

Paranoia?

„Ha nincs vizitdíj, nincs mit kompenzálni.” – ezzel indult és ezzel zárult az a rövid megbeszélés, amit az államtitkár hívott össze, válaszul arra a kérésünkre, hogy továbbra is megkapjuk a költségvetésből számunkra elkülönített kompenzációt.

A kezdő meg a záró mondat árnyékában elhangzott valakitől egy megjegyzés. Hogy úgy tűnik, a házi gyermekorvosok paranoiások, mindig valami háttérbe szorított helyzetről beszélnek. A paranoiát kikértük magunknak és azt válaszoltuk, sajnáljuk, hogy tárgyalópartnereink nincsenek tisztában a realitásokkal.

Azzal, hogy bár lassan tizenöt éve mondjuk, még sincs látható jele annak, hogy az arra hivatottak komolyan vennék, amit állítunk, hogy a gyermekgyógyászat fejlődése nagyon más feladatokat ró a ma házi gyermekorvosára és nagyon más tudást vár el tőlük, mint a 80-as évek körzeti orvosától. Hogy a korszerű kihívásoknak a gyermekorvosok magasabb szinten képesek megfelelni, mint a más feladatra kiképzett háziorvosok. Vagyis hiába mondjuk, hogy a leginkább rászoruló 30%-nyi gyerek számára meg kell próbálni az egyenlőhöz közelítő esélyeket teremteni, vagy azt, hogy a változó feladatok változó ellátási szisztémát követelnek.

Miért lenne paranoia az, ha állítjuk, hogy közel kétmillió gyerek jó ellátását támogatás nélkül, egyszál magunkban nem tudjuk megszervezni. Nem tekinthető ugyanis támogató feltételrendszernek az, ha mindössze két házi gyermekorvosra hárul a területi gyermekegészségügy érdekeinek védelme a gyermekgyógyászati kollégiumban, vagy egyetlenre a háziorvosi kollégiumban. A többi 20–22 tag vagy a kórházi, klinikai, vagy a felnőtt-alapellátás gondjaival van elfoglalva. Bennünket akarnak elhallgattatni a paranoia hamis diagnózisával, miközben üres lózunggá válik minden nemzetre fényezett egészségügyi program? Hová tűnt, hogy mást ne mondjak, a hangzatos nevű Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program? Mivé vált az elkészítésébe fektetett energiánk? Hol vannak a javaslataink? És hol a hitünk, a bizalmunk, a gyermekgyógyászat, a területi munka, a gyerek megbecsülése? Hová vonuljunk még vissza? Nyugdíjba? Ugyan már! Fogalmuk sincs arról ott fent, hogy mi van itt lent!

Lehet a „paranoiánkra” legyinteni, meg lehet úgy is tenni, mintha komolyan vennének bennünket. De a felelős lépés mégiscsak az lenne, ha a szülőköröség, a tehetetlenség, a mocsokoldó demagógia helyett végre a pártok és kormányok, az önkormányzatok és kollégiumok is a gyerekek valós érdekeire koncentrálnának. Ennek során pedig kompenzálhatnák végre azt az elmaradást is, ami a karbantartás és a fejlesztés hiánya miatt a gyermekorvosi alapellátást már évtizedek óta sújtja.

Káldi Ferenc

TARTALOM

- Változó biztosítás 2–3
- Kétezres praxisok 5–7
- Mit csinálnak? 8
- Levegőt! 9
- Gyermekszegénység 10–11
- Kávészünet-10 13
- Egészség és gazdaság . . . 15
- Nincs összefüggés 16
- Tömeges elhízás 17
- Ki hová? 18
- Ha túllépjük az átlagost . . 19
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2008-ban:



A többpénztáros rendszer és a házi gyermekorvosi ellátás

Huszár András



Bár a népszavazás eredménye elriaszította a befektetőket a biztosítási piactól, az elfogadott törvény még úgy szól, hogy Magyarországon egységes nemzeti kockázatközösségen (és szolidaritáson) alapuló, többpénztáros, egybiztosítós rendszer alakul. Induljunk ki ebből.

