

Keskeny palló

Az európai és a hazai gyermek-alapellátás közös konferenciája több ok miatt volt nagy jelentőségű. Első alkalommal rendeztünk nemzetközi kongresszust. Sokan jöttek, sok országból. Közöttük olyanok is voltak itt, akik korábban még csak nem is hallottak erről az európai szervezetről, és olyanok is, akik ugyan már hallottak, de épp tőle féltették saját presztízsüket. A sikert azonban a tartalom határozta meg.

A konferencia nemzetközi része a gyermek-alapellátás, a hazai része pedig a magyar egészségügy jövőjéről szólt. Az előbbi arról, hogy miként változik a morbiditás, a diagnosztika, a terápia, a feladat. Milyen ellátóstruktúra kell a változó igényekhez és milyen képzés? Mindezekkel szoros összefüggésben újra meg újra előjött a régi, de fenyegető kérdés, ránk van-e szükségük a gyerekeknek, velünk jobb-e, vagy elég nekik a háziorvosi rendszer is. Hozhat-e más modell is jó eredményt? Nem született most sem mindent eldöntő, végső válasz. De a konferencia egy lépés volt felfelé a párbeszéd és a fejlődés sok-sokemeletes lépcsőházában.

Itt kapcsolódik egymáshoz a gyermekgyógyászat fejlődésének összeurópai és a biztosítás változásának hazai kérdése. Mindkét terület hagyományain, megszokásain átütő erővel tör át egy új szemléletmód. Változik a gyermekgyógyászat, vele a gyermekgyógyászati ellátás struktúrája, és ezzel együtt változik a magyar egészségügy finanszírozása is. Végig kell gondolnunk, hogyan rendezkedjünk be az újra, a mindenképpen másra.

Megkerülhetetlen része a változásoknak a biztosítási rendszer átalakítása, de a piaci törvények érvényesülése miatt jottányit sem sérülhet a szolidaritás, a nemzeti kockázatközösség és az esélyegyenlőség. Féltő azonban, hogy az új rendszerben sem a szolidaritás, sem a piac nem kapja meg az őt megillető helyet. Hogy Kornai János hasonlatával éljek: a kávéból és teából kotyvasztott főzet könnyen ihatatlan lehet.

Ezért is fontos a biztosítási rendszerek egyik legjobb ismerőjének nemrég elhangzott figyelmeztetése, miszerint ha nem tudjuk pontosan a létrehozott formák összes hatását (és mellékhatását), akkor ne törekedjünk arra, hogy egy megváltoztathatatlanszerkezetet hozzunk létre! Ne „cementezzünk” be semmit, „mert hátha tévedek, hátha nekik van igazuk”.

Kornai János

TARTALOM

- Most kellett? 2, 4
- Igen, most! 3, 5
- Valóban meg kell szólalnunk 4–5
- Vitaindító 7
- Mit keres az EBRD a kórházak működtetésében? . . 8–9
- Angliában is viták kerestüztében az otthon szülés 11
- Megcsináltuk! 12–13
- Veszélyezteteti-e a gyermekeket a brit alapellátási modell? . . 14–15
- A helyettesítésről 17
- A vakcináció áráról 17
- A táborozásról 17
- A laktóz-intolerancia diétája 18
- Testnevelési kategóriák . . . 19
- Cervarix 21
- A gyógyszerrendelés büntetéséről 22
- Köldökzsinórvér 23
- Hírek 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2007-ben:



Most kellett?

Tisztelt „Hírvivő”, a HGYE Szakmai Lapjának Szerkesztősége!

Én már megkaptam Huszár Andrásztól, hogy a politikát ne keverjük az egyesületi munkába, és én ezt el is fogadtam. Bár sajnos a politika beleszól lépten-nyomon a hétköznapi életünkbe és a munkánkba is... Nehéz csendben maradni akkor, amikor a politikusok az egészségügy egészét reformálják szakmai konszenzus nélkül, pártérdek mentén. Nem is tehet mást ebben a helyzetben egy orvos, főleg ha a közössége felszólítja erre, minthogy véleményt alkot tapasztalatai, felkészültsége alapján. És ez még nem feltétlenül politizálás, inkább közéletiség, az értelmiség felelősségének felvállalása.

Megtapasztalva szűkebb környezetemben az egészségügy „reformjának” eddigi hatásait, röviden összegezhetem: káosz és kilátástalanság. Lehet persze, hogy mindez csak Hódmezővásárhelyre igaz, de itt 60 000 ember kórházi ellátását tették kockára pillanatok alatt politikai vagy rosszul felmért logisztikai indokból. Mivel nem voltunk jó együttműködők a reform helyi megvalósításában, büntetést kaptunk: az országban a legnagyobb aktívágyszám-elvonást, mely a finanszírozási gondok felerősödését, 200 kórházi dolgozó elbocsátását eredményezte. A létszámcsökkentés a működőképességet átmenetileg biztosítja, de ehhez a súlyos, egzisztenciákat, családokat érintő döntéshez pl. az én képviselői szavazatom is kellett. Ez azóta is frusztrál... A helyi önkormányzat anyagi segítségével is csak ideig-óráig képes a kórház a betegellátás biztosítására. És ha a 150 éves intézményt, amely eleink, a vásárhelyi polgárok pénzén épült, és amelynek megmaradásáért 20 000 ember tüntetett, mégis be kell zárni, a minisztérium cinikus válasza majd várhatóan az lesz – hisz már halottuk –, hogy ők egyetlen kórházat sem zárnak be, a körülményeket és magunkat okoljuk. Csakhogy a körülményeinket ők tették lehetetlenné az átgondolatlan és erőltetett reformlépéseikkel...

Szóval nehéz nekem kívülállóként, apolitikusan nézni a „reformokat”, és mindebben a jobbitás szándékát feltéte-

leznem. Nem érzem, hogy fikarcnyit is javult volna az egészségügyi ellátórendszer helyzete az eddigi áldozatvállalások következtében... És ebben a letargikus lelkiállapotomban olvasom a Hírvivő legújabb számát, és benne a sok megszokottan jó színvonalú cikk között, több politikai állásfoglalást tükröző vagy arra utaló írást, köztük a Horváth Ágnes miniszterrel készült riportot is, melynek már a címe is felborzol: „A jóknak lesz jobb”. Kik a jók? És ki mondja meg, hogy kik a jók? A szakmailag legjobban teljesítők, a leggazdaságosabban gyógyítók, vagy a hatalomhoz lojális, a „reformok” megvalósításában élen járók? Sajnos az a hír, miszerint az egészségügy eddig soha nem látott megtakarításából azok a szolgáltatók részesülnek mintegy jutalmul, akik a „reformok” bevezetésében a legeggyüttműködőbbek voltak – megválaszolta a kérdést.

A miniszter asszony első válaszmondata, ami arra a kérdésre vonatkozott, hogy a biztosítási reformtárgyalások hol tartanak, jellemzően és sejtelmesen semmitmondó: „a koncepcióalkotás véglegesítésének időszakában vagyunk.” (Mi pedig, a végeken dolgozó orvosok, betegeinkkel együtt a tűrőképességünk határán vagyunk, bár ez a koalíciós partnereket valószínűleg egyáltalán nem érdekli...) A következőkben a tárcavezető ismét erősíti bennem azt az érzést, hogy egy időbeli megfelelési kényszer is motiválja mondatait és főleg cselekedeteit. A közreadott „biztosítási reform menetrend” napra pontosan meghatározza, mikor mi fog történni. A lényeg, hogy „még ebben a kormányzati ciklusban a döntő lépéseket meg kell tenni”, ha senki nem is ért velük egyet, ha belegebedünk is...

Kinek is fontos ez? Miért is? Nekem, ellátónak, a betegnek vagy valaki másnak? Mert ha nem lépik meg, akkor mi lesz? De erről nem beszél! De beszél sok minden másról. De amit mond, sajnos hiteltelen. Szerintem, és sokunk szerint nem kell magyaráznia az egészségügyi tárca vezetőjének az ő reformja lényegét, mert az a reform mára köszönő viszonyban sincs az általunk is óhajtott és szükségesnek vélt reformokkal! A reform új értelmet kapott az egészségügyi tárca áldásos tevékenység-

ge eredményeként az elmúlt egy évben. Mára a rombolás és a pénzvonás színornimájává lett.

A jól megfogalmazott kérdésekre adott válaszokban a miniszter asszony időnként egy kicsit álszent, vagy éppen egy kicsit demagóg: „Rettenetes érzés, amikor valakinek a munkahelye megszűnik, rossz, ha valaki nem mehet abba a kórházba, ahova eddig járt. De nem lehet úgy reformot csinálni, hogy az csak másokat érintsen...” Micsoda empátia! De sajnos nincs mit tenni „Sok mindent le kell ahhoz rombolni, hogy a helyén újat építhessünk.” – szól az életbölcesség. Azért hozzá szeretném tenni, hogy ezt csak ő és a lassan kisebbségben maradó liberális barátai látják így. Talán nem kellene mindent lerombolni. Talán a jól működő elemeket meg kellene tartani a még meglévő rendszernek. Talán úgy is lehet építkezni, hogy valóban megreformáljuk a Korányi Frigyes, Semmelweis Ignác, Heim Pál, Markuszovszky Lajos, Bókay János, Imre József, Ormos Pál és mások által ránk hagyományozott magyar egészségügyet: lassan, körültekintően, a működőképességet nem veszélyeztetve, széles társadalmi konszenzussal, a többség érdekeinek megfelelően, nem pénzvonással, hanem pluszforrásbevonással. Miért kellene mögöttünk pusztítás utáni építkezést kell hogy elvégezzünk, bár a „reform” rombolása lassan hasonló helyzetet teremtsen...

Időnként elszólja magát: „Azért hozna számunkra profitot, megtakarítást az alap vagy szakellátás javítása, mert ez megfogná az indokolatlan és óhatatlanul drágább kórházi igénybevételt.” Kinek hozna profitot? Nekem, ellátónak, a betegnek, a magyar államnak vagy netán egy profitéhes befektetőnek? (A kérdés költői volt...) Nekem, házi gyermekorvosnak csak akkor lesz jobb, ha a jók közé fogok tartozni. És ezt úgy tudom elérni például, hogy senkit nem utalok kórházba, hisz miniszter asszony szerint, és a mihezértás végett is tudnunk kell, hogy „az indokolatlan ellátások száma a gyermekkorházak esetében jelenleg még az átlagost is meghaladja.” Ne csodálkozzunk hát, ha még bezárnak néhányat...

Igen, most!

KEDVES KARCSI!

Azzal kezdted, fájlalod, hogy a politika belekeveredett az egyesületi munkába. Szeretném nem belekeverni, de a politika mindent benyálaz, mindenbe beleszi magát, így mi sem tudunk tőle mentesek maradni. Áthatja minden napunkat. Politika, ha a Hírvivőben ellenzéki vagy kormánypárti politikust szólaltatunk meg, politika, ha dühít, amikor politikai okból értelmetlenül akadályozzák a közlekedést, és politika az is, hogy ki mire mondja azt, hogy értelmetlen. De ha Te a közéletiségre, az értelmiségi felelősségvállalásra hivatkozva emelsz szót a múltkori Hírvivő tartalmával szemben, hadd hivatkozzak én is ugyanezekre, amikor védelmembe veszem azt.

AZ INTERJÚRÓL

Botcsinálta szerkesztőként, főállás mellett szakmai lapot készítő gyermekorvosként úgy érzem, hogy a Hírvivőt olvasó kollégák tájékoztatása érdekében, feladatunk a mindenkor minisztert megszólaltatni. Örültem, hogy amikor Huszár Andrással és a miskolci gyermekorvosi szervezetet vezető Török Lajossal együtt választ kértünk alapellátással kapcsolatos kérdéseinkre, a reformfolyamat egészére is kitérhettünk. Hogy az interjú jó volt vagy rossz, azt én nem tudom eldönteni, és az is lehet, hogy a cím nem volt szerencsés. De attól, hogy interjúalanyunkat nem neveztem „Gyilkos Ágnesnek”, és nem fenyegettem őt kötéllal, még nem biztos, hogy a „megfelelési kényszer” motivált írás közben. Te is ismersz annyira, hogy tudod, stílusomat sokkal inkább a „fejjele a falnak”, mint a csúszó-mászó hajbókolás jellemzi.

A RÉMHÍREKRŐL

Nem értek egyet a helyzetmegítéléseddel. Biztos, hogy van, ahol káosz van, és van, aki kilátástalannak ítéli meg helyzetét és jövőjét. De hogy ez az egészségügy egészére jellemző volna, hogy ez minden orvosra vagy betegre igaz lenne, azt kétlem. Sőt, még az is

felmerül bennem, hogy ott, ahol káosz van, azt nem feltétlenül a legfelsőbb szintről generálják. Talán egyszer arra is ki lehetne térni, hogy kinek, kiknek az érdeke a zavarkeltés. Ha azt sugalljuk, hogy a valóban rászorulók nem kaphatnak kórházi ellátást, mert mindig lesznek néhányan, akik el is hiszik a rémhíreket. Akinek megszűnik az állása, veszélybe kerül az egzisztenciája, megváltozik megszokott élete, csökken a jövedelme, annak részéről természetes, ha tiltakozik, vagy ha az utcára vonul. De az eddig is tájékozatlan emberekbe (betegekbe, nem betegekbe) szűk helyi érdekből nemzeti, és még nemzetibb zászlók alatt azt sulykolni, hogy a liberálisokat, vagy a másik kormányzó pártot önös érdek, kvázi rossz szándék vezérli, vagy hogy az orvosok velük (betegekkel) együtt a „tűrőképeségük határán” vannak és „belegebednek” a kialakult helyzetbe – túlzás.

Bizonyos intézkedésekre Te is tudod, hogy szükség van. Ezért adtad magad is képviselői szavazatod fájdalmas intézkedésekhez. Hogy ez frusztrál? Megértelek. De amikor közéleti indítástól politikusi szerepet vállaltál, tudhattad, hogy egy képviselőnek olykor népszerűtlen intézkedéseket is fel kell vállalnia.

A DEMAGÓGIÁRÓL

Én nem tudom, hogy akik most ezt a reformot csinálják, jól csinálják-e. Lehet, hogy rosszul, ami nagyon nagy baj lenne. Azt sem tudom, hogy előbb a strukturális és utána a biztosítási reform, vagy fordítva. Viszont úgy érzem, igaza volt Orbán Viktornak, amikor úgy nyolc éve sokunk előtt azt mondta: „lyukas zsákba nem szabad pénzt tölteni, előbb bevarrjuk, és csak utána jöhet a pluszforrás.”

