az állam, az önkormányzatok és a magántőke bevonásával. Ám a hogyan – a szakemberek dolga.

Amiben viszont biztos vagyok – bár tudom, hogy sok doktor nem ért egyet sommás meghatározással – a betegnek ügyfél–szolgáltató viszonyban kell állnia az egészségügyi ellátórendszerrel. A páciensnek – sok-sok adóforinttal megfizetett – szolgáltatás jár. Ez ma még nem tudatosul sem a páciensben, sem az egészségügyi dolgozóban. Ha valaki bekerül az egészségügy gépezetébe, rögvest átlényegül először is „beteggé” majd „ketteskévé”, „Juci nénivé” „Jani bácsivá”. Kiszolgáltatottá válik. Holott őt Kovács Judit ügyfélként vagy Nagy úrként kell kiszorgálni, nem pedig mint „ketteskét”, vagy mint Juci nénit.

Ma a rendszer átlagosítja, elszemélyteleníti az individuumot. A betegsége, vagy valamilyen egészségügyi problémája, bizonyos értelemben, az ő magánügye marad, ahelyett, hogy az ügyfél és a szolgáltató közös ügyévé válna. Ráadásul a beteg sokszor önként és dalolva vállalja alárendelt helyzetét, szinte anyukát–apukát keres az orvosban. Ez az infantilizálódás hasonlatos a magyar óvodai, iskolai gyakorlathoz, amelyben Kovács úrból előbb–utóbb mindig Kovács apuka lesz...

Nem állítom, hogy ez csak az egészségügyben van így. De a kapcsolatoknak az egészségügyben (is!) egyenlő felek egyezségén kell alapulnia. Ma azonban – ahelyett, hogy ez automatikusan megvalósulna – elsősorban a beteg felvilágosultságától, „küzdőképességétől” függ, sikerül-e emancipált kapcsolatot kialakítani az egészségügy professzionális résztvevőivel. Aki az egész életét alárendelt helyzetben élte meg, annak nem természetellenes ez a kiszolgáltatottság. Elfogadja – és még küzdeni sem képes ellene.

Én szeretek(?), szeretnék(?) ügyfélként az orvoshoz menni. Nem szívesen vagyok „SZTK-beteg”. Félreértés ne essék, nem az egészségügy tartalmáról, a gyógyítás minőségéről beszélek. Továbbmegyek: az orvostól sem gondolom, hogy másképp gyógyít, ha megfizetem. Ám a kiszolgáltatottságomat azonnal megérezem, amikor belépek a körzeti rendelő zsúfolt várójába. Várakozni kezdek én is, és nem is tudom miért, hisz nem is szólnak hozzám. Többször voltam tanúja annak, hogy már bent a rendelőben a nővér az orvosnak, az meg a főorvosának referált egy másik „beteg”-ről, semmibe véve az én jelenlétemet. Mint SZTK-beteg hallgatók tehát én is buta módon, amíg bírok. De ha végül elfogy a „cérnám” és lépek, hirtelen ügyfélle lépek elő.

Négy éve volt egy síbaesetem. Az egyik fővárosi kórházban először azt mondták, nincs eltörve a vállam, csak borogassam. Másnap komoly fájdalmaim miatt mégis elintézttem egy röntgenfelvételt, mire kiderült, hogy kettős törésem van. Miután a röntgennel már harmadik órája álltam sorban, miközben protekciós(?) betegek sora ment be előttem a rendelőbe, felemeltem a hangom. Nem káromkodtam, csak hangosan szóvá tettem, hogy órák óta fáj az ellátatlan karom. Ekkor megrettentek, nem szoktak hozzá ehhez a hanghoz, és gyorsan behívtak. Ez eddig szokványos történet. Ezután vált tragikomikussá. Az orvos, bizalmaskodásra váltva elkezdett tegezni. Szerepcsere történt, ettől kezdve én játszhattam (volna) a főlrendelt szerepet, amit persze éppúgy elutasítottam, mint az alárendeltét. Kapcsolatunk ugyanis – és benne a bizalom – csupán egyenrangú üzleti viszonyon alapulhat. Ezért utasítottam vissza a tegeződést.

Hogy mi az oka a kiszolgáltatott beteg–orvos viszonynak? Rögzült, tanult magatartásformák, az alávetettség automatikus elfogadása. Tradíció, ami a vérrünkbe ivódott.

A paraszolvencia is erről, s nem egyszerűen fizetéskiegészítésről szól. Annak az illúzióknak a kergetése, hogy az orvos attól fogja jobban gyógyítani a beteget, ha pénzt kap, a páciens akkor lesz kevésbé kiszolgáltatva, ha pénzt ad. Holott maguk az orvosok tudják a legjobban, hogy a VIP-es beteggel mindig baj van...

Persze az orvos is kiszolgáltatott, hisz ő sincs megfizetve. Magyarán, a szolgálta-

tás egyik oldala sem működik: sem a páciens, sem a doktor nem áll üzleti alapon. Egyik, mert nincs megfizetve, a másik pedig, mert azt várja el, hogy gondoskodjanak róla.

Tudom, vannak, aki ellenzik az egyenrangú kapcsolatot, akik a tekintélyelv tisztelői, akik arra szoktak hivatkozni, hogy az egészségügy extrém felelősségvállalása miatt csak „félkatonai” szervezetként hatékony. Ha szabadjára engedik az egyéni kezdeményezést, akkor lazul a fegyelem, és több lesz a megengedhetetlen mulasztás. Márpedig a betegellátás rovására nem lehet hibázni.

Erre az a válaszom, hogy minden szervezet megalkotja a maga ideológiáját.

Az egyéni kezdeményezőképeség nincs ellentmondásban a szakmai hierarchiával. Sőt, épp a hierarchiának kell az egyéni kezdeményezőképeséget, kreativitást mozgósítania. Ha megnézzük, mondjuk egy szálloda működését, ott is nagy fegyelemre, a logisztikai követelmények abszolút betartására van szükség. Hisz náluk az ügyfélnek jól kell éreznie magát, mert ha a vendég (ügyfél) elégedetlenül távozik, az tragédia. Mondom: az ügyfél!

Fokozza az orvosi kiszolgáltatottságot – mármint a saját szervezetén belül –, hogy sokszor nem gyógyító, hanem pénzszerző munkával, kódolással, pontvadászattal kell foglalkoznia. Az osztályvezető meg arra kényszerül, hogy a HBCS-rendszer alapján, és ne a beteg állapota szerint döntse el, hány napig tart a kórházi ápolás – jó esetben persze csak virtuálisan, papíron. Ha a doktor egy helyett két mandulaműtétet ír a műtéti naplóba, és nem adminisztrál tisztességesen, máris kiszolgáltatottá válik. Ha nem látható át a rendszer, előbb–utóbb az egész működés, a szervezet kerül bajba.