A megyei szint számít egységnek, de a középső régióban négy pénztár létrehozását tervezik, melyekben a befektető 49, az állam pedig 51%-os tulajdonnal rendelkezik. Nem ismert még, hogy a menedzsment irányítási szerepébe milyen szintű beleszólást kap a kisebbségi tulajdonos, ez a politikai egyeztetések hangsúlyozott részét és a pénztárakkal történő megbeszélések egyik legfontosabb tárgyát képezi. A lakosság toborzás, illetve területi elv alapján kerül majd a biztosítóhoz.

Ismeretes a biztosításfinanszírozás és az ellátórendszer szoros összefüggése. A reformok kapcsán a politika a könnyebb ellenállás felé ment, és először az ellátórendszer, pontosabban annak egy nélkülözhetetlen szegmensének, a kórházi ellátásnak a struktúráján változtatott. Ennek nem teoretikus, hanem politikai oka volt. A kórházi reform ugyanis (elvileg) csak a kórházi ellátást igénybevevőket érinti, a biztosítási rendszer változtatása viszont már rögtön az elején valamennyi járulékfizetőre kihat. Míg az ellátási struktúra

változtatása inkább szakmai kérdéseket, addig az egész rendszer átalakítása már társadalmi méretű, azaz politikai kérdéseket vet fel. Más kérdés, hogy eredményesség szempontjából valószínűleg a kettő egyidejű változtatása hozta volna a legjobb eredményt, és megint más, hogy nekünk magyaroknak már a szakmai megoldásokat is „sikerült” rögtön az elején politikai síkra terelni.

A kórházi rendszer szerkezete mostanra nagyjából kialakult és legfeljebb, mint minden új, igazításokra szorul. A járóbeteg-, és különösen az alapellátás reformjáról viszont nem sokat hallottunk. Bizonyos, hogy mindkettő fejlesztésre szorul, de legalábbis számunkra bizonytalan, hogy mi lesz a rendező elv. Jogos a félelem, hogy szakmai meggondolások helyett a finanszírozás szempontjai jutnak meghatározó szerephez.

RÖVID VAGY HOSSZÚ TÁVBAN GONDOLKODIK A BIZTOSÍTÓ?

A házi gyermekorvosi rendszer egyenlőtlensége nélkülözhetetlenné teszi a jelenlegi rendszer felülvizsgálatát. A jelenlegi helyzet áttekintésekor el kell különítenünk a biztosítási rendszerrel kapcsolatba hozható, és az attól független, a magyar egészségügy évtizedes problémáival összefüggő anomáliákat. Évtizedek óta görgetjük magunk előtt a házi gyermekorvosi ellátás

igazságtalan megoszlását, gazdaságtalan működését, megalázó bérezését, humánpolitikai rendellenességeit. Képes lesz-e ezeket, vagy éppen a gyermekorvosi alapellátás előtt Európa-szerte is tornyosuló feladatokat a biztosítási rendszer megváltoztatása kezelni? És képes lesz-e a szakma, az egészségpolitika, az érdekvédelem a változások által generált nehézségeket leküzdeni?

Az új biztosítási rendszer 2009-től indul. Kérdéses, hogy a kormányzat milyen reformelképzeléseket támogat addig? És mennyire illeszkednek azok az esetleges biztosítói elképzelésekhez? Érdeke lesz-e a biztosítóknak a gyermekellátás szerkezetváltása? Miért lenne az? Mert hosszú távon érdeke, hogy egészséges, magas egészségkultúrájú, egészségtudatos, jól gondozott generációt vegyen át a felnőttellátás? Ha a kérdésre igen a válasz, akkor valóban érdekében áll egy hatékony, jól működő, eredményesen dolgozó gyermekellátó rendszer. De hosszú távon gondolkodik-e egy újonnan megjelenő – akár-hogy is csűröm-csavarom – profitérdekelt biztosító? Vagy ha úgy jobban tetszik, pénztár?

VAN-E KIDOLGOZOTT KONCEPCIÓ?