Az egy vagy több biztosító kérdésében nem tartom magam felkészült vitapartnernek. Kornainak, meg a sok évtizedes tapasztalataimnak viszont hiszek. Látom a pazarlást, az átgondolatlan döntések következményeit, sajnálom, hogy oly sok minden nehezíti,

hogy egyszerűen csak a szakmánkkal foglalkozhassunk. Szóval tudom, hogy el kéne végre indulni, ki kéne már mászni a gödörből. Meg azt is, hogy rengeteg pluszpénzre van szükség.

Ezért idegenkedek a „kinek hozna hasznot”, meg „profitéhes befektető” stílusú érvelésből! A Suzukiból, a vásárlóközpontokból, a sztrádákából, a mobiltelefonokból vagy a számítógépekből legnagyobb haszna nyilvánvalóan a nagy befektetőknek van. De profitalás belőle Te is, én is és a legegyszerűbb vásárló is. Miért lenne rossz Neked vagy a betegnek, ha egy kórház fűtési rendszerét, a szobákat vagy az ágyakat, a műszereket és a gépeket modernizálják? Ráadásul nem is a mi pénzünkéből? Neked és nekem az a rossz, ha bennünket rúgnak ki, ha a mi rendelónket zárják be, de azért ez – lássuk be – nem a világ vége! Ha egy intézmény fenntartása gazdaságtalan és működtetése még veszélyeket is hordoz magában, értelmetlen, ha továbbra is pénzt ölünk bele. Pocsékolás. Különbösen is, hol van az előírva, hogy csak kohót, gyárat szabad bezárni, egészségügyi intézményt, kórházat, rendelőt nem? Úgy tűnik, hogy az egészségügyet racionalizáló kellemetlen intézkedéseket a helyi politikai vezetők soha nem merik felvállalni. A fájdalmas, de mégis szükségszerű döntéseket rendre magasabb szintre tolják, hozzák inkább ott meg a nehéz határozatokat. És utána, ők jó hangosan és másokra mutogatva „karvalytőkéznek”.

Nem demagóg ez egy kicsit? Nincs kifogásom, ha valaki a saját zsebéből fizeti a vásárhelyi kórház fenntartását, de ha ez minden szempontot figyelembe véve értelmetlen, az én pénzümből inkább ne költsenek rá. Mert az enyém-ből is költenek rá, nem csak a vásárhelyi polgárokéból. Tiltakozom ellene, ahogy Te is tennél, ha mondjuk az én háttérintézményem, a Madarász utcai Gyermekkórház gazdaságtalan fenntartásáról lenne szó.

Folytatás a 2. oldalról

Akkor tartozhatom a jók közé, ha mindenkit otthon meggyógyítok, a kompetenciamegvonások eredményeként, lehetőleg labor- és eszközös vizsgálatok nélkül. A gyógyszerrendelésnél egyetlen szempontként a költséghatékonyságot tarttam szem előtt, de a legjobban teszem, ha eltekintek a gyógyszerírástól. És ha a beteg nem gyógyul meg magától, hát menjen magánorvoshoz, alternatív gyógyászokhoz, táltosokhoz, vajákosokhoz. Ha gyógyszerhez ragaszkodik, vegye le a szupermarket vagy a benzinkúti shop polcáról és vegye meg teljes áron. Csak lehetőleg kerülje el a jelenleg még államilag finanszírozott egészségügyi ellátórendszert, és ne okozzon felesleges költségeket az államháztartási hiánnyal, meg konvergenciával terhelt magyar államnak. Mert ha nem tudunk a betegeink költségei miatt megfelelni valakiknek, hát nagy baj lesz, valakik rosszul járnak.

De kibról van itt szó? Rólam vagy a betegről? Ja, nem rólam? Bocs...

Egyébként a házi gyermekorvosi szakma eddigi törekvésével szemben, miniszter asszony szerint „nincs reális esélye annak, hogy valamennyi településen legyen házi gyermekorvos”, ezért integrálni kellene a házi gyermekorvosi szakmát a kistérségi járóbeteg-ellátás körébe.

Lehet, hogy a jövőben megszűnik az a hungarikum, aminek megmentésére egyesületünk megszerveződött 13 éve, és aminek megtartására olyan büszkék voltunk: a házi gyermekorvosi ellátás? Lehet, hogy egy magasabb ellátási szintre, a járóbeteg-szakellátásba kerülünk...?

Egy őszinte elszólás és egy agit-propos slusszpoén a végén: „És hogy mennyiben javult az ellátás? Láthatóan még nem sokban!” De mint egy jó pártaktivista a biztositási reform tudományos igényű folyamatábráját közreadva a miniszter asszony nem hagyott kétséget afelől, hogy „Készek vagyunk és elszántak rá, hogy végigcsináljuk.” Mi pedig csak reménykedhettünk... Hát nem tudom, meg kellett-e ennek a riportnak jelenni a házi gyermekorvosok politikamentes szakmai lapjában. Szerintem nem ért volna minket semmi hátrány, ha eltekint a szerkesztőbizottság a közléstől. Vagy nekünk is megfelelési kényszerünk van?

Na de lapozok tovább és látom, hogy „Meg kell szólalunk...” Magam a kifo-

gósolt írást nem olvastam a MOK honlapján. Tartalmára csak megszólalásunk alapján következtethetek. Természetesen egyetértek az elhatárolódással, de ha tényleg ragaszkodunk a napi politikai küzdelmekből való távolmaradásunkhoz, akkor miért most kell megszólalunk, közel 2 hónappal Nagy Attila doktor írásának megjelenése után, mikor már lassan mindenki elfelejtette. Pont most, amikor Magyarország hangos a kirekesztéssel, szélsőségekkel való riogatásoktól, melyek háttérben a bizalmi válságot kezelni nem tudó hatalom képviselői állnak, akik az ország és a kormányzás bajairól a figyelmet a fasiszta, antiszemita, homofób veszély rémképével próbálják elterelni. Aki ezt nem látja, az nem akarja látni... Szóval nekünk mint a Házi Gyermekorvosok Egyesülete vezetőségének nem feltétlenül kellene megszólalunk egy olyan ügyben, ahol nem egy gyermekorvos kolléga az inkriminált írás elkövetője, illetve ahol nem a házi gyermekorvosokat ért hátrányos helyzet ellen kell felemelnünk szavunkat. Így a legjobb szándék ellenére is csak egy megrendelt politikai nyilatkozatnak tűnik a „megszólalás”...

És ezek után olvashatom a „Gyermeknevelés és a homoszexualitás” című referátumot. Már az elején összegzek: szerintem szerencsétlen a Pediatrics cikk bemutatásának időzítése. A közlemény tartalmilag és következtetéseiben is rímel az SZDSZ azon javaslatára, mely a meleg házasságkötésének magyarországi törvényes elfogadását kezdeményezte a napokban. Ezzel persze a kisebbik koalíciós kormánypárt indulatokat, álvitákat gerjeszt, miközben az ország valós problémáiról terelődik el ismét a figyelem... Ez aztán valóban a napi belpolitikai csatározás színtere. Talán nem kellene nekünk ebbe is belefolyunk. A referátum leközlése után nem lepődnek meg azon, ha most nem is a miniszterelnök, de Kóka kollégánk vagy Gusztos Péter blogján jelennének meg a házi gyermekorvosok véleményeként a cikk következtetései, mely szerint „Számos kiterjedt vizsgálat bizonyítja, hogy a homoszexuális kapcsolatban felnövő gyermekek pszichoszociális fejlődése nem különbözik a heteroszexuális kapcsolatban felnövőkéttől, sőt toleránsabbak, a kisebbek iránt törődőbbek... A cikk szerzői leszögezik, hogy a homoszexuális párok kapcsolatának legalizálása elő-

segítené az e kapcsolatban élő gyerekek helyzetének javulását...”

Persze mondhatjuk, hogy mindez az Amerikai Egyesült Államokra igaz, de kommentár nélkül úgy hat, hogy a megállapítások a HGYE véleményét is tükrözik. Hiányoznak a kérdéskör jelentőségét alátámasztó vagy megkérdőjelező, magyarországi adatok. Nálunk vajon hány gyermek érintett? Leszögezhetjük volna, mondjuk egy szerkesztőségi megjegyzésben, hogy természetesen nem ítéljük el, de a referátum pozitív végkövetkeztetései ellenére sem tekintjük ideális mintának a homoszexuális párok kapcsolatát mint gyermeknevelő családmodellt, a mégiscsak a többséget reprezentáló, „hagyományos”, heteroszexuális családmodelllel szemben. De ha nem akarunk állást foglalni, hát nem kell ilyen cikkeket pont most megjelentetni...

BERÉNYI KÁROLY

A Hírívő augusztusi számában „Meg kell szólalunk...” nyilatkozatot olvasva nem értettem, hogy sok fontos gondunk között vezetőségünk miért éppen a homoszexualitás és politika kérdésében foglal állást. Dr. Kardos Gabriella Gyermeknevelés és a homoszexualitás című referálóját olvasva világossá vált, hogy ez nem véletlen, különösen akkor, amikor SZDSZ-képviselők törvény módosító javaslatot nyújtottak be „Az azonos neműek házasságkötéséhez szükséges jogi feltételek megteremtéséről”. Vajon lapunk akarva-nem akarva – a közölt nyilatkozattal – nem lett-e politikus? Vajon gyermekgyógyászokhoz méltóan védjük-e a ránk bízott korosztály egészséges pszichoszexuális fejlődését?

Nagyszámú, hiteles közlés alapján orvosszakmailag is megalapozva „szólok meg”. Úgy vélem, nem árthatunk nagyobbat gyermekeinknek, mintha nem tanítjuk őket szóval és példával a természeti törvények figyelembevételének fontosságára. A négy kis 12 éves, akik a homokfalba alagutat építettek, saját korlátolt ismereteik alapján nem számolhattak a veszedelemmel, a barlang beomlott és három gyermek meghalt (hírek 2007. október 30.). Gyermekeink nevelését

Folytatás a 3. oldalról

A TÚLHALADOTT ALLÁSPONTOKRÓL

Hogy ki a jó? Tudjuk, sejtjük, de nehéz megfogalmazni, nehéz a jó indikátorokat megtalálni, foglalkozik is vele egyesületünk vezetősége. Amikor korábbi elgondolásunkat túlhaladottnak tartva, a „minden faluba gyermekorvost” elve helyett a „minden gyereknek gyerekorvost” elvét fogadtuk el, megfogalmaztuk, hogy egészségügyi központokban kell ellátni a kistérség összes gyerekeit, hogy nagyvárosokban nincs szükség annyi kicsi praxisra, amennyi most van, vagy hogy a két-háromorvosos osztály csak azokat tudja ellátni, akik igaziból nem is szorulnak kórházi kezelésre. Akkor most miért ágálnánk az ellen, hogy egyes intézményeket, osztályokat bezárjanak? Te is tudod, hogy ez nem-

csak a miniszter „liberális barátainak”, hanem sokaknak, gyerekeknek, a szülők többségének az érdeke. Még akkor is így van ez, ha tisztánlátásuk hiányát, és könnyen befolyásolható állapotukat kihasználva – egzisztenciális félelmében – mindig őket tolja maga elé minden bezárássra ítélt intézmény.

A HOMOFÓBIÁRÓL

A benzinkutak, illatszerboltok gyógyszerkínálatával, szűk szakmai csoport marginális érdekeivel nem akarok foglalkozni. Fontosabbnak tartom azt, amit a végére hagytál. Hogy tudniillik meg kell-e szólalnunk, ha egy orvos a Magyar Orvosi Kamara honlapján homofób nézeteket hirdet? Igen! Azt valom, hogy meg kell. Jobb lett volna korábban, de nem én vagyok az oka a későbbnek. Te „megrendelt politikai nyilatkozatnak” tartod a HGYE vezetősé-

gének szavazással is megerősített állásfoglalását, én szigorú kötelességünknek, hogy akkor is felemeljük szavunkat, ha egy szégyenteljes írás szerzője nem gyermekorvos, hanem „csak” orvos. Nem is gyermekorvosként, hanem orvosként ítélem el a szerzőt és a megjelenésnek helyt adó honlapot. Elutasítom azt a nézetet, miszerint ha nem ró-lunk van szó, hallgathatunk nyugodtan.

A LAPSZERKESZTÉSÉRŐL

Hogy a Hírvivőben nem pont most kellett volna a Pediatrics homoszexuális párok gyermekneveléssel foglalkozó tanulmányát referálni? De igen, most kellett. Éppen most! Amikor már azért is vernek utcán embereket, mert melegen vélik őket. Hogy ez már felér egy állásfoglalással? Igen, felér. Vállalom.

KÁDÁR FERENC

Valóban meg kell szólalnunk...

olyan felnőttekre célszerű bízni, akiknek példája és tanítása gyermekeink testi-lelki-szellemi fejlődését a legkevésbé kockázatos úton segíti célba jutni. Álhúmanus, ha megértés címén feladjuk embertársaink valódi segítését, sőt a jövő generáció valódi boldogulásának esélyeit is. Sajnálom a mai serdülőket. A korukra oly jellemző igaz, élte szóló, tiszta barátságokat beárnyékolja a homoszexualitásra ösztönző média. Korán kezdett, technikává silányult, durva, szitokszavakkal tarkított szexuális kapcsolataik lecsökkentik esélyeiket a testestől-lelkestől, szerelemben megélt igazi, boldog és tartós párkapcsolatra. Csökken az esélyük, hogy valódi segítőtárs álljon majd mellettük, aki jóban-rosszban velük marad, hogy együtt birkózzanak meg az élet nehézségeivel, de együtt örüljenek az életnek és lehetőség szerint gyermekeik fejlődésének, sőt megélhessék az unokák-adta örömeiket is.

A homoszexuális embertársaink életvitelének hátrányait lehetetlen figyelmen kívül hagyni. A tanulmányok igazolják, hogy egy átlagos homoszexuális férfinak élete során akár több száz partnere is van, legtöbbször „tartós kapcsolata” 2 évig sem tart. Várható élettartamuk 8–20 évvel kevesebb, mint a heteroszexuális férfiaké.

Sokféle testi-lelki betegségre többszörös a kockázatuk. Az első állam New Jersey volt, ahol két meleg férfi engedélyt kapott gyermek örökbefogadására. Elgondolkoztató, hogy két évvel később a „szülők” egyike 44 évesen, a másik pár hónappal ezután meghalt, a gyermek magára maradt.