Minden intézmény működésében fontosak az emberi kapcsolatok, a kommunikáció. Ezen a téren még egy szegény egészségügyön belül is lehet és kellene segíteni. Ha megértjük, hogy mit akar az egyik fél, és mit tud a másik, akkor talán türelmesebbek leszünk egymással, és objektívebben meg tudjuk ítélni a helyzetet. Elsősorban a beteg helyzetét. Kevés az, hogy valaki jó orvos, bizalmat is kell maga, és persze intézménye iránt ébresztenie. Hogy az ember szívesen menjen hozzá. Felnettéként kell kezelnie a beteget, és a félelmei iránt is empatikusabbnak kell

lennie. Ha egy kezelés előtt elmondja érthetően, a beteg nyelvén, hogy mit miért csinálnak, akkor a páciens partnere lesz a gyógyításban is. Ám ha az orvos csak lediktálja a laikus számára érthetetlen diagnózist, és a hetvenéves nyugdíjas néni mégis meg meri kérdezni, hogy mi a baja, az adott válasz pedig lekezelően csak annyi, hogy a házi orvos majd elmondja, akkor a doktort meg kell tanítani kommunikálni...

Vagy legalábbis fejleszteni kell a kommunikációs készséget. Ha mi egy céggel kezdünk dolgozni, akkor előtte átvilágítjuk. Egy kórház esetében feltérképeznénk, milyen a főorvos-orvos, orvos-nővér, orvos-beteg stb. viszony. Megvizsgáljuk a belső eljárásokat, előírásokat, a nem leírt, de működő szokásokat, az etikai kódexnek, és a kórházi protokolloknak a betartását. Beszélgetnénk, interjúkat készítenénk. Ügyelnénk a részletekre, és tekintettel lennénk az adott intézmény belső kultúrájára. A vállalati kultúra sokat mond el egy adott vállalatról. Egyik helyen például mindenki tegeződik, a másikon nem. Itt együtt ebédel mindenki, ott a főnökség felhozza az ebédet – miért? Nagyon fontos az úgynevezett „belső üg-

félkapcsolat”. Hogy mi van a külső ügyféllel nem találkozó pénzügyi, műszaki, munkaügyi stb. az ún. back office részleggel, milyen az ő kapcsolatuk az ügyfelet közvetlen módon kiszolgáló ún. „front office” osztályokkal? Alkalmaznánk a „mystery shopping”, az „álvásárlás” módszerét. Azaz munkatársaink bejelentkeznének ügyfélként (betegekként) is. Ennek módját persze jól át kellene gondolni.

Hogy ezek közhelyek?

Egy nagy szállítmányozó cég arra kért minket, tanítsuk meg kommunikálni a gépkocsivezetőiket. Ezen már mi is elcsodálkoztunk: minek? Azután megértettük: a nem kellően kommunikáló gépkocsivezetők miatt előfordulhatnak olyan kommunikációs zavarok, amelyeknek időben és pénzben kifejezhető következményeik lehetnek. Nem mindegy ugyanis, hogy a kamion mennyi idő alatt megy át a határon, mennyi idő alatt szervizelik a járművet. Felültünk a sofőrök mellé, figyeltünk, majd ebből építettük fel a később sikeres kommunikációs tréninget.

Mi nem tanítjuk, hanem fejlesztjük a meglévő kommunikációs készségeket. Nem vagyunk okosabbak, mint a megbízónk, és természetesen nem is értünk job-

ban az ő szakmájához. Az előzetes felkészüléssel, az együttgondolkodással, a tréningek során átadott módszerekkel segítjük a képzés résztvevőit abban, hogy a helyes kommunikációval mit és hogyan valósíthatnának meg sikeresebben; hogy jó kérdéseket tegyenek fel saját maguknak, és megtalálják a közös nevezőt másokkal.

Gyakorlati problémákról van szó. Ha a véccélhúzó helyén egy kereskedelmi lánc nylonzacskója fityeg, mint legutóbb, amikor a lányomat elkísértem a terhesgondozóba, akkor az, aki felel azért a részlegért, nem tárhatja szét a kezét, hogy nincs pénz, hanem lépnie kell. Tennie kell valamit. Mert a beteg rossz közérzete még ezen a cseppet sem elhanyagolható „véccé-szinten” is javítható.

Nem bonyolult dolgok ezek. Ám, úgy látom, hogy a kommunikációs készségek fejlesztése még nem prioritás az egészségügyben. Márpedig, amíg nincs igény ennek javítására, addig nehezen változtatható meg a legnehezebb dolog – a közgondolkodás.

AZ INTERJÚT KÉSZÍTETTE DR. NEMES JÁNOS





## Rotavírus-vakcina

A hasmenés a második leggyakoribb gyermekkori megbetegedés. A fejlődő világban évente mintegy félmillió gyermek hal meg rotavírus-infekció következtében. E fertőzés okozza a hasmenés miatti kórházi felvételek csaknem harmadát. Az 1999-ben bevezetett RotaShield (Wyeth) vakcina ugyan hatásosnak bizonyult, de életveszélyes mellékhatásokat feltételezve – minden tízezredik oltott gyermekben invagináció lépett fel – egy évvel később kivonták a forgalomból. E balul sikerült első kísérlet után a Merck és a GlaxoSmithKline mégis megpróbálkozott egy új védőoltás kifejlesztésével, ami a jelek szerint mindkettőjüknek sikerült.