Egyelőre semmi jele annak, hogy az alakuló pénztárak tisztában lennének a gyermekellátás speciális gondjaival, feladataival, a megelőzés rendkívüli lehetőségeivel. Ahogy eddig az országos és egyetlenny, úgy a születő megyei vagy területi pénztárak sem mutatnak érdeklődést ennek a korosztálynak a jellegzetes ellátási problémái iránt. Nemhogy keresnének bennünket, kifejezetten elzárkóznak megkereséseink elől. Félő, hogy nagy elődjükhöz hasonlóan ők is csak biztosított darabok tömegének tekintik a választások idején egyébként „jövők zálogának” nevezett korosztályt. Ha ugyanis valóban értenék azt, hogy mit jelent az, hogy a gyermek befektetés a jövőbe, nem lenne kétséges számukra, hogy a megelőzésbe, a 18 évig tartó gyermekorvosi szakalapellátásba, az elmaradt régiók ellátásának fejlesztésébe érdemes beruházni. Hogy kistérségi praxisokban, egészségügyi, urambocsá' gyermek-egészségügyi központokban kell gondolkodni ott, ahol ma a korszerű gyermekellátáshoz kevésbé értő vegyes

praxisokra bízzák a ráadásul nagyobb megbetegedési veszélynek kitett gyermekeket. Hogy fejleszteni, javítani, hatékonyra kell tenni az ellátást ott is, ahol ma kihasználatlanul vagy pazarlóan működik a házi gyermekorvosi szolgálat.

Nemrégiben kiírták az ellátórendszer reformját szolgáló pályázatokat. Ezek azonban nem tükrözik átfogó koncepcióváltást. Az önkormányzatok összefogásával létrehozott kistérségi központok vagy társult praxisok létrehozása megalapozott ajánlások hiányában nem válhat általánossá. Az ellátószervezet átalakítása így csak véletlenszerű lehet, egységes és esélyegyenlőséget teremtő változások ilyen módon nem várhatók.

A pénztárak és a szakma között ma nemhogy az együttműködés, de még a kapcsolatfelvétel is hiányzik. Féltő, hogy okkal tartunk a rövid távú gondolkodástól és következményeitől. Hogy a pénztárak „kifalcolnak” a prevenció csak hosszú távon megtérülő feladatai elől, hogy fenntartják a „vegyes” házi orvosi ellátást, sőt ott is vegyes praxisokba „terelhetik” a gyereket, ahol ma még gyermekorvoshoz tartoznak. Hogy csak akkor tesznek egységesen lépéseket a 18 éven aluliak gyermekorvosi alapellátására, ha erre kormányzati intézkedés kényszeríti őket. Amire ma nem sok esélyt látok.

LESZ-E VERSENY?

A szolgáltatókról egyelőre kevés szó esett. Annyi azért bizonyos, hogy a pénztárak kötelesek szerződni azzal a házi orvosi vagy házi gyermekorvosi praxissal, amelyet a pénztártag választott. Ezek szerint (egy átmeneti időszakban?) minden jelenlegi szolgáltató szerződést kap, ami a kezdetekben az ellátás biztonságát szolgálja. A megjelent koncepció és törvénytervezet azonban nem titkolja, hogy felesleges, gazdaságtalanul működő, a biztosítók számára ráfizetéses szolgáltatókra

nincs szükség, ami egyértelműen utal egyrészt arra, hogy az ellátórendszer racionalizálását, a kórházi ágyak számának további csökkentését a pénztárak fogják befejezni, másrészt pedig arra, hogy a szolgáltatók (és közöttük az alapellátók) versenyre kényszerülnek. Legfeljebb azt nem tudjuk, mikor.

Ne legyen félreértés, nem a versenytől félek. A szolgáltatói verseny kialakulása lehet a jobb minőség lényeges feltétele. A minőségügyi rendszer azonban ma még nem működik. Hiányoznak a minőséget jellemző mutatók. A kérdéskörrel számos szervezet és intézmény foglalkozik, de igazi gazdája nincs. Indikátorok nélkül pedig a verseny értékelése lehetetlen, ahhoz hasonló, amikor a futóversenyt záró célszalag hiányában maguk a versenyzők sem tudják, hogy ki nyert, ő maga hányadiknak érkezett és egyáltalán, hol is van a befutó...