Homoszexuális „szülők” mellett elmarad a gyermekhez méltó, pszichoszexuális fejlődéséhez szükséges jó példa. A homoszexuális párkapcsolatokban kétszer annyi az erőszak (szóbeli, fizikai, pszichológiai bántalom), mint a heteroszexuálisokban. Az ilyen párok nevelte gyermekek között négyszeres a valószínűsége, hogy felnőtt korában homoszexuális lesz. Leszbikus anya által nevelt lányok szexuálisan kalandvágyóbbak és kevésbé szemérmesek. Az ilyen körülmények között nevelt gyermekek 29%-a lett a „szülők” molesztálásának áldozata, a heteroszexuálisoknál ez 0,6%. Tehát csaknem 50-szeres a kockázat!

Bebizonyosodott, hogy azok a gyermekek, akik szerető, gondoskodó, hagyományos családban nőnek fel, általában jobban teljesítenek érzelmi életükben, tanulmányaikban, gazdasági és társadalmi beilleszkedésükben. A házasság révén hosszabb-rövidebb emberi életünk

egy erős láncszemként fontossá válik őseink és utódaink életének folyamatában. Felelősek vagyunk utódaink és a ránk bízott gyermekek-fiatalkok boldogulásáért.

Érdemes visszatekinteni a gyökerekre. Zsidó-keresztény hitünk alapját képező írásokból tudjuk, hogy az embert Isten teremtette, saját képére, férfivá és nővé, a férfi elhagyja apját és anyját és ragaszkodik feleségéhez és lesznek egy testté. Mindez megegyezik a természeti törvényekkel, és több stabil demokrácia alkotmányának alapjára (Svájc, USA). Hitem és tapasztalatom szerint minden ember egyformán rászorul az Isten kegyelmére, szeretetére. Igaznak bizonyul a tanítás, hogy a Teremtőjével nem számoló ember sokféle céltévesztett cselekvésre adhatja magát és az effélekkel egyet is ért. Nekik is akkor nyújtunk igazi segítséget, ha rávezetjük őket a boldogsághoz vezető útra, ha megismerik azt, aki kétezer éve született és úgy mutatkozott be: „Én vagyok az út, az igazság és az élet.”. Jézus Krisztusnak van elég szeretete és hatalma ahhoz, hogy az igazság útjára vezessen minket és célba jussunk.

DR. DRENOVOSZKY IRÉN

Vitaindító

Az eltelt egy év után nagyjából látni lehet, mit ért a kormányzó koalíció az egészségügyi szolgáltatások reformján. Napjainkra körvonalazódik az előzőhöz sok szálon kapcsolódó, új finanszírozási rendszer is. Nem törekszünk arra, hogy ismertessük az egyes intézkedéseket érintő, politikai alapokon álló, megosztó kritikákat. Inkább olyan szakmai vitát szeretnénk indítani, amelynek révén kialakulhatnak a szervezetünk előtt álló legfontosabb stratégiai lépések, a gyermek-egészségügyi alapellátás fejlesztése az új helyzethez való alkalmazkodás érdekében.

A bevezetett intézkedések jelentős része a járó- és fekvőbeteg-ellátás kapacitásának csökkentését, a látszatteljesítmények megszüntetését célozta (ágyszámok csökkentése, átstrukturálása, teljesítményvolumen-korlát), vagy a gazdaságosabb működés feltételeit kívánta megteremteni (gyógyszer-gazdaságosság, gyógyszer-rendelés szabályainak megváltoztatása). A megtakarítás egy része a források kiegészítését szolgálta (vizitdíj, kórházi napidíj, fekvőbeteg-ellátásban az orvosválasztás esetén fizetendő önrész). Megkezdődött a szolgáltatásokat igénybe vevők biztosítási jogviszonyának rendezése (a jogviszony meglétének ellenőrzése, egészségügyi hozzájárulás fizetési kötelezettségének kiterjesztése), és lépéseket tettek a rendszer működésének hatékonyabb ellenőrzésére (követhető adminisztráció, felügyeleti hatóság létrehozása). A finanszírozási rendszer átalakítása újabb változtatásokat fog generálni a szolgáltatások rendszerében.

A szolidaritás és a nemzeti kockázatközösség elveinek fenntartása mellett a társadalombiztosítás működtetését új, egymással versenyző – részben magántulajdonban álló – szereplőkre bízják. A szabályozott verseny két szinten valósulhat meg, a pénztárak versenyeznek a biztosítottakért, és ennek eszközeként versenyre kényszerítik az egészségügyi szolgáltatókat is. A házi orvosok, házi gyermekorvosok területi ellátási kötelezettsége nem változik. A pénztár köteles lesz valamennyi praxissal szerződést kötni, ahová akár csak egyetlen biztosítottjuk bejelentkezett. Mind a járó-, mind a fekvőbeteg-ellátásban lehetőség lesz új, minőségi ellátást nyújtó szolgáltatók befogadására. A szolgáltatók közötti differenciálás alapja a minőség, a gyógyítás eredményessége lesz. A szolgáltatók minősítését jogszabályban meghatározott



indikátorok alapján az Egészségbiztosítási Felügyelet teszi közzé. A szolgáltatási díjakat a Díjtétel Bizottság fogja megállapítani és évente felülvizsgálja. Fontos, hogy ennek a bizottságnak a munkájában a szolgáltatók megfelelő szintű képviselője biztosított legyen.

A röviden ismertetett változtatások alapvetően érintik a rendszer finanszírozását. Amennyiben versengő biztosítók gondoskodnak a szolgáltatások finanszírozásáról, ab ovo nem lesz tartható a költségvetési szemlélet, vagy, hogy ingyenes szolgáltatást kapjon az, akinek nincs biztosítása.

Szükségszerű, hogy átgondoljuk viszonyunkat a kialakult helyzethez, és át kell tekintenünk a gyermek-egészségügyi alapellátás fejlesztésére vonatkozó nézeteinket, stratégiánkat is.

Kezdjük a házi gyermekorvoslás jelenlegi struktúrájával. A korosztály létszámának csökkenése mellett szükség van-e a rendszerben dolgozó 1600 orvosra? Megfelelő-e a jelenleg preferált praxisnagyságok vagy sem? Rendelkezésre állnak-e mindazok az eszközök, amelyek garantálhatják a definitív gyógyítást, illetve a szakmai minőséget? Hogyan alakítsuk viszonyunkat a régiókhöz? Tudjuk, hogy szakmánk előregedett, utánpótlási nehézségekkel küzd. A ma hatvan év körüli kollégáink hamarosan nagy számban fogják eladni praxisaikat, ami kínálati pia-

cot fog eredményezni, várhatóan csökkentve a működtetési jog értékét. Nehezíti a helyzetet, hogy frissen szakvizsgázott fiatal kollégáink nincsenek abban az anyagi helyzetben, hogy értékén vásárolják meg praxisainkat. Megoldást jelenthet-e egy önszegélyező forma kialakítása, vagy sem?

A praxisok finanszírozását ma több, alapvetően a szolgáltatás minőségétől független körülmény határozza meg: a területünkön bejelentett 0–14 éves lakosok száma, a leadott „kártyák” mennyisége, amelyet kiegészítenek további „szorzók”. Maradhat-e a jövőben a gyakorlatilag fejkvótarendszerű finanszírozás, vagy tényleges teljesítmény és minőségi elemek kerülnek a rendszerbe? Ha igen, akkor ezekre nem kellene-e nekünk javaslatot tennünk, hogy legalább befolyásolni tudjuk az alakuló szisztémát. Őszintén válaszolnunk kell arra a kérdésre is, hogyan befolyásolta a vizitdíj helyzetünket? Rontott vagy javított? Milyen javaslataink lehetnek? Milyen problémákkal kell szembenéznünk a minőségi ellátás, és ezzel összefüggésben a minőségbiztosítás területén?

Az ördög a részletekben lakik, kimunkálásukra az elkövetkező néhány hónapban kerül majd sor. Abban azonban már ma is biztosak lehetünk: nem tartható a szakmánk által gyakorolt passzív, helyenként aktív rezisztencia.

DR. ERDÉLYI ISTVÁN

Mit keres az EBRD a kórházak működtetésében?

Újsághír: a közszolgáltatások fejlesztésében gyakran szerepet vállaló Európai Újjáépítési és Fejlesztési Bank (EBRD) négymilliárd eurós befektetéssel kisebbségi részvénytársaságot szerez egy hazai kórház-üzemeltető társaságban. A HosplInvest – Magyarország piacvezető kórházműködtető cége – négy kórházat, négy szakrendelőt és több vidéki fekvőbeteg-ellátó intézeti gyógyszertár üzemeltet. Kérdéseinkre Hargitai Zsuzsa, az EBRD budapesti irodavezetője válaszolt.

MI Mi az EBRD célja a magyar egészségügyben? Miért éri meg az EBRD-nek befektetni ezen a területen?

Az EBRD elsődleges célja a piacgazdaságba történő átmenet támogatása a volt szocialista blokk országokban. A bank mandátumának része az új területeken elsőként történő megjelenés és az ezzel járó nagyobb kockázat vállalása. Intézményi befektetőként az EBRD egyszerre úttörő és türelmes, hosszú távú befektető az olyan területeken, ahol a privát tőke még nem látja biztonságosnak a belépést. Sokszor töltöttük már be ezt a szerepet az elmúlt 16 évben a bankszekortól kezdve a telekommunikációs piacig és ezt a gyakorlatot a jövőben is folytatni kívánjuk.

A HosplInvestbe történő befektetéssel az EBRD az első intézményi befektető, mely megjelenik a kórházmenedzsment piacon Magyarországon. A kórházi szektor fejlődésének meghatározó szerepe van a kormány által indított egészségügyi reform sikeres végrehajtásában. A HosplInvest megfelelő referenciákkal rendelkezik kórházak reorganizációja terén. Intézményi befektetőként persze a kockázatvállalásnak megfelelő hozamot várunk el befektetéseinktől.

MI Mi lesz a kórház előnye, ha a HosplInvest veszi át a működtetését? Várható-e attól javulás a szolgáltatás minőségében, ha korszerűbb lesz a fűtési rendszer? Több lesz-e a vásárló, a beteg és több lesz-e a finanszírozás? Szóval a naiv kérdés: a jobban finanszírozott kórházak életben maradnak, a rosszabbak meg elsorvadnak? A pénz majd elintézi, amire a politika képtelen volt?

Az átvilágítások során kiderült, hogy a magyarországi kórházak sok felesleges kapacitással működnek, és az orvosmenedzsereket semmi sem ösztönzi arra, hogy kiadásait csökkentsék mindaddig, amíg rendelkezésre áll egy szükség esetén rugalmasan bővíthető költségvetés, vagy az önkormányzat kiegészíti a kórházat, ha az veszteséget termel. Egy privát üzemeltető ezzel szemben profitorientált, az erőforrások hatékonyabb felhasználásával igyekszik költségeket megtakarítani. Kéményebben tárgyal ezért a beszállítókkal és igyekszik a vevőit – a betegeket – minél magasabb színvonalon kiszolgálni, hogy növelje betegforgalmát. A több-biztosítós rendszer bevezetésével nem lesz automatikus a betegforgalom egy kórház számára, valódi verseny indul be a betegért, a kórházaknak első körben meg kell felelni a biztosító által támasztott szigorúbb feltételeknek, teljesítményüket folyamatosan mérik, és a betegek szabadon válthatnak, ha elégedetlenek.

Meggyőződésünk, hogy a HosplInvest úttörőként a piacon, képes lesz folyamatosan újabb és újabb szolgáltatások bevezetésére az általa irányított intézményekben. Reményeink szerint a „HosplInvest modellt” más kórházak is átveszik, és egyre több önkormányzati vezető ismeri fel a kórház-üzemeltetés privát kézbe adásának előnyeit. Végül soron ez általános javuláshoz vezet a szolgáltatás minőségében.

Az, hogy kapacitások és ezzel együtt munkahelyek szűnnek meg, nem HosplInvest-specifikus jelenség. Elbocsátások az egész szektorban vannak és lesznek. Figyelembe kell azonban venni, hogy nagyon sok szolgáltatás alacsony színvonalon működik, vagy egyáltalán nincs jelen az országban. A HosplInvest mint privát szolgáltató általában érdekelt a forgalom növelésében, így az új szolgáltatások bevezetésében, amivel a régi pazarló rendszer átépítése után, középtávon komoly munkahelyteremtő funkciója is lehet.

MI Mit nyer egy önkormányzat, ha a kórházát egy privát szolgáltató bízta? Hogyan kontrollálja működését? Nem vállalnak-e az önkormányzatok túl nagy kockázatot, amikor egy ilyen érzékeny közszolgáltatást átadnak? Mi történik,

ha az üzemeltető rossz döntéseket hoz – például szükségtelenül zár be osztályokat, értékes munkaerőt bocsát el, vagy adósságot halmoz fel?

Az önkormányzatok nagy része ma a következő döntéssel szembesül: fenntart és finanszíroz egy veszteséget termelő, pazarló rendszert, ami mindenkinek rossz, vagy a modernizáció útjára lép. Nem kizárt, hogy egy önkormányzat képes maga is megtalálni a jó menedzsmentet és azt hatékonyan felügyeli. Amennyiben azonban „kiszervezés” mellett dönt, teljes mértékben megszabadul a területén működő kórház finanszírozásának terhetől, a forrást átcsoportosíthatja olyan közszolgáltatásokra, ahol a privát szektor nem tud hatékonyan működni (oktatás, szociális szféra, infrastruktúra-fejlesztés). Amennyiben az önkormányzat egy privát szolgáltatóval szerződik, maga határozza meg a szakmai kontroll szintjét, több információhoz jut, és lehetősége van arra, hogy súlyos esetben időben figyelmeztesse a szolgáltatót, vagy akár felmondja a szerződést. A kockázatok tehát kezelhetőek és kisebbek a fent említett előnyökhöz viszonyítva.

MI És mit nyer a beteg? Jobb ellátást? Jobb körülményeket, hatékonyabb gyógyítást? A befektetők a rövidebb kórházi tartózkodást és a hosszabb otthoni rehabilitációt részesíti előnyben. Fel van-e Magyarországon erre akár a gyógyító, akár a beteg készülő? Általában; érdekelt-e egyáltalán a befektető a teljes gyógyulásban? Érdekl-e a befektetőt a betegek kórházon kívüli egészségi állapota?

Ezek komplex kérdések és túlmutatnak egy kórház kompetenciáján. A jelenlegi reformlépések abba az irányba mutatnak, hogy a kormány felismerte, az egészséges életmód, a betegségek korai felismerése jelentős megtakarításokat eredményezhet a nemzetgazdaság számára. Az egészségügyi finanszírozó rendszer átalakítása során hangsúlyt kapnak a diagnosztikai vizsgálatok, a megelőző kezelések, a rehabilitáció. Ezek nagyon fontos lépések, melyek hatása tovább erősödhet a magánbiztosítók belépésével. Egy kórháznak az egészségügy szereplőivel több szinten

kell kooperálnia. A HospInvest üzemeltet járóbeteg-rendelőket és patikákat is. A betegek akkor fogják ezeket az intézményeket felkeresni, ha van megfelelő bízalom és elégedettek a szolgáltatással. A privát üzemeltetők jobb ösztönzőrendszere arra készíti az általuk vezetett intézményeket, hogy részt vegyenek ezekben a területeknek a fejlesztésében. Tőkeerejük, hitelképességük erősebb az ilyen beruházások megvalósításához. Mindezek révén erősödhet a privát üzemeltető által működtetett modell.