A *New England Journal of Medicine* 2006. január 5-i számában két közlemény és egy szerkesztőségi kommentár számol be az eredményekről. Mindkét védőoltást kettős vak, randomizált kísérletben, mintegy 60 ezer csecsemőn próbálták ki. A vakcinák orálisan adható, élő, gyengített rotavírust tartalmaznak, melyet az első DiPerTe oltással egyidejűleg, a csecsemők két hónapos korában lehet alkalmazni. Míg a GlaxoSmithKline-produktum – a Rotarix – monovalens humán-vírusvakcina, melynek adását egyszer kell ismételni. A Merck-készítmény – a Rotateq – pentavalens humán-bovin vírusvakcina és az

immunizáláshoz háromszor kell adni. Mindkét vakcina igen eredményesen gátolta a rotavírus-fertőzést, a Rotarix 85%-os, a Rotateq 98%-os hatásossággal. Az eltérő eredmények valószínűleg annak tulajdoníthatók, hogy míg a Rotarixot szegény dél-amerikai családokban, a Rotateqet az USA-ban és Finnországban próbálták ki. A rotavírus okozta megbetegedések jelentős csökkenése mellett igen figyelemreméltó, hogy a védőoltás alkalmazása után a Rotarix esetében 42%-kal, a Rotateq esetében 63%-kal csökkent a kórházi felvételek száma az első életévben, vagyis a súlyos fertőzéseket igen jelentős arányban gátolták meg. E számok alapján valószínű, hogy a vakcinák a fejlődő világban a hasmenés okozta csecsemőkori mortalitást is hasonló arányban csökkenthetik. A vakcinák hatásosságán kívül igen fontos az is, hogy egyik esetben sem diagnosztizáltak a placebohoz képest magasabb számban invaginációt. Ez a megfigyelés arra enged következtetni, hogy nem az élő rotavírusból készült vakcina, hanem a RotaShield készítmény volt az invaginációk magas számának az oka.

A biztató eredmények mellett azonban számos kérdés vár még megválaszolásra. Nem tisztázott, hogy ha a készítményeket idősebb gyermekeknek adják, megnő-e

az invaginációk száma, hiszen az új vakcinákat a RotaShield-alkalmazás idejéhez képest fiatalabb életkorban (amikor az invaginációs hajlam kisebb) próbálták ki. Az is kérdés, hogy a vakcinák védelmet nyújtanak-e a készítményben nem szereplő rotavírus törzsekkel szemben is. Ahhoz, hogy a vakcina kifejtse hatását, a gyengített vírusnak szaporodnia kell a csecsemő bélrendszerében. Hogy ez az alultáplált, más kórokozók fertőzött, sokáig szoptatott harmadik világbeli csecsemőknél is így van-e, még nem bizonyított.

Amennyiben a további ilyen irányú vizsgálatok megerősítik a vakcinák hatásosságát, akkor azok mihamarabb a rutin-immunizációs program részévé válhatnak. Ez a fejlődő világban a csecsemőkori mortalitás jelentős csökkenését eredményezheti. Gazdasági jelentősége lenne alkalmazásának a világ fejlettebbik felén is, hisz az orvosi vizitek, a téli kórházi felvételek és a szülők gyermekápolással töltött napjainak száma egyaránt csökkenne.

Ruiz-Palacios G.M. et al: Safety and efficacy of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis.

*N.Engl.J.Med.* 2006, **354**:11–22

Vesicari T. et al: Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine.

*N.Engl.J.Med.* 2006, **354**:23–33

Glass R.I., Parashar U.D.: The promise of new rotavirus vaccines. Editorial. *N.Engl.J.Med.* 2006, **354**:75–77

## Hipertóniás sóoldat inhalálása cisztás fibrózisban

A *New England Journal of Medicine* január 19-i számában két cikk is foglalkozik a hipertóniás sóoldat inhalálásának jótékony hatásával cisztás fibrózisban. Az első cikkben Elkins és munkatársai egy kettős vak, randomizált kísérletben 164, 6 évesnél idősebb, stabil állapotú cisztás fibrózisban szenvedő betegnél alkalmaztak naponta kétszer 4 ml 7%-os, ill. 0,9%-os NaCl-t, 48 héten keresztül. A légzésfunkciós vizsgálatok szerint a hipertóniás sóval inhaláló csoport légzésfunkciós értékei közül a FVC és a FEV1 szignifikánsan javult. Ebben a csoportban szignifikánsan kevesebb volt a betegség fellángolása és magasabb volt azon betegek száma, akiknél egyáltalán nem lépett fel exacerbatio. A hipertóniás sóoldat nem fokozta a bakteriális infekciók számát vagy a gyulladást jelentőseket.

Egy másik cikkben Donaldson és munkatársai 24 beteggel inhaláltattak naponta négyszer 5 ml 7%-os NaCl-t, 12 napon át, amilorid- vagy placebo-előkezelés után. A placeboval és hipertóniás sóval kezelt betegek légzésfunkciói (FVC, FEV1 és FEV25-75 értékei) szignifikáns javulást mutattak. In vitro adatok szerint a hipertóniás sóoldat a légutak tartós hidrálását és így a bronchusváladék fokozott viszkozitását, következésképpen jobb kiürülését eredményezi. Az amilorid-előkezelés gátolja az ozmotikus vízkiválasztást, ezért nem mutatkozik a hipertóniás NaCl hatása.

Ratjen szerkesztőségi kommentárban mutat rá arra, hogy mai tudásunk szerint a cisztás fibrózis oka a „cystic fibrosis transmembran protein” (CFTR) hibája. Emiatt csökken a klórszékreció és fokozódik a nátriumabszorpció az epithelsejtek-

ben. A fokozott Na-abszorpció miatt a bronchusok hidrálása, és így a mukociliáris transzport is csökken. Ennek következménye a váladékretentio, amely viszont elősegítheti a gyulladást kialakulását. Ha ezt a circulus vitiosus-t valahol meg lehet szakítani, mint ahogy a vizsgálat során a hipertóniás sóoldat alkalmazásával ezt tettük, akkor nagyot léphetünk előre a cisztás fibrózis kezelésében. És milyen egyszerűen és olcsón!

Elkins M.R. et al: A controlled trial of long-term inhaled hypertonic saline in patients with cystic fibrosis.

*N.Engl.J.Med.* 2006, **354**:229–240

Donaldson S.H. et al.: Mucus clearance and lung function in cystic fibrosis with hypertonic saline.

*N.Engl.J.Med.* 2006, **354**:241–250

Ratjen F: Restoring airway surface liquid in cystic fibrosis. Editorial. *N.Engl.J.Med.* 2006, **354**:291–293

# Antibiotikum-kezelés a mindennapi gyakorlatban

Dr. Fekete Ferenc, Heim Pál Gyermekkorház Madarász u.-i Gyermekkorháza

## Megfelelő választás

Az első kérdés, hogy adjunk-e antibiotikumot? Köztudott, hogy csak bakteriális fertőzés esetén szükséges antibiotikum adása. Vagyis két kérdésre kell válaszolni: a betegnek van-e fertőzése, s ha igen, akkor ezt baktérium vagy valami más kórokozó okozza-e?