🚩 Mi az állam haszna?

Magyarország ma az egyik legrosszabb egészségügyi mutatókkal rendelkező ország a fejlett országok között, miközben GDP-arányosan a leggazdagabbak szintjén költ az egészségügyre. A statisztikák lehangelőek. A várható élettartam 10 évvel az EU-15 országok átlaga alatt van. 2003-ban csak Törökország előzte meg Magyarországot a korai halálozás terén az OECD-országokban, és Magyarországon volt a legmagasabb a rákbetegek halálozási mutatója. Ezen statisztikák láttán elkerülhetetlen, hogy a reformok hangsúlyt helyezzenek a modern gyógyítási formák bevezetésére. A privátszektor bevonása tovább katalizálhatja ezt a folyamatot. A gazdag országok versenyképességének egyik fő eleme az egészséges lakosság. Nem mellékesen ezek az országok járnak élen az egészségügy liberalizálásában.

🚩 Érdekelte-e az EBRD mint befektető annak a populációnak a jó egészségi állapotában, akik a HospInvest által működtetett kórházak ellátási területén élnek? Magyarul: érdekelt-e az EBRD a magyar biztosítási piacban is?

Az EBRD-nek számos befektetése van a kelet-közép-európai régió vezető biztosítótársaságaiban. Ez a terület tehát nem új a bank számára, és minden bizonnyal megfontolna projektjavaslatokat, amennyiben szilárd háttérrel rendelkező, tapasztalt egészségbiztosító igényelne finanszírozást.

🚩 A kórház működtetőjének számtalanszor kell személyzeti vagy terápiás kérdésekben döntenie. Ki hozza meg ezeket a döntéseket? Képes-e az EBRD a HospInvest döntéseit kisebbségi befektetőként befolyásolni?

A HospInvest menedzsmentjét az Orvosi Tanácsadó Testület segíti, amely olyan vezető orvosokból és orvos-menedzserekből

áll, akik már több kórházi átszervezést hajtottak végre az elmúlt tíz évben, s emellett praktizáló orvosként tapasztalatot szereztek modern egészségügyi intézményekkel rendelkező országokban. A HospInvest olyan működési modellt dolgozott ki, amely lehetővé teszi, hogy az általa működtetett kórházakban a legkorszerűbb gyógyítási módszereket alkalmazzák. Ennek a rendszernek a bevezetése lehetővé teszi a rendelkezésre álló eszközök és erőforrások optimalizálását, és a felszabaduló forrásokat fejlesztésre lehet költeni. A cél a minél jobb működési mutatók elérése, ami egy kórház esetében javuló egészségügyi mutatókat jelent az adott kórház működési területén.

Az EBRD képviselteti magát a HospInvest igazgatótanácsában. Az alkalmazásában álló egészségügyi szakértő komoly tapasztalatokat szerzett kórházi rendszerek átalakításában. Harmonikus munkakapcsolatra törekszünk, célunk a menedzsment támogatása a legjobb nemzetközi gyakorlatnak megfelelő cégirányítási módszerek bevezetésében.

🚩 Képes-e a kormány a befektetők ellenőrzésére, vagy arra, hogy megakadályozza őket abban, hogy a betegek rovására jussanak többletgyőzelemhez?

Magyarországon az egészségügyi szektor jelentős része már ma is magánszolgáltatók kezében van. Ezekben a területeken a verseny korszerűbb kezeléseket és magasabb színvonalú szolgáltatásokat eredményezett. Az egészségügy egyetlen, kizárólagosan állami működtetésű szegmense a kórházi ellátás területe. Ezen a téren hanyatló a szolgáltatási színvonal, elavult a felszereltség és az orvosok hierarchikus viszonya. A legfőbb kérdés, hogy képes-e az állam egy olyan hatékony ellenőrzési rendszer kialakítására, amely felügyeletet gyakorol a verseny felett, és szem előtt tartja a közérdeket. Az EBRD örömmel venne részt olyan párbeszédben, amely segítené a kormányt az említett rendszerek kidolgozásában.

🚩 Az általános vélemény szerint a magyar egészségügyet korrupció jellemzi. Mi teszi majd ezt a rendszert tisztábbá?

A hálapénz rendszere mindannyiunk véleménye szerint legfőbb forrása a korrupciónak és a források nem kellő hatékonyságú elosztásának. Beszélhetünk a beszállító, alvállalkozók részéről elvárt speciális juttatásokról is. A kötelezettségek és munkakörök pontos behatárolása, a folyamatok és költségek ellenőrzése a leg-

jobb módszer a korrupció megszüntetésére. Ez a költségmegtakarítás egyik legfontosabb forrása valamennyi szolgáltató esetében. Az orvosoknak diagnosztizálás és kezeléssel kellene foglalkozniuk, nem pedig beszállítókkal, alvállalkozókkal kellene tárgyalniuk. Ha mindenki azt teszi, amihez a legjobban ért, a kórházak működése hatékonyabbá válik. Ez azonban azt is magában foglalja, hogy az orvosoknak, nővéreknek, ápolóknak olyan fizetésekre és munkafeltételekre van szükségük, hogy csakis a betegre figyeljenek és olyan helyzetben legyenek, hogy visszatartás nélkül vállalják a hálapénzt. És ez nyújtana lehetőséget arra is, hogy időben és megfelelő nyugdíjjal vonulhassanak vissza az orvosok. Ilyen környezet csak évek múlva fejlődik, majd ki, de a magánszektor bevonása felgyorsítja a folyamatot.

🚩 Milyen alapon szelektál egy befektető az investícióra váró kórházak között?

Az első és legfontosabb dolog, hogy megfelelő pályázatot írjon ki az adott kórház tulajdonosa. Másodsor, a magánszektor bevonásának széles körű politikai és lakossági támogatást kell kapnia. Egy kórház átvétele előtt minden információval rendelkezni kell a működési körülményektől a tartozásokig ahhoz, hogy fel lehessen mérni a feladatokat és a finanszírozási szükségleteket, hogy ki lehessen dolgozni a megfelelő reorganizációs és orvos-szakmai programot. Amennyiben ezek a feltételek adottak, és reális esély van hatékony működtetésre, a HospInvest valószínűleg pályázik.

🚩 Reális-e annak veszélye, hogy egy új kormány felbontja a már megkötött szerződéseket?

Bízunk benne, hogy a HospInvest modell sikeres lesz és világos, kézzelfogható eredmények mutatkoznak már rövid távon. A fentiekben felsoroltuk az összes előnyt, amiből részesednek a betegek, közösségek, önkormányzatok és az állam, és azt is látjuk, hogy a jelenlegi rendszer nem tartható fenn. Mindezek miatt meggyőződésünk, hogy nem lesznek veszélyben ezek a szerződések, még ha lesznek is módosítások a szabályozásban.

(A szerkesztő megjegyzése: valószínűleg bennem van a hiba, amiért elcsodálkozom, hogy egy ennyire bonyolult kérdés, mint az üzleti tőke részvétele az egészségügy finanszírozásában, ilyen sima, világos és csak előnyös következményekkel járó ügy.)

Angliában is viták keresztüzében az otthon szülés

A brit sajtó újabban sokat foglalkozik az otthon szülés problematikájával. A vita a kormány egészségügyet szabályozó testülete, a beszédes nevű NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) frissen nyilvánosságra hozott irányelvi nyomán újult ki. Minden várandós anyának többféle választási lehetőséget kell felkínálni a szülés körülményeivel kapcsolatban, beleértve az otthon szülést is. Rendkívül fontosnak nevezi az útmutató, hogy a nők pontosan ismerjék ennek előnyeit és hátrányait. Igaz, hogy otthonukban többnyire természetes módszerrel hozzák világra gyermeküket az anyukák, kevésbé valószínű a császármetszés és a belső sérülés. Azonban az is tény, hogy magasabb az otthon, mint a kórházi szülés során elhunyt csecsemők aránya.

Belinda Phipps, a National Childbirth Trust szóvivője a NICE döntését nagy segítségnek nevezte, mondván, az otthon vagy szülőházban történő szülés „valójában egy normálisabb lélektani folyamatot követ. A legtöbb nő nem igényel orvosi ellátást.” A brit kormány 2009-re tervezi, hogy minden terhes asszony számára biztosítja a választás lehetőségét.

2006-ban mintegy 650 ezer szülésre került sor Nagy-Britanniában. Egyelőre csak a nők 2 százaléka hozza világra otthon a gyermekét. Ezt az arányt 30 százalékkal kívánják emelni. Az említett National Childbirth Trust, Országos Szülészeti Egyesület becslése szerint a nők mintegy 60 százaléka biztonságban szülhetne otthon. Szülészek és nőgyógyászok mégis kétlik, hogy a kormány célkitűzése megvalósulhat, mert az otthon szülés két bába jelenlétét követeli meg – egyet az anya, egyet a csecsemő ellátására –, miközben már az is nehézségbe ütközik, hogy a kórházakban minden szülést végigkísérjen egy bába. Egy nemrégiben elvégzett közvélemény-kutatás szerint miközben tízből kilenc bába támogatja a nőket az otthon szülés szándékában, a családi orvosoknak csak a fele adja áldását a döntésre, míg a kórházi szakorvosok közül kevesebb, mint minden nyolcadik tartja helyesnek a választást.

Mint a brit egészségügy oly sok más területén, a szülészetben is érvényesül az ún. postai „irányítószám-lutri”. Ez azt jelenti, hogy a helyi önkormányzat az alkalmazásában lévő bábák számától teszi

függővé az otthon szülés engedélyezését vagy tiltását. Becslések szerint a képzett bábák egyes területeken kétszer annyi otthon szülést próbálnak „összezsonglorködni”, mint amire az érvényes előírások alapján képesek lennének. A szülő nőket ez úgy érinti, hogy vajúdas közben, mint a stafétabotot adják őket egymásnak a szülésznők vagy egyszerűen segítség nélkül hagyják őket. Hány esetet hallani, amikor sokkolt apák a mentőszolgálat telefonügyeletének instrukcióit követve barakcsolják, bonyolítják le életük egyik legfontosabb eseményét! Az állandó jelenlét pedig csökkenti a gyermekhalandóságot, kellemesebb élménnyé változtatja az ifjú anyák küzdelmét, és kevesebb műszeres beavatkozást tesz szükségessé. A Szülésznők Királyi Egyesületének kalkulációja szerint Nagy-Britanniának ötezerrel több bábára lenne szüksége, ha a kormány komolyan veszi céljait.

A NICE szerint otthon szülések esetén a fájdalom enyhítésének egyik jól bevált formája a szülőmedence. A komplikációmentes szülés egyik titkának az állandó kommunikációt tartják az anya és a bába között. A „főszereplőnek” alapos ismeretekre van szüksége annak érdekében, hogy ellenőrzése alatt tarthassa a procedúrát, tudja, mire számíthat, és helyes döntéseket tudjon hozni a saját és a gyermeke érdekében. A szülészek és nőgyógyászok szakmai szervezete mindenesetre nem győzi eléggé hangsúlyozni, mennyire kiszámíthatatlanok – még alacsony kockázatú terhességeknél is – az esetleges bonyodalmak, márpedig ebben az esetben a nőnek kórházban van a helye. Az otthon szülőknél jelenleg mintegy harmadát kell „menet közben” szakintézménybe szállítani, mert nem sikerül hatékonyan csillapítani a fájdalmat, elhúzódik a vajúdas, veszélybe kerül az újszülött. Az aggodalmaskodó szakorvosok megfelelő kompromisszumnak tekintik a szülészeti osztályokhoz kapcsolódó szülőházak intézményét. Az asszonyokat megnyugtatja, hogy szükség esetén szülész, altató- és gyerekorvos egyaránt gyorsan előteremthető.

A szüléssel kapcsolatos veszélyekre élesen világított rá a Szülészek és Nőgyógyászok Egyesületének most napvilágot látott átfogó jelentése. A biztonságos szülés megszervezésének alapvető normáit összefoglaló írás dermesztő adatot közöl.

Az elmúlt három évben az NHS egészségbiztosító 665 millió fontot, azaz több mint 240 milliárd forintot fizetett ki olyan orvosi műhibák esetében, amikor szakorvos jelenlétében vettek katasztrofális fordulatot a szülés eseményei. Ebből a hatalmas összegből három éven át lehetne ezer szakorvost alkalmazni. A szakmai fórum bírálja a szülészek és bábák hiányát, a szülési ráta növekedésével az állományra nehezedő nyomást és a szakképzés fogyatékoságait. De vajon mekkora kártérítést fizetett volna a biztosító, ha ezek a szülések otthon történnek?

Miközben a gyermekszülés biztonsága állítólag soha nem látott méreteket öltött, az NHS keretében működő kórházaknak minden egyes ott születendő csecsemő után 450 font „biztosítást” kell fizetniük, hogy műhiba esetén állni tudják a kompenzációt. Az Európa legnagyobb vállalatának számító NHS peres ügyekkel foglalkozó hatósága 2006-ban először készítette el, kockázatosságuk alapján a szülészeti osztályok rangsorát. Anglia 154 szülészeti osztálya közül jelenleg csak 18 számít igazán, és 54 közepesen biztonságosnak. A jövőben helyezésüktől függően 10 százalékkal kevesebb, illetve 30 százalékkal több biztosítási díjat számolnak fel nekik. Egy, évi ötezer csecsemő világra segítésében közreműködő kórház akár 750 ezer fontot is megtakaríthat a 2,5 milliós fontos biztosítási számlájából. A kártérítés összege a legsúlyosabb esetekben az 5 milliós fontot is elérheti, igaz ebből akár egy életen át kell fedezni a sérült személy gondozását.

Sok fiatal anya az MRSA baktériumtól vagy más fertőzésektől tartva próbálna nagy ívben elkerülni a kórházakat. Ráadásul problémamentes szülés és egészséges csecsemő esetén amúgy is ripsz-ropsz otthon találja magát. A brit szisztémában természetes szülés után néhány órával, legfeljebb egy éjszaka elteltével kiengedik a kórházból az anyát és gyermekét, akik ezt követően rendszeres, szükség esetén napi segítséget kapnak az otthonukba kijáró védőnőtől, és bejelentkezhetnek a családorvosi rendelőbe, ahol némi szerencsével gyermekgyógyászati szakképzéssel rendelkező orvoshoz kerülhetnek.