A fertőzések vagy lokalizálhatók valamely szervrendszerre, vagy nem tudjuk meghatározni pontos helyüket. Előbbi esetben az fertőzés általános tünetei mellett az egyes szervrendszeri tünetek (pl. légúti, húgyúti stb.) mutatkozhatnak, utóbbi esetben csak általános tünetek jelentkeznek (pl. láz, gyengeség, hányás stb.). Elfogadott nézet, hogy általános tünetek nélkül ritkán fordul elő bakteriális fertőzés.

A lokalizáció segít az etiológia megválasztásában. Ebben az epidemiológiai adatok, valamint a beteg általános állapota is fontos szerepet játszik. Súlyos bakteriális fertőzés esetén – a kezdeti rövid szakasztól eltekintve – a betegeknek általában nem jó az általános állapota. Kivételt képeznek az egy hónapnál fiatalabb csecsemők, akiknél a súlyos bakteriális fertőzés szegényes klinikai képpel is jelentkezhet, ők viszont azonnali kórházi elhelyezést igényelnek. Azoknál a betegek-nél, akik az újszülöttkorból már kinőttek és jó az általános állapotuk, nincs szervrendszeri tünetük, akkor döntünk helyesen, ha nem adunk antibiotikumot. Természetesen nem veszíthetjük szem elől a beteget.

## Bőrfertőzések

A súlyos, kiterjedt bőrfertőzések (erysipelas, phlegmone, stb.) mindenképpen kórházban igényelnek antibiotikum-kezelést. Ilyenkor – phlegmone és abscessus kialakulásakor – esetleg sebészi feltárással is szükség lehet. Az enyhe, kisebb kiterjedésű fertőzések, mint például impetigo fennállásakor ritkán kell antibiotikumot adni, mert a lokális kezelés az esetek többségében elegendő. Az erysipelas a Streptococcus pyogenes okozza, így a penicillin a megfelelő választás. A többi bőrfertőzésben a streptococcusok mellett a Staphylococcus aureus is szerepet játszhat, így a penicillinnek közül a laktamáz-gátlóval stabilizáltak (amoxicillin/klavulánsav, ampicillin/sulbactam), a cefalosporinok közül az I. generációsok (cefalexin, cefadroxil) vagy bármelyik makrolid választható.

## Légúti fertőzések

A légúti fertőzések túlnyomó többsége vírusos eredetű, vagyis a helyes választás, ha nem adunk antibiotikumot.

Pharyngitis és a tonsillitis szinte kizárólag csak Streptococcus pyogenes okozta betegség esetén kezelendő. Ez gyermekkorban az esetek 15–30%-ában fordul elő, és 3 év alatti életkorban igen ritka. Választandó kezelése a penicillin, ill. allergia esetén bármelyik makrolid.

Az otitis media leggyakoribb kórokozója a Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae és a Moraxella catarrhalis. Az esetek többségében adunk antibiotikumot, bár ez nem mindig indokolt. Választásunk alapja a pneumococcus elleni hatékonyság. Elsősorban tehát amoxicillint, vagy amoxicillintartalmú antibiotikumot alkalmazunk célszerűen emelt dózisban (80–90 mg/kg amoxicillinre számolva), mert az otogéntörzsek rezisztenciája magasabb lehet, különösen akkor, ha a gyermek közösségbe jár, a megelőző 3 hónapban antibiotikumot szedett vagy 2 évesnél fiatalabb. A cefalosporinok közül a cefuroxim axetil és a cefprozil pneumococcus elleni aktivitása megfelelő. Súlyosabb esetekben ceftriaxont adhatunk im. (50 mg/kg adagban). Penicillinallergiás betegek kórházi makrolid (clarithromycin, azithromycin) a megfelelő választás, mert a többi makrolid nem hat a haemophilusokra.

A sinusitis acuta kórokozója megegyeznek az otitisével, így a választható antibiotikumok köre is azonos, bár e kórképben lényegesen ritkábban adunk antibiotikumot, mivel többségük tüneti kezelésre is meggyógyul. Antimikrobás kezelést kezdünk akkor, ha elhúzódik a folyamat (> 10 nap), vagy ha súlyos a klinikai kép (magas láz és rossz általános állapot), illetve ha szövődmény alakul ki (pl. ethmoiditis).

Az epiglottitis súlyos, életveszélyes fertőzés, mely intenzív osztályos elhelyezést igényel. Az esetek döntő többségében az invazív haemophilus okozza, így érthető, hogy a Hib-oltás bevezetésével e kórkép szinte eltűnt.

A laryngitisek vírusos eredetűek, antibiotikum adása tehát szükségtelen.

A bronchitisek szintén vírusos kórképek, de ha elhúzódik (>3 hét), akkor leginkább atípusos kórokozó lehetősége merül fel, ezért bármelyik makrolid megfelelő.

A pneumoniák kóroka meglehetősen kórspecifikus. A 3 hónap alatti betegségét leggyakrabban vírusok okozzák, de különféle baktériumok is előfordulhatnak. E korosztály mindenképpen kórházi kezelést igényel. A 4 hónapos és 5 éves kor között a pneumococcus vezet, bár nem ritka az atípusos kórokozó sem. Jó választás az amoxicillin+laktamázgátló, vagy a II. generációs cefalosporin (cefuroxim axetil, cefprozil) is. Ha a klinikai kép alapján felmerül az atípusos kórokozó lehetősége, akkor a fentiek mellett vagy helyett makrolidot adunk. Az esetek jelentős részében (akár 40% is lehet) kevert fertőzés okozza a pneumoniát. Ha a makrolidot önmagában alkalmazzuk helyesebb a korszerű készítményeket (clarithromycin, azithromycin) adni, mert ezek a haemophilusokra is hatékonyak. 5 év felett gyakoribb az atípusos kórokozó, ezért ebben az esetben valamelyik korszerű makrolid lehet az első választandó antibiotikum.

## Bélfertőzések

Az esetek többségét vírusok okozzák, de a bakteriális fertőzések túlnyomó része sem igényel antibiotikum-kezelést. Legfontosabb a folyadékháztartás egyensúlyának megtartása. Úgynevezett „hasfogók” adása tilos, mert az enterális toxinok nem tudnak távozni, és a beteg a „beleibe exsiccálódik”. Eredményes lehet valamelyik probiotikum alkalmazása.

## Húgyúti fertőzések

Elsősorban Gram-negatív kórokozók okozzák. A vizelet laboratóriumi vizsgálata és tenyésztése célszerű a kórokozó kimutatására. A súlyos pyelonephritisek kezelése általában iv. antibiotikummal kezdődik, majd orális kezelésre váltunk. Elsősorban a III. generációs orális cefalosporinok (ceftibuten, cefixim) vagy cefuroxim axetil választható. A tenyésztés eredménye ezt módosíthatja. A cystitisek kezeléséből az emelkedő rezisztencia miatt már kiszorult a trimetoprim-sulfametoxazol. Megfelelő választás a III. generációs cefalosporin (ceftibuten, cefixim) vagy a cefuroxim axetil. Problémát jelent a péntek délután jelentkező húgyúti fertőzés ellátása, mivel a vizeletvizsgálat csak nehezen kivitelezhető. Ha alsó húgyúti fertőzés merül fel (láztalan beteg, dysuriás panaszok, alhasi fájdalom) nyugod-



tan kezelhetjük mikrobiológiai vizsgálat nélkül is. Pyelonephritis gyanúja esetén (láz, deréktáji fájdalom, vizelet panaszok stb.) inkább utaljuk intézménybe a beteget, ahol megtörténhet a mintavétel. Csecsemők húgyúti fertőzésének ellátása kórházi körülmények között biztosítható. A standard kezelésre nem gyógyuló fiatal, már aktív nemi életet élő korosztályban gondolni kell az STD típusú fertőzésekre. Hagyományos tenyésztés eredménytelen, mert ezeket chlamydiafertőzés okozza. Tetracyclin-, magas dózisú azithromycin- vagy fluorokinolonkezelés választandó. Fontos, hogy a partnert is kezeljük, mert különben eredménytelen a terápia.

Nem említem a szepszis, meningitis, osteomyelitis, septicus arthritis és számos egyéb, illetve ritka fertőzés antibiotikum-kezelését, mert ezek diagnosztikája és/vagy kezelése kórházi körülményeket igényel.

### Megfelelő időben

A megfelelő időben számomra azt jelenti, hogy először kell helyesen antibiotikumot választani, nem pedig gyorsan. Nem célszerű próbálgatni az antibiotikumokat. Ez nem jó a betegnek, nem jó a rezisztenciahelyzetnek és nem jó nekünk sem, mert elveszítjük a beteg bizalmát és még drága is. Diagnosztikus erőfeszítéseket kell tennünk, hogy minél pontosabb lokalizációs és etiológiai diagnózist állapíthassunk meg.

E célt szolgálja a több rendelésben is hozzáférhető CRP-vizsgálat. Segítségével nagyobb biztonsággal dönthetjük el, hogy betegünk fertőzése virális vagy bakteriális eredetű. Hasznos az ágy mellett elvégezhető streptococcus antigén kimutatása a torokváladékból.

Otthon kezelt fertőzés esetében nem kell sietni az antibiotikum rendelésével. A diagnózis precízebb később, az adatok birtokában.

A legtöbb felesleges antibiotikum-felírás pharyngitis, tonsillitis miatt történik. Általában szülői nyomásra gyorsan adunk valamilyen antibiotikumot, holott a betegség magától is meggyógyulna. A rendkívül ritkán előforduló reumás láz még a betegség 8. napján kezdett antibiotikummal is megelőzhető, felesleges a sietség. Megvárhatjuk a torokváladék tenyésztési eredményét. Az otitis diagnózisa a klinikai és a fültükri kép alapján viszonylag könnyen megállapítható. Az antibiotikum-kezelés ezt követően megkezdhető. A sinusitis diagnosztikája nehezebb, de antibiotikum alkalmazására viszont ritkábban kerül sor.

A közösségben szerzett pneumóniák közül az otthon kezelt általában jó állapottal járnak, ezért nincs ok a sietségre. Célszerű mellkasfelvétellel megerősíteni a diagnózist és csak ezután választani antibiotikumot. A radiomorfológia nem különíti el a típusos és atípusos pneumóniákat.

A pyelonephritisek kezelésében a megfelelő antibiotikum minél korábbi adása rendkívül fontos. Ez azonban nem előzheti meg a megfelelő mintavételt. Nem célszerű a tenyésztés eredményét bevárni, de mindent meg kell tenni a kezelés megkezdése előtt, hogy korrekt etiológiai diagnózishoz jussunk. Ha nem kapott a beteg antibiotikum-„előkezelést”, akkor ennek nagy az esélye.

### Megfelelő adagban

Az egyik legkritikusabb kérdés az adag nagysága, az adagolás módja és a terápia időtartama. Az adag tekintetében fontos az fertőzés lokalizációja és a rezisztencia helyzete az adott területen. A középfül pl. nehezen megközelíthető az antibiotikumok számára és viszonylag magasabb a rezisztens kórokozók aránya, ezért otitisben maximális adag adandó. Így pl. amoxicillinből 80–90 mg/kg szükséges. A vesével jól kiválasztódó cefalosporinok előírásában szereplő adag elegendő a húgyúti fertőzések kezelésére, mert a vizeletben jól koncentrálnak. Aminopenicillinből is elegendő az alacsonyabb adag.

Fontos betartani az előírást. Ha valamit háromszor kell adni, akkor az nem adható kétszer. Az antibiotikum-választásnál figyelembe vehetjük a betegek compliance-ét is, és ennek megfelelő dozizálású készítményt rendeljünk részükre.

A kezelés hossza individuális. Helyes nagyobb adagot, rövidebb ideig adni, mert ez hatékonyabb és kevésbé fokozza a rezisztenciát. Bizonyos esetekben nem térhetünk el a protokollokban leírt kezelési időtartamtól. A streptococcus tonsillitis kezelése 10 napig tartó penicillinadagolás. Ez nem rövidíthető. Az otitis, sinusitis kezelése a klinikai javulás befolyásolja, általában 7 és 10 nap között van. A típusos kórokozó által okozott pneumóniák kezelésére legtöbbször elegendő 5–7 nap, míg az atípusos pneumóniák terápiaja 2 hétig tart. Az alsó húgyúti fertőzést elegendő 4–5 napig kezelni, a pyelonephritist tovább kezeljük.

Nincs tehát mindenre érvényes szabály. A beteg diagnózisa és az antibiotikumok farmakológiai tulajdonságai határozzák meg az antibiotikum-kezelést.

### Problémák

„A láz nem antibiotikum-hiányos állapot!” Az antibiotikum nem alkalmas virális betegségek bakteriális szövődményeinek megelőzésére. Az ilyen alkalmazás csak nem kívánt hatásokkal jár.