ESAP Congress Budapest

18th Annual Congress
of the European Society of Ambulatory Paediatrics
és a Házi Gyermekorvosok Egyesületének
XIII. őszi konferenciája

2007. október 26–27.

Megcsináltuk!

Október 26–27-én Budapesten tartotta XVIII. Konferenciáját az ESAP, a kórházon kívüli ellátást nyújtó gyermekorvosok európai szervezete. Hogy miért ez a nyakatekert név a közérthetőbb házi gyermekorvosok helyett? Mert ez a szervezet nemcsak azokat a gyermekorvosokat képviseli, akik hozzánk hasonlóan körzetben dolgoznak, hanem az iskola-, óvoda- (szóval community) orvosokat is, és azokat is, akik kórházi munkájuk során kizárólag ambuláns ellátással foglalkoznak, vagy magánrendelőjükben fogadnak gyereket.

280 kolléga érkezett Európa 26 országából. Az első nap délelőttjén, míg a külföldiek autóbusszal nézték a dugót, a rendőroket meg a várost, Huszár András vezényletével vitatták meg hazai kollégáink a biztosítási rendszer átalakításával kapcsolatos kérdéseket. Az ezután kezdődő program sikerét a neves külföldi és hazai előadók egymáshoz fogaskerék-szerűen

illeszkedő, tartalmukban újszerű és a kérdéseket szokatlanul őszinte stílusban felvető prezentációi határozták meg. Fekete György professzor a rá jellemző felkészültséggel, finom humorral fűszerezett eleganciával tartotta egyben a programot. Olyan országok gyermekorvos-társaságai képviseltették magukat, amelyek eddig soha, és olyan szervezetek vezetői ültek közös tárgyalóasztalhoz, amelyek eddig többnyire csak kívülről kritizálták egymást. Először jött el az európai gyermekalpellátás találkozója a brüsszeli székhelyű Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) több vezetője. Előadást tartott a brit Patricia Hamilton, az EAP alelnöke és az olasz Alfred Tenore professzor, a European Board of Paediatrics, a gyermekgyógyász-képzésért felelős bizottság olasz elnöke.

Határozat született az alapszabály módosításáról, de nincs még eldöntve, hogy kizárólag a gyermekorvosi alapellátást

fenntartó, vagy az azzal egyáltalán nem rendelkező országok is beléphetnek-e a szervezetbe. Hatékonyabban képviselhetné a 40 000, alapellátásban dolgozó európai gyermekorvost és az általuk ellátott több tízmilliónyi gyermek érdekeit az ESAP, ha a jövőben nem egyének, hanem társaságok lennének a szervezet tagjai. Ekkor viszont új kérdésként merülne fel az, hogy hány szavazati joga lenne mondjuk a több mint másfélezer házi gyermekorvost reprezentáló Magyarországnak, és hány az Egyesült Királyságnak, ahol ma még házi gyermekorvos nincs. És mennyi lenne Csehország tagdíja a maga majdnem 2000 alapellátójával, és mennyi Svédorszáé, ahol ugyancsak ismeretlen a házi gyermekorvos fogalma? Érdekes, hogy a volt szocialista országok közül csak ott maradt fenn a korábban már mindenütt kiépült gyermekorvosi alapellátás, ahol a kollektív időben megalakították önálló és



független érdekvédelmi szervezetüket. (Csehországban, Szlovákiában és Magyarországon.) A 26 ország gyermek-alapellátását képviselő delegátusok megbeszélésükön hangoztatták: az unió legfőbb szakmai szervezeteitől várnak támogatást ahhoz, hogy azokban az országokban, ahol van, ott megvédjék, ahol pedig megszüntették, ott újraélesszék a gyermekorvosi alapellátást. Megfontolandó persze az a többek által hangoztatott javaslat is, hogy többre mennének, ha a média közvetítésével a szülők támogatását szereznék meg, hisz tagadhatatlan, hogy még ott is foko-

zódó igény van irántunk, ahol a mai napig nincs gyermekorvos a területen. A jövő évi nizzai Europaediatrics konferencia társ-szervezőjeként meghatároztuk az alapellátási szekciók témaköreit.

Elértük, amit akartunk. Olyan konferenciát szerveztünk az ESAP-nak, amelyet szerettünk volna, amelyet elképzeltünk. A résztvevő kollégák és országok száma, az előadások színvonala, a megbeszélések eredményei nemcsak az ESAP tekintélyét növelték az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia, hanem a HGYE presztízsét is mind az ESAP, mind az EAP előtt. Olyan témá-

kat vitattunk meg és olyan módon, ahogy eddig az egy hajóban evező gyermekgyógyászok ilyen jellegű konferencián még soha. A sétahajós fogadás az Európa hajón és a díszvacsora a Citadellában már csak hab volt a tortán. Hogy volt-e hiba? Talán az, hogy a poszterszekciót nem vittük nyilvános vitára. Hiába nem volt rá idő, megérdemelte volna. És talán szükség lett volna még egy-két, alapellátásból jövő előadásra. Ehhez viszont még kishitűek voltak a szervezők.

K. F.

Köszönjük mindazoknak, akik hozzájárultak a sikerhez:
a Wyeth-nek, a GSK-nak, a Baxter-nek, a Nestlé-nek, a kiemelkedő támogatást,
Dr. Kardos Gabriellának a szaktanácsokat, Szőnyi Andreának a nyelvi nehézségek leküzdését,
a dART stúdióknak a grafikai tervezést, Demjén Ágnesnek a pótolhatatlan segítséget,
Cserényi Ritának, Langó Katinak, Juhász Mariannak, Kálmán Emesének, Pót Erikának, Papp Nórának,
Póta Eszternek, Hordai Juditnak a vendégek istapolását,
Takács Bencének és Takács Domonkosnak a gördülékeny technikai hátteret,
Előd Annának és Ringwald Juditnak a szinkrontolmácsolást,
Dr. Márkus Györgynek, Dr. Benedek Lászlónak, Dr. Kovács Zsuzsának, Dr. Sztanó Gabriellának a helyszíni segítséget.
És végül Fekete Évának és Török Katalinnak a fáradhatatlan munkát,
Kádár Ferencnek, Kálmán Mihálynak, Póta Györgynek, Dolowschiák Annamáriának, Hóbor Miklósnak a szervezést.

Huszár András





Veszélyezteteti-e a gyermekeket a brit alapellátási modell?*

Patricia Hamilton, a Royal College of Paediatrics and Child Health elnöke, a European Academy of Paediatrics (EAP) alelnöke

Szeretném megköszönni a szervezőknek, hogy meghívtak és előadásra kértek fel. Nagyon sokat tanultam abból, hogy beszélgethettem Önökkel az alapellátásban dolgozó gyerekorvosokról, hiszen, mint Önök is tudják, az Egyesült Királyság nem élvezi a gyermekorvosi alapellátás előnyeit. Az Egyesült Királyság annak a tizenegy EU-tagállamnak az egyike, ahol a gyerekeket a családorvosi rendszer látja el. Gyerekorvosok nem dolgoznak az alapellátásban, csak a szakrendelői és kórházi szinteken. Ők összesen nyolcvényi képzést kapnak, ebből öt évet az általános gyermekorvostan tesz ki, a következő háromban pedig szakosodhatnak a még részletesebb általános gyermekgyógyászat, vagy valamelyik szubspecialitás irányába.

Az egészségügyi ellátási mutatók tekintetében hatalmas különbségek választják el a lakosság legjobb helyzetű egyötödét a leghátrányosabb helyzetben lévőkötől. Ez megmutatkozik a kórházi felvételekben, de vizsgálhatunk bármit, akár a tonsillectomia gyakoriságát is: a leghátrányosabb helyzetű hús százaléka tartozók nagyobb gyakorisággal esnek át mandulaműtéten, mint a társadalmi-gazdasági ranglétrán magasabb helyen lévők.

Országunkban jelenleg 40 000 házi orvos, 2 500 konzultáns gyermekorvos és körülbelül 1 500 olyan, képzés alatt álló gyermekorvos dolgozik, aki még nem érte el a konzultánsi fokozatot. A gyermekorvosok harmada általános gyermekorvos, másik harmada specializált általános gyermekorvos, harmadik harmada szubspecialista.

MI ROSSZ, MI JÓ?

Mennyire jó a mi egészségügyi ellátásunk? Nemrégben szembesültünk azzal, hogy a gyermekvédelem területén kudarcot vallottunk. Szolid tumorok terápiájában, mint pl. a Wilms-tumor kezelésében csak nagyon gyenge eredményeket tudunk felmutatni más európai országokkal összehasonlítva. Rosszul állunk a diabeteses gyermekek gondozását illetően is. Több európai országhoz viszonyítva magas a csecsemőhalandóságunk. Közismert, hogy ahol van gyermekorvosi alapellátás, ott alacsonyabb a csecsemőhalandóság.



Elmondhatunk valami jót is az Egyesült Királyságról? Kétségkívül. Jó képzési programot nyújtunk, a gyakornokokat, de a képzett orvosokat is szigorú értékelési és újraakkreditálási rendszernek vetjük alá. Jó szakorvosi ellátással és multidiszciplináris csapatmunkával büszkélkedhetünk. Családi orvosaink nemcsak a szülőket, a testvéreket, de a gyermek egészségét befolyásoló egyéb körülményeket is jól ismerik. Egyenlő státuszt élvezünk a felnőttek orvosával, közvetlenül és egyenlő elbírálás alapján képviselhetjük a gyerekek érdekeit a Parlamentben és az egészségügyi ellátórendszeret működtető szervezeteknél. A fizetésünk sem rossz. Mindez azonban nem elég, ha az eredményeink nem érik el a kívánt szintet.

SOK A SÜRGŐSSÉGI VIZSGÁLAT

A sürgősségi felvételek száma növekedik: 25-ről 50%-ra emelkedett azok aránya, akiket a házi orvos kórházba utal, de egy napnál rövidebb ideig maradnak ott; vagyis érkezésük után röviddel el is bocsátják őket. Több az olyan beteg, akit nem a házi orvos küld be, azaz a szülők egyenesen a sürgősségi osztályra viszik –

főként egy évnél fiatalabb – gyermeküket. Ez is egy olyan tény, amiért el kell azon gondolkodnunk, milyen a gyermek-alapellátásunk minősége. Miért a sürgősségi osztályra viszik a gyereket, ha egyszer van családorvos? Magyarázható ez a házi orvosok hiányos képzésével, a gyermekek változó morbiditásával, a házi orvosok rosszabb elérhetőségével, a szülők elvárásainak változásával, vagy egyszerűen azazal, hogy az alapellátásban nem dolgoznak gyermekorvosok.

Szégyenletes tény, hogy házi orvosainknak közel a fele nem részesült igazi gyermekorvosi képzésben, nem végeztek ilyen irányú szakmai gyakorlatot. Nem kellett vizsgáznuk gyermekgyógyászatból, az általuk letett vizsgát házi orvosok készítettek elő, és ők is értékelték ki. Ez az állapot tarthatatlan, hisz az ilyen házi orvosok nem tudnak mit kezdeni a kisgyermekkel. Nem csoda, ha legkisebb gond esetén is sürgősségi osztályra küldik őket.

Változik a gyermekek morbiditása is. Egyre több a nehezen ellátható, túlsúlyos, kövér gyermek, növekszik a magatartászavaros, figyelemhiányos, az autista és a komplex fogyatékkal élő gyermekek száma is. Fokozza a problémát, hogy a házi orvosok alig kapnak mentálhigiéniai képzést.

A házi orvosoknak ma már nem kell a hivatalos munkaidőn túl ügyeletet tartaniuk, de rendelési időben is alig lehet őket a túlszűfolt rendeléseken utolérni. Van ugyan szombaton és éjszaka is nyitva tartó rendelők, de nehéz őket megtalálni. Különösen az egyre növekvő bevándorlópopuláció fordul gyakran a sürgősségi osztályokhoz, mert nem tudják, hova vihetnék gyermekeiket.

VÁLTOZÓ ELVÁRÁSOK

A szülői oldalon két tendencia figyelhető meg. Egyrészt nincsenek úgy felkészülve a gyerekgondozásra, mint a korábbi generációk, másrészt egyre hamarabb és gyakrabban kérnek segítséget szakembertől, a háziorvossal fenntartott kapcsolatuk nem olyan szoros már, mint régebben, és változnak az elvárásaik is, jól vagy rosszul, de sok információt szereznek be az internetről, egyre többet tudnak orvosi kérdésekről. A gyermek betegsége esetén már jóval korábban szeretnének gyermekor-

* Az ESAP XVIII. konferenciáján elhangzott előadás

vossal találkozni, mint ahogy az ma lehetséges. Tudják, hogy ha a sürgősségi osztályra mennek, négy órán belül szakorvosi vizsgálathoz jutnak, az Egyesült Királyságban ez igen szigorú követelmény. Nem akut esetben az aggódó szülő felkeresheti a védőnőt, a körzeti nővért, esetleg a háziorvost, aki nagyon gyakran továbbküldi a gyermeket a kórházban és többnyire a gyermek lakhelyétől távol dolgozó gyermekorvoshoz. Akihez a legtöbb esetben csak várólistáról lehet bejutni. Amikor a helyzetet a szülő akutnak ítéli meg, az NHS-Direct-hez fordul. Ez egyfajta telefonos egészségügyi gyorssegélyszolgálat, amit nővérek működtetnek részletes protokollok alapján. A szolgáltatás felnőttek esetében igen hatékony, de ha gyermekekről, különösen, ha nagyon kicsikről van szó, szinte automatikusan a sürgősségi osztályokra irányítják őket. Nem csoda ezért, ha a szülő tapasztalatai alapján sokszor ugyanezt teszi, de a közbülső szintek kihagyásával.

Megelőzhető lenne-e az, hogy a szülők a sürgősségi osztályhoz forduljanak, ha az alapellátásban gyermekorvosok dolgoznának? Mi lenne a helyzet a rendelési időben? És mi történne a rendelési időn kívül? Vajon továbbra is specialista-hoz akarnának-e menni, vagy megelégednének az alapellátásban dolgozó gyermekorvossal?

ALTERNATÍVÁK

Ha beindítanánk a gyermekorvosi alapellátást, további 10 000 gyermekorvosra lenne szükségünk a rendszer kiépítéséhez. Milyen legyen a képzésük? Szükséges-e számukra is a nyolc év, ami hosszabb, mint Európa bármely más országában? Vagy megelégedhetünk-e az öt éves általános képzéssel? Egészen más képzésre lenne azonban szükség az alapellátásban dolgozó gyermekorvos számára, hiszen más típusú betegséggel találkozhatnak. Azt is el kellene értenünk, hogy a gyermekorvosi alapellátásnak olyan presztízse legyen, hogy a fiatal gyermekorvosok szívesen válasszák maguknak ezt a foglalkozást. Számolnunk kell azzal is, hogy így elveszítjük a családi vagy háziorvosok által felhalmozott nagyon értékes tudást.

Milyen alternatívák vannak? Ha minden háziorvosnak gyermekgyógyászati képzést nyújtunk, ami elkerülhetetlen, akkor milyen hosszú legyen az? Az öt éves háziorvosi képzés igazán jó alkalmat teremt a megfelelő felkészítésre. Valószínűleg nem is a képzés időtartama a fontos, hanem az, hogy milyen kompetenciákkal kell rendelkeznie a gyerekeket is ellátó há-

ziorvosnak. Képezhetnénk a gyermekgyógyászat iránt speciális érdeklődést mutató háziorvosokat is, de az ilyen programok már korábban sem voltak túl sikeresek. Költséghatékonyságuk nem megfelelő, nagy befektetést igényelnek és ezen kívül sem a folyamatos szakmai fejlődésük iránt aggódó specialisták, sem a többi háziorvos-kolléga nem nézi őket jó szemmel.

Vannak „community” gyermekorvosaink, ők azok, akik az egészséges gyermekekkel foglalkoznak, követik fejlődésüket, beadják a védőoltásokat, tanácsokat adnak a szülőknek – építsünk az ő munkájukra?

Vagy adjunk több feladatot a nővéreknek és a többi egészségügyi szakembernek? Fordítsuk-e erőnket esetleg arra, hogy a specialistáinkat kiküldjük a körzetekbe, háziorvosi rendelőkbe? Hozzunk létre egyfajta integrált egészségügyi ellátóközpontot? Késérő tapasztalatainkból tudjuk, hogy ha a specialistáinkat kihelyezzük a körzetekbe, idejük legjavát a rendelők közötti utazgatással kénytelenek eltölteni. Valószínűleg szakmai vagy kollegiális támogatás nélkül kell dolgozniuk, bár a mostanában alakuló poliklinikák megoldást jelenthetnek, ugyanis itt számos diagnosztikus módszer elérhető lesz, és összeállhat egy kisebb multidiszciplináris csapat.

Valamennyi megoldás esetén egyértelműen meg kell határozni, hogy ki felel az ellátás irányításáért, a minőség biztosításáért és értékeléséért. A gyermekgyógyászati alapellátásnak komoly előnyei vannak: a betegségeket korai időszakban diagnosztizálják, és a krónikus betegeket folyamatosan gondozzák. Hátránya viszont, hogy a gyermekorvos nem ismeri a teljes családot, és ez sokszor nagyon fontos információ. Kérdés, hogy hogyan kell megoldani a rendelési időn túli ellátást, és ehhez mennyi orvosra van szükség. Emellett végig kell gondolni a munkaköri elégedettséget, a specializálódásra való hajlamot is.

Vannak olyan egészségmegőrzési és megelőzési feladatok, melyeket nővérek és védőnők is elláthatnak. Az Egyesült Királyságban végeztek egy vizsgálatot az újszülöttek kórházi kibocsátása után, és azt találták, hogy az anyák szívesebben vették, ha az orvosok helyett a nővérek és szülésznők látták el őket tanácsokkal, mert ezt érthetőbbnek, életközelibbnek találták. És valóban minden újszülöttnak szüksége van gyermekorvosra? Nem dimenzionáljuk-e túl a gondokat, nem medicalizáljuk-e feleslegesen a problémákat, ha ragaszkodunk ahhoz, hogy mindenkinek legyen házi gyermekorvosa, és a szü-

lőkbe is beletápláljuk, hogy erre szükség van?

Nyugtalanító, ha egyes orvosok egyedül, és nem csoportban praktizálnak. Miként biztosítható, hogy tartsák a színvonalat? Az egyszemélyes vagy kicsi praxisokban fennáll az elszigetelődés veszélye. A folyamatos egészségügyi képzés kérdései húsba vágóak, hiszen az Egyesült Királyságban a követelmények egyre szigorodnak. A jövőben a kollégák véleménye és 360 tesztkérdés megválaszolása kell majd az orvosok revalidálásához, és ez bizony nehéz.

INTEGRÁLT KÖZPONTOK

Kórházaink is átalakulóban vannak. Az Egyesült Királyságban ma nincs annyi gyermekorvos, amivel megfelelhetnének az EU munkaidős irányelveinek, mely szerint az összes kórházban 24 órás szolgálatra van szükség. Ha két, egymáshoz közeli kórházat összevonnánk, akkor több gyermekorvos állna rendelkezésre az akut ellátáshoz, mások viszont felszabadulnának, és dolgozhatnának távolabbi rendelőkben, hogy a gyermek lakóhelyéhez közelebb nyújtsanak ambuláns ellátást vagy folyamatos gondozást a krónikus betegeknek.

Olyan integrált egészségügyi ellátást próbálunk kidolgozni, mely elszakad az alap- és második szintű ellátás hagyományos fogalmától. Azt szeretnénk, hogy a saját területükön nagy szakértelemmel bíró családi orvosok, általános és szakosodott gyermekorvosok együttműködjenek, magasabb szintű, kórházon kívüli gondozást nyújtva a gyermekeknek és a családoknak. Ebben a modellben az egészségügyi tanácsadók összeállnak, és egyfajta családorvosi tanácsadó csoportot hoznak létre, ami mellett a kórház nyújtja az akut ellátást. A családorvosi praxisok és a kórház közé szeretnénk beilleszteni az integrált gyermek-egészségügyi központokat. Ezeket akár a kórházakhoz is lehetne csatolni, így az általános gyermekorvosok olyan helyen dolgoznak majd, ahol sürgősségi osztály is van a közelben. A körzetekben is létrehozhatjuk azonban ezeket a központokat. Ebben az esetben a családorvosok továbbra is fogadhatnak a gyerekeket, de aki gyermekorvosi rendelésre szeretne menni, az azt is megteheti. A háziorvos és a gyermekorvos *vica versa* kérhetne tanácsot a másiktól.

Ma még senki nem tudja, melyik a helyes út. Több modellel is kísérletezünk annak érdekében, hogy minél jobb eredményt érjünk el, és hogy fejlesszük a gyermekek számára nyújtott alapellátás minőségét.

A helyettesítésről

Hiába jelzem évek óta minden fórumon, a helyettesítés gyakorlata máig rendezetlen. Az illetékesek azt hiszik, hogy ha a szerződésben meg van nevezve két helyettes, akkor minden rendben, mert ez csak papíron van így. Az életben gyakran adódik olyan helyzet, hogy egyszerre menne mindenki konferenciára, ne adj' isten szabadságra és uram bocsá' az is előfordul, hogy mindenkit egyszerre dönt le egy betegség. Leggyakrabban azonban a nagyvárosokban elterjedt 4–6 fős rendelő teljes beosztásának megváltoztatása okoz nehézséget. Ilyenkor lenne szükség olyan külsős vállalkozóra. Lenne is ilyen, van

is ilyen, mondjuk már nyugállományba vonult, vagy máshol dolgozó kolléga, de legális alkalmazásukhoz 27 ezer forintért kell módosíttatnunk az ÁNTSZ-nél saját szerződésünket. Utána persze hasonló módosításra van szüksége a helyettesítést vállaló orvosnak is, aki ezzel a működési engedéllyel már dolgozhat a megjelölt orvos praxisában. Persze, csak ha van felelősségbiztosítási, egészségügyi alkalmasságija és az újraakkreditáláshoz szükséges kreditpontja. Munkavállalás esetén saját receptjén rendel, saját körpecsétjével pecsétel, de a helyettesített hosszú pecsétjével kell igazolnia, hogy kinek a kontójára

rendelt gyógyszert. Hogy a gyógyszerfelírás kinek a statisztikáját rontja, arról még csak fogalma sincs senkinek.

A HGYE jogásza azt javasolta, hogy aki akar, indítson vállalkozást változó telephellyel, ilyen engedélyt azonban nem adnak ki. Lehet, hogy a szabadfoglalkozású orvos intézménye lenne a megoldás, mert ehhez a pletykák szerint még ÁNTSZ-engedély sem kell. Úgy tűnik, ez fedné leginkább a változó telephelyű „pluripotens” orvos fogalmát.

Én elfáradtam az utánjárásban, átadnám a stafétabotot. Átvénné valaki?

SZÓCS GABRIELLA

A vakcináció áráról

Az Egészségbiztosítási Felügyelet tájékoztatása szerint a nem kötelező védőoltások beadásáért – a 284/1997. (XII.23.) kormányrendeletnek megfelelően – térítési díjat kell fizetni. Ennek összegét a szolgáltató határozza meg, mértékéről a szolgáltató igénybevétele előtt tájékoztatnia kell a páciensét. A díj összege nem haladhatja meg az oltóanyag vételi árát, ha azonban a biztosított térítésmentesen jogosult a védőoltásra, a térítésmentesség a beadásra is kiterjed.

A november 15-én keltezett állásfoglalás tájékoztat arról is, hogy az alkotmány-

bíróság határozata értelmében a minisztériumi és egyéb központi állami szervektől származó, jogi iránymutatást tartalmazó leiratok, körlevelek, útmutatók, iránymutatások, állásfoglalások és egyéb informális jogértelmezések kiadása és az ezekkel való irányítás gyakorlata alkotmányellenes.

A HGYE vezetőségének a Hírvivő júniusi számában ismertetett álláspontja változatlan: fontosnak tartjuk, hogy a térítéses védőoltások a betegek minél szélesebb köre számára elérhetőek legyenek. Mivel a munkadíj felszámolása jelenleg ez ellen hat, nem támogatjuk a védőoltás t-

rítési díj ellenében történő beadását. Ugyanakkor tisztában vagyunk álláspontunk ellentmondásos jellegével. Ha ugyanis az egészségügy szolgáltatás, akkor annak ára is van. Az árat valakinek meg kell fizetnie. Ha az állam érzi fontosnak, hogy megvegye a szolgáltatást, akkor neki kell fizetnie, ha azonban a gyerek csak a szülőnek fontos, akkor neki. Véleményünk szerint a betegségek megelőzése az államnak és a szülőnek egyaránt fontos, ezért meg kell(ene) osztani a terheket.

A HGYE VEZETŐSÉGE
2007. NOVEMBER 17.

A táborozási igazolásokról

Nyár közepén megjelent a 37/2007. (VII. 23.) EüM-SZMM együttes rendelet a nem üzleti célú közösségi, szabadidős szálláshelyek üzemeltetésének, valamint a 12/1991. (V. 18.) NM rendelet a tanulóifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről. A jogszabály a 6–18 éves fiatalok legalább hat főből álló közösségének járványügyi szempontból történő orvosi alkalmasságáról szóló igazolások kiadását is szabályozza.

Évek óta az a szakmai álláspontunk, hogy a jelenlegi járványügyi helyzet és védőoltási rendszer mellett felesleges és indokolatlan – az év közben egyébként is közösségbe járó – panaszmentes gyerme-

kek táborozás, üdülés, kollégium-, óvoda-, iskola- vagy uszodalátogatás előtti újabb orvosi vizsgálata és arról igazolás kiadása.

Javaslatunk az, hogy a tanköteles gyermekek intézményi felvételére és közösségben történő tartózkodására jogosító első orvosi igazolást tekintsük mindaddig érvényesnek, amíg egy akut betegség az egészséges állapotot meg nem szakítja. A táborozás, üdülés, kollégium stb. megkezdésekor legyen elegendő a szülő nyilatkozata arról, hogy gyermeke akut betegségben nem szenved, egészséges. Szerelhet a formanyomtatványon, hogy a gyermek tetűmentes, milyen gyógyszert szed rendszeresen, mire allergiás, és tör-

tént-e négy héten belül a környezetében járványügyi intézkedés, vagy megkapta-e a kötelező oltásokat. A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium ez év szeptember 13-i ülésén foglalkozott a kérdéssel. A testület az országos házi gyermekorvosi szakfelügyelő főorvos és a Házi Gyermekorvosok Egyesületének ajánlatával egyetértve javasolta az üdülési és táborozási alkalmassági vizsgálatokról szóló rendeletek módosítását. Véleményük szerint a változtatás csökkentené a felesleges orvosi adminisztrációt és kiemelné a szülői felelősséget is.

DR. KOVÁCS JULIANNA
ORSZÁGOS HÁZI GYERMEKORVOSI SZAKFELÜGYELŐ

Az élőcsíra-tartalmú joghurt helye a laktóz-intolerancia diétájában

Dr. Barna Mária SE-EFK Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék

A tejcukor-érzékenység oka a laktáz enzim relatív vagy abszolút hiánya

Az emésztés során a tejcukrot a bélnyálkahártya sejteiben működő tejcukorbontó enzim, a laktáz (β -galaktozidáz) hasítja felszívódásra alkalmas egyszerű cukrokra, glükózra és galaktózra. Hiányzó vagy csökkent enzimaktivitás mellett a tejcukor bontása, s így a felszívódása is elmarad, és a tejcukor bontatlan formában kerül az alsóbb bélszakaszokba. Itt a laktóz – ozmotikus hatásánál fogva – vizet szív magához, és a béltartalmat növelve vizes hasmenést hoz létre. A bontatlan cukor a bélbaktériumok tevékenységének hatására erjedésnek indul, és savanyú bomlástermékek (ecetsav, tejsav, vajsav, valeriánsav, propionsav stb.), valamint gázok (hidrogén H_2 , széndioxid CO_2 és metán CH_4) keletkeznek. A savanyú béltartalom fokozza a bélmozgást, s a vizes hasmenéshez erjedéses hasmenés járul, a keletkező gázok pedig hasi feszülést, puffadást, bélgörcsöket okoznak.

A laktóz-intolerancia megjelenési formái

1. Elsődleges, veleszületett tejcukor-intolerancia. Rendkívül ritka, öröklődő elváltozás.
2. Elsődleges, felnőtt típusú tejcukor-intolerancia 3–5 éves kor után fokozatosan csökkenni kezd, majd megszűnik a tejcukorbontó enzim aktivitása.
3. Szerzett vagy másodlagos tejcukor-érzékenység. A bélnyálkahártyát károsító folyamatok következtében másodlagosan fejlődik ki. Általában átmeneti jelenség, az előidéző ok gyógyulása után megszűnik.

Előfordulása

A tejcukorérzékenyek számát Magyarországon kb. 15%-ra becsülik. A tényleges előfordulás azonban ennél az értéknél nagyobb, mert átmeneti vagy tartós laktázaktivitás-csökkenéssel a gyomor-béltraktus számos megbetegedésében számolni kell.