A penicillinallergia gyermekkorban rendkívül ritka. Ha a betegnek már volt anaphylaxiás reakciója penicillinre, akkor semmilyen  $\beta$ -laktám nem adható, penicillinpróba végzése szigorúan tilos. Ilyenkor makrolid típusú antibiotikum választandó. Amennyiben kiütések jelentkezéséről számol be a szülő penicillin adása után, akkor lehetséges cefalosporint adni, mert a keresztallergia gyakorisága nem több, mint 10%. Ebben az esetben később érdemes tisztázni az allergiát. A mononucleosisban amoxicillin adására jelentkező jellegzetes kiütés nem jelent sem penicillin-, sem amoxicillinallergiát. Ha kétség merül fel, ezt is érdemes később tisztázni.

Ha antibiotikumot kezdünk egy betegnek, akiről később kiderül, hogy nem bakteriális fertőzése van, haladéktalanul szakítsuk meg a kezelést. Az antibiotikum hatásának kialakulásához idő szükséges. Ha biztosak vagyunk a diagnózisban és helyesen választottunk antibiotikumot, akkor nem szabad naponta változtatni a kezeléssel, azért, mert nem észlelünk azonnali javulást.

Ha az adott kórképet okozó kórokozónak megfelelő antibiotikumot választottunk, helyesen adagoltuk, a beteg be is vette, és a kívánt javulás mégsem következett be, akkor gondoljuk át újra a diagnózis helyességét, mielőtt újabb antibiotikummal próbálkoznánk.

Az antibiotikumok rendkívül hatékony készítmények a bakteriális fertőzések leküzdésére. Meggondolt, célszerű alkalmazásuk vezet a legjobb klinikai eredményhez, és ez őrzi meg hatékonyságukat is. Ne hagyjuk, hogy a könnyű gyógyszerfelírás hamis biztonságérzete elaltassa diagnosztikus éberségünket. Csak a megfelelően választott, megfelelő időben és megfelelő adagban alkalmazott antibiotikum gyógyíthatja meg betegeinket.

#### MAIL2000 Kft. szerverakciója

5 db munkaállomást térítés nélküli, tartós használatba adunk, ha Ön szervert + SBS operációs rendszert vásárol cégunktől és velünk karbantartási szerződést köt.

A részletekről érdeklődjön a 06-1-401-0206 telefonszámon, vagy írjon a [server@mail2000.net](mailto:server@mail2000.net) e-mail címre, és megkeressük Önt.



# Mottónk: Környezetünk védelme, gyermekünk jövője!

**Mikor, ki alapította a Hipp Kft.-t, kik a tulajdonosok, hol van a székhely?**

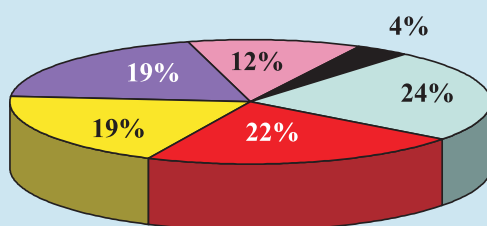
A Hipp család történetét a gyermekek és a természet iránti szeretet határozta meg. Joseph Hipp, Claus, Georg J. és Paulus Hipp nagyapja családi üzemében natúr termékeket dolgozott fel.

A tápláló bébiétel egyre népszerűbbé vált és Georg Hipp apja elképzelését továbbfejlesztve 1932-ben saját céget alapított és kidolgozta a kedvelt bébiipari gyártásának módját. Georg Hipp dr. Hans Müllerrel a szerves biológiai növénytermelés megalapítójával közösen az 50-es években építette ki a cég számára termelő biogazdaságok hálózatát. Elsőként szerves biológiai termelésből származó almát és gabonát dolgoztak fel. A Pfaffenhofen közelében fekvő családi birtokot lépésről lépésre alakította át ökológiai gazdasággá.

Apja halála után 1967-ben Claus Hipp vette át a vállalat vezetését. Az ökológiai növénytermesztés úttörőjeként egyre több termelőt győzött meg a biotermesztés előnyeiről és fontosságáról. Később fiatalabb testvérei is beléptek a cégbe. Jelenleg a harmadik generáció tagjai is a tulajdonosi kör tagjaivá váltak. A cég központja mai napig a németországi Pfaffenhofenben található.

A Hipp-filozófia lényege: „A legjobbat a természettől, a legjobbat a természettől való bánásmódban is. Napjainkra a Hipp cég az ökológiai földműveléssel termesztett nyersanyagok legnagyobb feldolgozója világszerte.

A biogazdálkodás alapelvei a következők: a bioalapanyagokat természetes módon, az ipari létesítményektől, forgalmas utaktól távol eső területeken, az uralkodó szélirányt is figyelembe véve termesztik, hogy a levegőből érkező szennyeződések is elkerüljék. A termőföldet rendszeresen analizálják, hogy nincs-e vegyszermaradvány a földben. Ezzel nemcsak a termést, de a talajvizet és a termőföld egyensúlyát is óvják. Kizárólag kémiaiilag kezeletlen vetőmagot használnak. A kártevők elleni védelem természetes módon történik, mű-



■ Beba ■ Milumil  
■ Hipp ■ Aptamil  
■ Humana ■ Bebivita

Németországi tápszerpiac (forrás: AC Nielsen)

trágyát, rovarölő szereket, vegyi vagy szintetikus permetszereket nem használnak. A gyomnövényeket mechanikus módon, kézzel, illetve énekesmadarak, katicabogarak telepítésével, csalinövények ültetésével irtják.

A környezetvédelemmel foglalkozó, nemzetközileg elismert Greenpeace már 2003-ban deklarálta, hogy a Hipp üveges bébiételek a legbiztonságosabbak közé tartoznak. Ezért ajánlják őket a Hipp-termékeket.

A pfaffenhofeni anyacég 2002-ben megkapta az EU Millenniumi Környezetvédelmi díját.

**Mikor terjesztették ki működésüket Magyarországra?**

A tulajdonosok a németországi és az ausztriai üzemegységük mellett a magyarországi rendszerváltás után, 1994-ben Hanságligeten hozták létre harmadik gyártóüzemüket. Itt található a magyar központ, ahol jelenleg hozzávetőleg száznegyvenen dolgoznak.

A tavaly 10. évfordulóját ünneplő Hipp Kft.-ben az értékesítést egy 30 fős csapat végzi. A Magyarországon forgalomban lévő üveges bébiitalokat és -ételeket (gyümölcsök, főzelékek, húsos menük) hazai alapanyagokból állítják elő. Hanságligetről látjuk el a régi EU-n kívül eső piacokat is.