A diagnózis felállítása: a klinikai tünetek és a laboratóriumi eredmények értékelésén (kilégzési hidrogén H_2 -teszt, cukorterhelés stb.) alapszik.

A laktóz-intolerancia tünetei

Enzimhiányos egyénekben bizonyos mennyiségű tejcukortartalmú étel elfogyasztását követően (általában 4–6 óra múlva) puffadás, fokozott bélgázképződés, korgó bélhangok, hasi görcsök, robbanásszerű vizes hasmenés jelentkezik. A széklet híg, habos, savanyú szagú, a végbélnyílás körül csípő érzést, felmaródást okozhat. Az is előfordulhat, hogy nem alakul ki hasmenés, mert az alsóbb bélszakaszokban besűrűsödik a béltartalom, s ilyenkor egyetlen tünet a köldök körül észlelhető görcsös hasi fájdalom.

A tünetek jelentkezése és hevessége az enzimaktivitás mértékétől függ. Csekély mennyiségű tejcukrot a laktózérzékenyek többsége panasz nélkül fogyaszthat, vannak azonban olyanok is, akik egészen kis mennyiséget sem tolerálnak.

A diétája

Az étrendi kezelés lényege, hogy a tejcukrot a laktázhiány mértékétől függően részben vagy teljesen kihagyjuk az étrendből. A tej azonban nem nélkülözhető, fontos alapélelmiszer mindenki számára. Kitűnő fehérjeforrás, sok vitamint és ásványi anyagot tartalmaz. Fedezi a szervezet kalciumszükségletének 75%-át. A savanyú tejtermékekben mindig van kevés tejcukor, ám a legtöbb laktózérzékeny egyén ezt a kis mennyiséget jól tűri. A savanyú tejtermékek és a tejes margarinok fogyaszthatósága az egyéni érzékenység függvénye. Szigorú tejcukormentes diétában tejföl helyett tejcukormentes tápszer, túró helyett tofu fogyasztása javasolható. A kereskedelemben kaphatók laktózmentes tej- és tejtermékek is, és a kalciumszükséglet kielégítése érdekében még a sajt élvezetéről sem kell lemondani.

Az utóbbi évtizedekben számos vizsgálatban kimutatták, hogy az élőcsírárt tartalmazó fermentált tejtermékek (pl. az élőflórás joghurt) csökkentik a klinikai tüneteket.

Érthető, hogy a szakemberek örömmel fogadják minden olyan megoldást, amely a tej, illetve a tejtermékek fogyasztását a tejcukorérzékenyek számára is lehetővé teszi, hiszen tejjre mindenkinek, gyermeknek, felnőttnek egyaránt szüksége van.

Kollárs és munkatársai a joghurt kedvező hatásának bizonyítására összehasonlító vizsgálatot végeztek: önként jelentkező, tejcukorérzékeny egyénekben azonos mennyiségű tejcukrot tartalmazó tej, illetve joghurt fogyasztását követően mérték a kilégzett levegő H_2 -tartalmát. A tejfogyasztást követően a kilégzett levegő H_2 -tartalma több mint négyszeres volt.

Ha az élőcsíra – hőkezelés (hőelvonás) miatt – elpusztult, a kedvező hatásra már nem lehetett számítani. Marteau élőcsírárt tartalmazó és hőkezelt (élőcsírákat nem tartalmazó) joghurt és tej adását követően mérte a kilégzett levegő H_2 -tartalmát. Nem találtak különbséget a tej, és a hőkezelt joghurt adását követő H_2 -koncentrációban, míg az élőcsírárt tartalmazó joghurt fogyasztása után szignifikánsan alacsonyabb volt a H_2 -koncentráció.

Azt is vizsgálták, hogy a tesztáplálék savas miliójének tulajdonítható-e a laktóz felszívódásának a javulása: a) savanyított tejkészítményt, b) hőkezelt (élőcsírákat nem tartalmazó) savanyított tejkészítményt és c) élőcsírákat tartalmazó, savanyított tejkészítményt adtak. Az élőcsírárt tartalmazó savanyított tej fogyasztása után szignifikánsan alacsonyabbak voltak a kilégzési H_2 -teszt értékei. A kedvező hatás tehát csak az élőcsírárt tartalmazó készítményektől várható.

A vizsgálatok azt bizonyítják, hogy a probiotikus savanyú tejtermékeket a tejcukorérzékenyek egy része gond nélkül fogyaszthatja.

A kedvező hatás azzal magyarázható, hogy a probiotikumok β -galaktozidázt termelnek, a bélnyálkahártyát tejcukorbontó enzim termelésére serkentik, és maguk is felhasználják a tejcukrot, ezáltal a béltartalomban csökken a tejcukor koncentrációja.

Az élőflórás termékek fogyasztásán kívül lehetőség van a tejcukormentes élelmiszerek kiválasztására is. „A tejcukortól mentes élelmiszerek” megbízható listája, mely a Magyar Táplálékallergia és Táplálékintolerancia Adatbank gondozásában készül, a tejcukormentes diétára szorulóknak kíván segítséget nyújtani.

Irodalomjegyzék a szerkesztőségben.

Testnevelési kategóriák

A napokban vált véglegessé „A testnevelési kategóriába sorolás egészségügyi szempontjai” című összeállítás, amely a HGYE honlapján elérhető, és a közeljövőben az OALI és OGYEI közös írásos kiadványaként jut el minden alapellátó orvoshoz.

Közismert a mai fiatalok mozgáskultúrája és ennek minden következménye. A testnevelés és a gyógytestnevelés egészségügyi szempontjainak következetes és gyakorlati érvényesítésével mi, iskolaegészségügyben dolgozók is nagyon sokat tehetünk.

A gyógyítás és a testnevelés egymást segítő tényezőként fogalmazódjon meg a gyermek egészségéért tenni tudó és akaró környezetben. Minimálisra kell korlátozni a teljes felmentésben részesülők számát és a felmentés időtartamát. A fizikai aktivitás korlátozását a lehető legrövidebb ideig kell fenntartani. Aki rendszeres iskolalátogató, nagyon kevés kivételtől eltekintve, a testnevelési órákon is részt vehet, és az állapotának megfelelő aktivitást fejthet ki. A gyermekek mozgásfejlődése nem lineáris, ezért a hosszabb fizikai inaktivitás vagy akár csak fél, egy évig tartó minimális terhelés már pótolhatatlan veszteséget jelenthet. Az egészségi álla-

pota miatt korlátozott teljesítményre képes tanuló esetén is gondoskodni kell arról, hogy a testnevelés és a fakultatív sportolás eredményeként az önmagához viszonyított fejlődés folyamatos legyen.

Óvodáskorúaknál igény van a gyógytestnevelési ismeretekkel rendelkező szakemberre, elsősorban a primer prevenció, de a korrekció szükségessége miatt is. A primer prevenció a gyógytestnevelési ismeretekkel felvértezett óvónők, a korrekció pedig a gyógytestnevelők feladata.

A konkrét, egyéni szabott iskolai testnevelési gyakorlatok meghatározása az iskolaorvos, a gyógytestnevelő tanár együttes kompetenciája. Elengedhetetlen az iskolaorvosok tájékozottsága a sportorvoslás alapjaiban.

Azokban az esetekben, ahol egy-egy mozgásforma hátrányos lenne a tanulóra, a hátrányos mozgás(ok) megnevezése mellett a végezhető gyakorlatok körét is meg kell adni. Az iskolai fizikai aktivitás, a javasolt és mellőzendő mozgások megnevezésével – május 15-ig – minden egyes tanulót a számára megfelelő testnevelés-kategóriába kell sorolni. Az esetleges módosítások, illetve pótlások legkésőbb október 15-ig történjenek meg.

Együttműködve a testnevelő/gyógytestnevelő szakemberekkel, meg kell tanítani a fiatalokat

- az alapvető sportélettani ismeretekre,
- a saját szívfrekvencia mérésére, annak sportélettani értékelésére,
- a szabadidős sportolás gyakorlásának alapelveire, a sportsérülések, ártalmak elkerülésére,
- a sportolás közben fellépő és orvosi segítséget igénylő tünetek felismerésére,
- a sportolók táplálkozásának, folyadékellátásának, ásványianyag-, vitamin-, vasszükségletének fontosságára,
- az alul- és túledzés fogalmaira és tüneteire,
- a teljesítményt fokozó szerek veszélyeire.

Táblázat foglalja össze a leggyakoribb – a testnevelést befolyásoló – betegségeket, állapotokat. A javaslatok egy-egy betegségcsoportra általánosságban, majd betegségenként részletesebben fogalmazódnak meg, kitérve a kategóriára, a felmentés időtartamára, a javasolt és mellőzendő mozgásokra.

A SZERKESZTŐK NEVÉBEN ÚJHELYI JÁNOS

A CERVARIX™, a GSK méhnyakrák elleni vakcinája októbertől elérhető



A GlaxoSmithKline (GSK) bejelentette, hogy az Európai Bizottság mind a 27 tagállamra vonatkozóan jóváhagyta méhnyakrák elleni oltóanyagának (Cervarix™) forgalmazását*. Az innovatív adjuváns rendszerrel, az AS04-gyel gyártott Cervarix™ indikációja a méhnyak (cervix) humán papillomavírus (HPV) 16-os és 18-as típusa által okozott praecancerosus elváltozása (nagyfokú Cervicalis Intraepithelialis Neoplázia CIN 2. és 3. stádium), valamint a méhnyakrák prevenciója. Az indikáció 10–25 éves lányokon és nőknél végzett klinikai vizsgálatok adatain alapul.^{1,2}

A Committee for Medicinal Products for Human Use (CPMP) véleménye közel 30 000 nő részvételével végzett klinikai vizsgálatok adatain alapul, amelyek kiváló hatásossági és immunogenitási adatokkal szolgáltak. A dokumentum részei:

- A méhnyakrák elleni vakcina eddigi legnagyobb, 3. fázisú hatásossági vizsgálatának adataiból³ – a post hoc analízis alapján** – kiderül, hogy a Cervarix™ 100 százalékos védelmet biztosít azon praecancerosus (CIN2+) elváltozások ellen, amelyek hátterében a humán papillomavírus 16-os vagy 18-as típusával történt fertőződés áll. Ezek a vírustípusok felelősek globálisan az összes méhnyakrák-eset több mint 70 százalékáért.⁴ A tanulmányból az is kiderült, hogy a Cervarix™ általánosan jól tolerálható.
- Hosszú távú klinikai vizsgálati adatok, melyek alapján a Cervarix™ 100 százalékban tartós védelmet biztosít 5,5 évvel az oltás után.¹ A védelem

tartóssága különösen fontos, hiszen a nők életük során bármikor fertőződhetnek a vírussal.

- Az immunogenitási vizsgálatok adatai, melyek szerint a Cervarix™ jelentős immunogén hatása széles életkori határok között fennáll, és magas antitestszintet biztosít a 10–55 éves nők számára.^{1,2,5}

ÚJ ADJUVÁNS RENDSZER

A Cervarix™ része az új, saját fejlesztésű, AS04 nevű adjuváns rendszer, amelynek feladata, hogy erősítse az immunválaszt, és növelje a rákot okozó vírustípusok elleni védelem időtartamát.

A publikált adatokból kiderül, hogy az ezzel az adjuváns rendszerrel előállított Cervarix™ erősebb és tartósabb immunválaszt vált ki, mint ugyanaz az oltóanyag a hagyományos alumínium-hidroxid adjuvánsal.⁶

A CERVARIX™ TÖRZSKÖNYVEZÉSI ELJÁRÁSÁRÓL

A Cervarix™ európai uniós indikációja a méhnyak (cervix) humán papillomavírus (HPV) 16-os és 18-as típusa által okozott nagyfokú intraepithelialis neopláziájának (CIN 2. és 3. stádium), valamint rosszindulatú daganatának megelőzése.⁷

2007 májusában a Cervarix™ megkapta Ausztráliában az első nagy piacra érvényes forgalmazási engedélyt a TGA-tól (Therapeutic Goods Administration) a 10–45 éves nők körében a humán papillomavírus 16-os és 18-as típusa által okozott méhnyakrák és rák megelőző állapotok prevenciója indikációval.⁸ Ez volt az első alkalom, hogy bárhol a világon ilyen egyértelmű indikációval fogadtak el méhnyakrák elleni vakcinát a 26 év feletti nők körére vonatkozóan.

A széles korosztályban vizsgált oltóanyag forgalmazását szeptember végén engedélyezték az Európai Unióban. Magyarországon a termék a többi európai országgal egy időben, októbertől elérhető a patikákban. A védőoltás vényköteles, nem támogatott. A készítményt bármely orvos (nőgyógyász, háziorvos, gyermekorvos) felírhatja.

Hivatkozások

- 1 Gall SA, et al. Substantial impact on precancerous lesions and HPV infections through 5.5 years in women vaccinated with the HPV-16/18 L1 VLP AS04 candidate vaccine. Presented at the American Association for Cancer Research (AACR) annual meeting, 14–16 April 2007 (abstract no. 4900)
- 2 Rombo L, Dubin G. Long-term safety and immunogenicity of a cervical cancer candidate vaccine in 10–14-year-old adolescent girls. Presented at the European Society of Paediatric Infectious Diseases (ESPID) annual meeting on 2–5 May 2007
- 3 Paavonen, J., Jenkins, D., Bosch, X., et al. Efficacy of a human papillomavirus (HPV)-16/18 L1 virus-like particle (VLP) AS04 vaccine: a phase III randomized, controlled trial in young women. The Lancet 2007; 369: 2161–2170
- 4 Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, Diaz M, de Sanjose S, Hammouda D, Shah KV, Meijer CJLM. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. Int J Can 2004; 111: 278–285
- 5 Schwarz T, Dubin G, et al. Human Papillomavirus (HPV) 16/18 L1 AS04 Virus-Like Particle (VLP) Cervical Cancer Vaccine is Immunogenic and Well-Tolerated 18 Months After Vaccination in Women up to Age 55 Years. Presented at ASCO Annual Clinical Meeting, 1–5 June 2007 (abstract no. 3007)
- 6 Giannini SL, et al. Enhanced humoral and memory B cellular immunity using HPV16/18 L1 VLP vaccine formulated with the MPL/aluminum salt combination (AS04) compared to aluminum salt only. Vaccine 2006 24: 5937–5949
- 7 Approved European Cervarix Product Information – September 2007
- 8 Approved Australian Cervarix Product Information – May 2007
- 9 Ferlay J, Bray P, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Available at: GLOBOCAN 2002. Accessed September 20, 2005
- 10 Gravitt PE, Jamshidi R. Diagnosis and management of oncogenic cervical human papillomavirus infection. Infect Dis Clin North Am, 2005; 19:439–458
- 11 Castle PE, Schiffman M et al. A prospective study of age trends in cervical human papillomavirus acquisition and persistence in Guanacaste, Costa Rica. J of Infect Diseases 2005; 191: 1808–1816
- 12 de Villiers E, Fauquet C, Broker T, Bernard H, zur Hausen H. Classification of papillomavirus. Virology 2004; 324: 17–27

* Az EU forgalmazási hatósága által most megadott engedély érvényes lesz Izland, Norvégia és Liechtenstein területén is.