**Hány országot érint a „birodalom”?**

Termékeink 43 európai, 8 ázsiai és 3 afrikai országba jutnak el. Mongólia vagy Szudán után piacaink a belső-ázsiai FÁK országok irányába is kiterjedtek.

A hagyományos tejpépek horvátországi üzemünkben, a probiotikummal dúsított tejpépek Németországban készülnek. Bérnyártásban állítják elő

a Hipp szigorú előírásainak megfelelő, Magyarországon is rendkívül kedvelt Hipp instant teákat és tápszereket.

Tápszereink között vannak hypoallergén, az anyatej-helyettesítő és a anyatej-kiegészítő (2-es, 3-as) készítmények is. A teljes tápszerpiacot figyelembe véve Németországban a Hipp az eladás mennyiségét tekintve a harmadik helyen áll.

A Hipp-termékek a gyógyszertárak mellett a hiper- és szupermarketekben, drogériákban, bababoltokban, szakboltokban, illetve a nemzetközi és hazai élelmiszerláncok boltjaiban vásárolhatók meg.



**Mire vonatkozik a HGYE-vel kötött együttműködési megállapodásuk?**

A HGYE és a Hipp Kft. között fennálló együttműködési megállapodáshoz hasonló szerződés egyetlen országban sem létezik. Ezért is kiemelt jelentőségű ez az úttörő kapcsolat. A HGYE ajánlása kizárólag a nem receptköteles termékekre vonatkozik. Az egyesület logo-ját és ajánlását használjuk a szakmai folyóiratokban, az ún. közönséglapokban, valamint a direkt marketing keretében prospektusokon és szórólapokon.

A fogyasztók egyre nagyobb bizalommal fordulnak a megbízható eredetű, magas minőségű biokészítmények felé, ezért számítunk az elkövetkező időszakban további forgalomnövekedésre.

KF



# Portré – dr. Fejérdy Gábor

1975 óta orvos. Ortopéd és baleseti sebész szakorvos, ki orvosi képesítései mellett a hittudományi akadémián is diplomát szerzett, és mintegy 9 éve a Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének elnöke. Feleségével együtt, oblatusként (világi tag, aki segíti a munkát) részt vesznek a Ciszterci Nővérek tevékenységeiben is. 16 évet dolgozott az Uzsoki utcai kórházban. 1991 óta Kismaroson egy alapítványi, non profit működtetésű ortopédiai szakrendelést és gyógytornai szolgáltatást vezet, mely ma már évente 5000 páciensztalálkozásra nyújt alkalmat. Kedvenc szakmai területe a gyermekortopédia, valamint a kézsebészet és rehabilitáció. Hittel és elhivatottan dolgozik, munkáját a mai napig „szolgáltatnak” tekinti. A hozzájuk forduló betegek kézzel a kézre adják tevékenységük „jó hírét”. Boldog családban él feleségével és öt gyermekével.



Meg kell hogy éljen..! Az emberek gondolkodásában az a lényeges szemléleti differencia, hogy ki-ki a saját életét szolgáltatnak tartja-e...vagy ő maga akar-e élni (...akár a többiek rovására is...) úgy mond „szuper-jó”, luxuséletet. Ez utóbbi egy orvosi szemléletbe szerintem ma sem férhet be, ahogy sosem volt oda való.

## **– Hogyan kelt életre a „saját magát fenntartó” kismarosi ortopédiai rendelesek?**

1991-ben, a rendszerváltás adta új lehetőségeket megragadva indultunk. Ekkor nyílt itt Magyarországon először mód arra, hogy az állami egészségügyi szolgáltatás mellett valami mást is kipróbáljunk. Akkor is nagyon „zavaros” volt az egészségügy, műszerezettségében, infrastruktúrájában, a szolgáltatások finanszírozásában az akkori nyugat-európaiktól messze elmaradó. Telis-tele nehézkesen működő paternalista hagyományokkal, ki nem ismerhető érdekszférákkal, lealacsonyító hálapénzrendszerrel. Szerettük volna a tudásunkat könnyebben, elérhetőbben működtetni az emberek felé. Két út indításán gondolkodtunk, de már akkor látszott, hogy a teljességgel magánrendeléseként nyújtan-

**– Ma, amikor a telekommunikáció és az egyéb marketing sokszor bántóan és irritálóan bombáz bennünket kertes, alkalmanként silány termékek és szolgáltatások igénybevételére buzdítva; felkapja az ember a fejét egy olyan ajánlásra, mely a ti egészség-**

**ügyi szolgáltatásokat bemutató szórólapon olvasható: „Személyes ajándékaikkal kérjük, szolgáltatásainkat ne nehezítsék! A legszebb ajándék az lenne, ha mindenki megtalálná annak a módját, hogy hol, hogyan tehet maga is jót.” Megéle-e egy ilyen életszemlélet?**

## Nyílt levél az olvasókhöz

### Kedves Kollégák!

Termékfelelősként öt esztendeje foglalkozom meningococcus elleni védőoltásokkal. Az elmúlt öt év során sokukkal találkozhattam személyesen, vagy beszélhettem telefonon. A sokrétű termékfelelősi munka egyik legszebb része a szakmai eszmecsere, amire többnyire kongresszusokon vagy orvoslátogatások során nyílik lehetőség. De kongresszus nem sok van egy évben, és az orvoslátogatók sem jutnak el mindenkihez. Ezért szeretnék most írásban válaszolni a leggyakoribb és leggyakrabban feltett kérdésekre. Ha a kérdések között sorrendiséget kellene felállítani, az első két helyet a következőknek lehetne adni:

1. *Mi a helyzet a booster oltással?*
  2. *Mit tegyünk, ha a szülő a Neisvac-C védőoltást nem tette a hűtőbe, és napokig szobahőmérsékleten kallódott a doboz?*
- Az első kérdésre dr. Mészner Zsófia főorvos asszony már válaszolt a lap korábbi számában, ezért erre nem vesztegetnék sok szót. A hivatalos ajánlás az OGYI állásfoglalását követően hamarosan megjelenik az Epinfo különszámában.

A második leggyakoribb kérdésre megnyugtató választ tudok adni. A stabilitási vizsgálatok eredményeként ugyanis kiderült, hogy a Neisvac-C vakcina szobahőmérsékleten is tárolható 9 hónapig\* anélkül, hogy hatékonysága vagy stabilitása megváltozna ezen a hőmérsékleten. Nem akarok sok szót vesztegetni arra, hogy ez mekkora könnyebbséget jelent oltónak és oltandónak egyaránt, hiszen a gyakorlatban, amikor akár 20–30 beteg is jelentkezik egy rendelésen, minden apró mozdulat számít! Eggyel kevesebb dologra kell figyelniük!

Két olyan praktikus tulajdonsága van tehát a Neisvac-C védőoltásnak, amely mindenképpen az alkalmazása mellett szól: egyrészt ez az egyetlen előretöltött fecskendőben kapható meningitis C elleni vakcina, és ráadásul már szobahőmérsékleten is biztonsággal tárolható!

Vincent Vega elhíresült mondása szerint a lényeg az apró részletekben bújjik meg. Nincsen ez másként a védőoltásokkal sem: a Neisvac-C oltást, ha nem is ajánlhatom melegen, de szobahőmérsékleten mindenképpen!

További sikeres prevenciók tevékenységét kíván

DR. XANTUS GÁBOR, TERMÉKFELELŐS

\*Az elfogadott lejáratú időn belül a készítmény szobahőmérsékleten is tárolható (max. 25 °C-on) egyszeri alkalommal, amely nem haladhatja meg a 9 hónapot. A szobahőmérsékleten történő tárolás időtartamát a készítmény csomagolásán fel kell tüntetni. A szobahőmérsékleten történő tárolási idő lejártáig a készítményt fel kell használni vagy a tárolási idő lejártá után meg kell semmisíteni.



## Praxisok

- A VIII. kerület legjobb részén területi ellátási kötelezettséggel, mérsékelt áron 700 kártyás házi gyermekorvosi körzeti praxis eladó, nyugállományba vonulás miatt.  
Tel.: 06/20-363-9971.
- Budapest belvárosi részén házi gyermekorvosi praxis eladó.  
Tel.: 06/20-535-4378.
- Jász-Nagykun-Szolnok megyében 860 fő kártyával gyermekorvosi praxis eladó.  
Központi ügyelet 16 órától 8 óráig van, továbbá hétvégén és ünnepnapokon úgyszintén.  
Szolgálati lakás a Tisza-parton, gyönyörű környezetben.  
Érdeklődni a 06/20-471-3908-as telefonon lehet.
- Budapest XVIII. kerületében 550 kártyás praxis eladó.  
Tel.: munkaidőben a 06/1-339-3704-es telefonszámon.
- Budapesttól 30 km-re gyermekorvosi praxis eladó.  
Érdeklődni az esti órákban a 06/30-206-1364-es számon.
- Nyíregyháza-közelében városban (részletre is) 1150 kártyás praxis eladó. Irányár: 1 éves OEP-pénz. Esetleg tartós helyettesítésre kollégát (rezidens, nyugdíjas is) keresek.  
Tel.: 06/30-997-7723.
- Debrecen-közelében városban működő gyermekpraxisba alkalmaznék gyermekgyógyász szakvizsgával rendelkező kollégát hosszabb távra. Érdeklődni: 06/30-391-2427

### A gyermekek szolgálatában. 60 éves az UNICEF

Az UNICEF Magyar Nemzeti Bizottsága szeretettel meghív mindenkit, akit érdekel a szervezet tevékenysége és szívesen bekapcsolódna munkájába.

Beszélgetések dr. Blahó Andrással, az UNICEF Magyar Bizottságának elnökével és Takács István elnökségi taggal a világ legnagyobb gyermekvédelmi szervezetének munkájáról.

<b>Budapest</b> <b>március 2., 18 óra</b>	Aranytíz Művelődési Központ (1051 Budapest, Arany J. u. 10.)
<b>Zalaegerszeg</b> <b>március 7., 15 óra</b>	Csány László Közgazdasági Szakközépiskola (Zalaegerszeg, Jókai u. 6.)
<b>Miskolc</b> <b>március 7., 15 óra</b>	Hermann Ottó Gimnázium (Miskolc, Tizeshonvéd u. 21.)
<b>Szeged</b> <b>március 8., 15 óra</b>	József Attila Szakiskola (Szeged, Gyík u. 3.)

További információ: Tel.: 06-1/201-4923; [www.unicef.hu](http://www.unicef.hu)

A Dévény-módszer a Mozgássérültekért Alapítvány tisztelettel meghívja Önt az

### I. Országos DSGM Kongresszusra

melyet

**„A Dévény-módszer lehetőségei és eredményei gyermekkori kórképekben” címmel Hódmezővásárhelyen, a Petőfi Művelődési Központban 2006. április 21-én 10 órakor rendeznek.**

Prof. Dr. Benedek György orvoskari dékán és Kocsisné Benczédi Márta kuratóriumi elnök megnyitja után Dévény Anna, dr. Katona Márta, dr. Neurwirth Magda, dr. Kocsis András, dr. Kovács Tamás, dr. Kóbor Jenő előadásai hangzanak el.

A rendezvény ETI-minősítése folyamatban van.

Részvételi díj átutalással: 7 200.-Ft, a helyszínen fizetve 9 600.-Ft.  
(az árak az áfát tartalmazzák).

A díj magában foglalja a regisztrációt, a programok látogatásának lehetőségét, valamint az ebéd költségeit.

Jelentkezés módja:

Jelentkezési lap letölthető a [www.dsgm.hu](http://www.dsgm.hu) honlapon.

A kitöltött jelentkezési lapot postai úton 6800 Hódmezővásárhely, Dáni u. 15., e-mailen: [dsgm@invitel.hu](mailto:dsgm@invitel.hu) címre, vagy faxon: 06-62/222-408-as számra kell eljuttatni.

A részvételi díjat a konferenciát szervező Hód – Kéz'94 Bt. 57300052-10010835 számú bankszámlaszámára kell átutalni március 21-ig.

További információ a [www.dsgm.hu](http://www.dsgm.hu) honlapon olvasható.



**Egyesületünk címe:**  
1136 Budapest  
Tátra u. 48-52.  
**Egyesületünk telefonszáma:**  
Tel.: (1) 330-0900  
Fax: (1) 238-0388  
**E-mail:**  
[hgye@mail.datanet.hu](mailto:hgye@mail.datanet.hu)

**Honlap:**  
[www.hgye.hu](http://www.hgye.hu)

**Az egyesület titkára:**  
Fekete Éva

**mediconsult**

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

**Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.**

1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.

Tel./fax: (06-1) 339-3704

A jogsegélyszolgálat továbbra is várja jelentkezésüket minden pénteken 14 és 16 óra között.

**HÍRVIVŐ**

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban.

Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható.

Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály

ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **¡ART studio**

Címlapfotó: Konkoly-Thege György, Belső fotó: Kádár Péter