** Ebben a vizsgálatban, amelyben kezdetben egyéb onkogén humán papillomavírussal fertőzött és kóros, de enyhe stádiumú citológias lelettel rendelkező nők is részt vettek, a CIN2+ stádiumú, HPV 16/18 DNS pozitív elváltozással rendelkezők körében 90%-os hatásosságot mutattak ki. A CIN2+ elváltozások nagy része többféle HPV-típussal volt összefüggésbe hozható. Egy további elemzésben (amely figyelembe vette az onkogén HPV-fertőzésnek a lézió kialakulása előtti meglétét is), a HPV 16/18-as típusal oki összefüggésben álló CIN2+ elváltozások ellen a hatásosság 100 százalékos volt.³



A gyógyszerrendelés büntetéséről

Az ország alapellátó orvosai 2007 májusa óta minden hónapban megkapják a „Gyógyszercsoportonkénti kimutatás a társadalombiztosítási támogatásról” című táblázatot. A táblázat – a 17/2007. (II.13.) Kormányrendelet alapján – értékeli, hogy az orvos mennyi olyan gyógyszert rendel, ami a figyelt 35 gyógyszercsoport valamelyikébe tartozik, és mennyiben tér el a felírt mennyiség az országos átlagtól. A differencia kiszámítását egy bonyolult képlet „segíti”, és a jogszabály egy szankciórendszert is felállít, mely az eltérés mértéke szerint a finanszírozás növekvő arányú (10%-ig terjedő) visszavonásával bünteti az orvost.

Az első hónapok tapasztalatai azt bizonyították, hogy a kevesebb gyógyszert rendelő orvos – a házi gyermekorvosok többsége – könnyebben esik át a büntethetőség határán, mint a sok gyógyszert rendelő. Ez valószínűleg a bonyolult matematikai képlet hibája.

A miniszterhez és az OEP Gyógyszerügyi Főosztálya vezetőjéhez írt levelünk-

ben utaltunk arra is, hogy nem érezzük helytállónak azt, hogy a házi gyermekorvosok gyógyszerfelírási gyakorlatát a háziiorvosi rendszerrel vetik össze. Javasoltuk, hogy a gyermekorvosokat gyermekorvosokkal hasonlítsák össze, és a szakorvosi javaslatra történő gyógyszerrendelést hagyják figyelmen kívül. Erre két alkalommal lefolytatott médiavitát követően az a válasz érkezett, hogy a jogszabály módosításra kerül a tapasztalatok levonása után.

A következő hónapok adatainak értékelését követően ismét jeleztük a miniszternek és az OEP-nek, hogy a standardok nem igazak a házi gyermekorvosi ellátásban, a házi gyermekorvosi gyógyszerrendelés adatait értelmetlen a háziiorvosi rendszert jellemző adatokkal összevetni. Ismét kértük, hogy a pénztár a házi gyermekorvosokra vonatkozó országos átlagokat az országban dolgozó 1583 házi gyermekorvos gyógyszerrendelési szokásainak összesítése alapján képezze ki.

Mivel úgy tűnt, hogy a szankcionálás már igen ki eltérésnél is számottevő lesz,

azt javasoltuk, hogy ezt csak nagyobb arányú eltérésnél léptessék életbe. Nyomatékosan kértük, hogy vegyék figyelembe a praxisok létszámát, a krónikus betegségek jellegét, azok gyógyszerigényét, illetve, hogy a szakorvosi javaslatra rendelt gyógyszerek ne a mi listánkat terheljék. Elfogadhatatlannak tartjuk, hogy a családk számára (pro familia) írt receptek is negatívan befolyásolják a gyermekorvosi praxis értékelését.

Itt tartottunk, amikor megérkezett az újabb jogszabály-módosítás, ami már csak a 2% feletti eltérést szankcionálja, de a házi orvost és házi gyermekorvost továbbra is egyben kezeli. Ez számunkra továbbra is elfogadhatatlan. Reméljük, hogy 2008 márciusáig – amikortól a büntetés életbeléptetését tervezik, sikerül a megfelelő jogszabály-módosítást kiharcolni.

HUSZÁR ANDRÁS, MUZSAY GÉZA



Megőrizzük-e?

Érdemes-e a születendő gyermek köldökzsinórvérét eltenni „rosszabb időkre”? A problémát Amerikai Gyermekorvos Társaságnak a Pediatrics 2007. januári számában megjelent állásfoglalása tárgyalja.

CSONTVELŐ-TRANSZPLANTÁCIÓ

Számos olyan hematológiai, immunológiai, genetikai, anyagcsere- és onkológiai betegség létezik, amelynek során az őssejt-transzplantáció életet menthet. Ez történhet autológ vagy allogén, csontvelői vagy perifériás őssejtekkel. Allogén transzplantáció esetén a vér szerinti testvér a legjobb donor, de 25%-nál nem nagyobb az esélye annak, hogy ilyen donor található a családban. Sokkal nagyobb az esélye annak, hogy a csontvelőbankban tárolt – az USA-ban mintegy 7 millió – potenciális idegen donor egyike alkalmas lesz.

A köldökzsinórvérben található embrionális őssejtek – még nem teljes HLA-azonosság esetén is – alkalmasak sikeres transzplantációra. Az elmúlt években mintegy 5500 transzplantáció történt köldökzsinórvérből nyert őssejtekkel. Az egyéves túlélés testvér donor esetén 75–90%, míg idegen donor esetén 40–80%. A köldökzsinórvérből nyert őssejt előnye, hogy könnyen hozzáférhető, a vérrrel terjedő betegségek (hepatitis, AIDS stb.) kevésbé fordulnak elő ilyen esetben, és kisebb a graft versus host reakció rizikója. Sikertelen beavatkozás után ugyanattól a donortól másodszor már nem adható őssejt. Bizonyos, örökklődő betegségek génjeit a tárolt őssejtek hordozhatják.

Jelenleg nehéz megítélni annak a valószínűségét, hogy a saját őssejtekre a jövőben szükség lesz-e. A számítások nagy szórást mutatnak, az esélyt 1:1000, de inkább 1:200 000 között adják meg.

A problémát még tovább bonyolítják a következők: a köldökzsinórvérben már számos esetben kimutattak olyan „alvó” leukémiás sejteket, amelyek csak évek múltán aktivizálódtak és manifesztálódtak gyermekkori leukémia formájában. A köldökzsinórvérből nyert őssejtek genetikai manipulációja után történt őssejt-transzplantáció súlyos kombinált immundeficienciában az ellenálló képesség javulásához vezetett. Néhány esetben azonban

a génterápiát követően akut leukémia lépett fel, ezért ezek a kezelések jelenleg szünetelnek. És végül az sem biztos, hogy 20–30 év elteltével a lefagyasztott őssejtek még használható állapotban lesznek.

A transzplantáció sikere a bevitt őssejtek mennyiségétől függ, a köldökzsinórvérben pedig – miután a begyűjtött vérmennyiség sem sok – csak viszonylag kevés őssejt található. Ezért ezek az átültetések többnyire gyermekeknél történtek. Ma 30 kg-os testsúly körül van a határ. Felnőtteknél is használtak már köldökzsinórvér-őssejteket, ilyenkor több donor vérből nyertek elegendő számú sejtet. Ez az eljárás még nem tekinthető széles körben elfogadottnak.

BIOLÓGIAI BIZTOSÍTÁS?

Az utóbbi években számos nonprofit köldökzsinórvérbankot alapítottak, ahol a donorok köldökzsinórvérét gyűjtik, lefagyasztják, tárolják, különböző betegségekre szűrik, és hozzáférhetővé teszik az azt igénylő betegek számára. Tevékenységüket nemzetközileg az Eurocord alapítvány koordinálja. Számos olyan nyereségorientált őssejtbank is létezik azonban, ahol a szülők az újszülött köldökzsinórvérét saját, esetleges későbbi felhasználásra – jelentős pénzért – tároltathatják, mintegy „biológiai biztosítás”-ként. E bankok léte számos etikai kérdést vet fel. A szülők természetesen leendő gyermekük egészségéért mindent meg akarnak tenni, és különösen fogékonyak az ilyen információra a szülést közvetlenül megelőző időszakban. Ha nem kapnak korrekt tájékoztatást a felhasználás esélyeiről, ha valaki anyagi vagy egyéb módon érdekelt a levételben, ha a szülés normális menetét a vérlevétele miatt megváltoztatják, ha a megőrzés nem elfogadott standardok szerint történik stb., akkor ennek súlyos anyagi, etikai vagy egészségügyi következményei lehetnek. Jellemző, hogy tudomásunk szerint eddig még nem történt olyan transzplantáció, amelynél privát köldökzsinórvérben őrzött készítményeket használtak volna autológ átültetésre.

AZ AMERIKAI GYERMEKORVOS TÁRSASÁG AJÁNLÁSA

- Saját célra, későbbi felhasználásra szolgáló köldökzsinórvér megőrzése nem

ajánlott, ezt nem kell bátorítani. Ez alól kivételt képeznek azok a családok, akiknél egy előző gyermek olyan betegségben szenved, amelyben az őssejt-transzplantáció a kezelés egyik alternatívája (pl. leukémiás gyermek születendő testvéreinek vére). A gyermekorvosoknak tisztában kell lenniük azzal a nyomással, amelyet a profitorientált őssejtbankok gyakorolnak a szülőkre, gyógyulást ígérve mindenféle későbbi betegségre.

- Támogatni kell azonban azt, hogy a köldökzsinórvért összegyűjtsék bárkinek, akinek erre a későbbiekben szüksége lehet. Különösen fontos ennek hangsúlyozása a különböző etnikai minoritások esetén, hiszen például egy indián, vagy eszkimó gyermek számára alig találni idegen donort a csontvelőbankokban. A szülőket tájékoztatni kell, hogy a levett vér saját célra a továbbiakban nem használható. Tudniuk kell azt is, hogy a vért számos fertőző és genetikai betegségre tesztelik, és az eredményről értesítik őket.

- Miután jelenleg a saját célú – autológ – köldökzsinórvér gyűjtése mellett nem szólnak megalapozott érvek, a felhasználás valószínűsége kicsiny, és miután allogén transzplantációhoz megfelelő őssejtek viszonylag könnyű találni, a köldökzsinórvér tárolását mint „biológiai biztosítást” a szerzők nem javasolják. A nonprofit köldökzsinórvérbankokra viszont szükség van, de ezeket nemzeti akkreditációnak kell alávetni, szigorú szabályok szerint.

HAZAI HELYZET

Mindenki számára hozzáférhető köldökzsinórvérbank (mint a működő csontvelőbank) hazánkban még nem létezik. Számos magánvállalkozás foglalkozik azonban köldökzsinórvér tárolásával, pénzért. Ezek hirdetéseit az interneten mindenütt megtalálni, a költségek 350 000–400 000 forint körüliek. Tevékenységük engedélyezett, némelyik közülük „rokon” bankként funkcionál, vagyis a már megbetegedett testvér számára tárolja a köldökzsinórvért. A többiek azonban autológ célra gyűjteneik, így a köznek vajmi kevés, a vállalkozásnak annál több hasznot hajtanak.

Praxisok

- Dél-budai 1100 kártyás gyermekorvosi praxis eladó, 2008. második félévi átadással. Tel.: 06/30-296-5226.
- 550 kártyás házi gyermekorvosi praxis Budapesten, a XIII. kerületben eladó. Érdeklődni lehet: Mediconsult Kft., 06/1-339-3704-es telefonszámán.
- Budapesti agglomerációs kisvárosban 1200 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni 19 és 20 óra között a 06/30-648-6209-es telefonon lehet.
- Budapest környékén, területi ellátási kötelezettséggel működő, 800 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet: a Mediconsult Kft. 06/1-339-3704-es telefonszámán.
- Nyugdíjas gyermekorvos helyettesítést vállal Budapesten vagy Veszprémben, illetve ezek vonzáskörzetében. Tel.: 06/30-237-3656.
- Baranyában, jó korösszetételű 840 fős, évi 10 millió forintos MEP-finanszírozott gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet este 20 óra után a 06/69-368-134-es telefonon.
- Herenden, 940 fős gyermekorvosi praxisjog eladó. Havi finanszírozás 815 000 Ft. Központi orvosi ügyeleti díj: 3 000 Ft/óra. Ára: 2,5 millió Ft. Tel.: 06/70-333-6059.
- Szombathelyen jól felszerelt gyermekpraxis eladó. Központi ügyelet van. Érdeklődni a 06/30-618-7295 vagy a 06/94-319-484-es telefonon lehet.
- Veszprémben házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a 06/30-957-1427 vagy 06/30-956-3182-es telefonon lehet.

„Gyakorlati gyermekurologia” címmel a Heim Pál Gyermekkórház urológiai osztálya gyermekgyógyászok, urológusok, gyermeksebészek részére ingyenes tanfolyamot szervez

2008. január 26-án, szombaton 9-től 14 óráig
a Heim Pál Gyermekkórházban.

A tanfolyamon elhangzó 20 perces előadások a gyermekurologiai betegségek tüneteit, az UH, a CT, az MR szerepét, a magzati urológiai betegségeket, a veleszületett húgyszervi obstrukciók ellátását, a vesicoureteralis refluxot, a gyermekurologiai betegek gondozását, a fiúk és lányok külső nemi szerveinek betegségeit ismerteti.

*A továbbképzés tesztírással zárul.
A sikeres vizsga pontértéke 8 kreditpont.*

Jelentkezési határidő: 2007. december 15.
Jelentkezni lehet: merksz@heimpalkorhaz.hu címen,
vagy a 06/1-459-9115, 06/30-265-4356-os telefonszámon
dr. Merksz Miklósnál.

Szívátültetés a Gyermekszív Centrumban

A Gottsegen György Országos Kardiológiai
Intézet Gyermekszív Centrumában
dr. Ablonczy László vezetésével megtörtént
az első hazai, gyermekén végzett szívátültetés.

Gratulálunk
dr. Szatmári András csapatának!

Házi Gyermekorvosok Egyesülete



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

Honlap:
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, e-mail: mediconsult.kft@chello.hu

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



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: Nemes János Belső fotók: Szamosi János