Nem vezethetjük félre magunkat azzal, hogy a magas szintű szakmai munka, a jól szervezett ellátás, a „racionalizálás”, a verseny az „egy vagy több biztosító” dilemma-jához kapcsolódik. Érdeke ez akár egy országos egészségpénztárnak, de bármely más biztosítónak is, sőt magának a szolgáltatóknak vagy a biztosítottaknak is. Legfeljebb nem mindig ismerik fel. A jobb munkáért jobb árat várunk. Tartok azonban attól, hogy a pénztárak minél olcsóbban akarnak majd minél több szolgáltatást vásárolni. Alacsony szolgáltatói árakra törekednek, aminek logikus eszköze lehet, ha úgy törik le az árakat, hogy kevesebb, de kiszolgáltatottabb szolgáltatóval kötnék szélesebb körű szolgáltatásra szerződést.

BIZALMATLANOK VAGYUNK

Az árharc, a megfelelő színvonalú ellátás és az ahhoz szükséges szolgáltatói létszám közötti egyensúly kialakítása az érintettek rendkívüli és ma szinte teljessé-

gében hiányzó együttműködését igényli. A megoldásban lényeges szerepe lehetne a Regionális Egészségügyi Tanácsoknak, de rendszerszerű kapcsolatuknak a potenciális befektetővel még semmi jele.

Itt kell kitérnünk az önkormányzatokra. Bár a szolgáltató, a szolgáltatást vásárló és a finanszírozó háromszögében rendszeridegennek tűnnek, a kétharmados törvények mozdíthatatlansága miatt az ellátórendszer alakításában továbbra is jelentős szerepük lesz. Az ellátás felelőssége ugyanis változatlanul az övék. Fennáll azonban a veszélye annak, hogy annak a pozitív irányú koncepciónak, mely szerint a biztosítónak joga lesz nyeresége terhére fejleszteni, negatív hozadéka is lehet. Ahhoz hasonlóan ugyanis, ahogy feladatátruházási szerződésekkel már eddig is számtalanszor hárítottak önkormányzati feladatot szolgáltatóra, reális esélye van annak, hogy szabadulóművészként láncokat a pénztárak nyakába akasztva a mainál is jobban elhanyagolják a rendelők fenntartására vonatkozó kötelezettségeiket. Ennek ellenére manapság az ellátórendszer bármely változtatásához szükség van az önkormányzat egyetértésére, ami arra kényszeríti a biztosítót (pénztárt), hogy partnerének tekintse.

Ebben az esetben viszont nem biztos, hogy ok nélkül tartunk attól, hogy szövetségük akár a szolgáltató ellen is irányulhat. Szeretnénk hinni minden szereplő jó szándékú együttműködésében. De több évtizedes hazai tapasztalataink alapján vannak kétségeink, mondhatni bizalmatlanok is lehetünk. Ezért fújunk most riadót. Mert egyénekenként, egyedül szembe szállni egy önkormányzattal is megerősített biztosítóval, nem sok esélyt ad egy házi gyermekorvosnak. Nagyobb szükség lesz ezért az összefogásra, a többfrontos érdekvédelemre, mint eddig, a ma már szinte konszolidáltak tekinthető közel-múltban volt.

GRATULÁLUNK KITÜNTETETT KOLLÉGÁINKNAK!

Március 15. alkalmából a köztársasági elnök

az első, gyermekeken végzett sikeres szívátültetés elismeréseként a műtéti team tagjai közül

dr. Szatmári Andrásnak, a gyermek-szívközpont szakmai igazgatójának a **Magyar Köztársasági Érdemrend Lovagkereszt**, **dr. Hartyánszki István** főorvosnak és **dr. Ablonczy László** adjunktusnak a **Magyar Köztársaság Arany Érdemkereszt**, **dr. Bodor Gábor** adjunktusnak, **dr. Héthársi Balázs** főorvosnak, **dr. Oprea Valéria** főorvosnak, **dr. Sági Erzsébet** főorvosnak a **Magyar Köztársaság Ezüst Érdemkereszt** állami kitüntetését adományozta.

A **Magyar Köztársaság Ezüst Érdemkereszt** állami kitüntetésben részesült:

dr. Kálmán Mihály (Budapest, IV. kerület) és **dr. Csentey Szabolcs** (Siófok-Balatonkiliti) házi gyermekorvos.

Széchenyi-díjat kapott **Schuler Dezső**, a Ssemelweis Egyetem II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika ny. egyetemi tanára

Kétezres praxisok?

Vitaanyag

Kálmán Mihály

Milyen jövő vár a gyermekorvosi alapellátásra? Hogyan változnak az előttünk álló feladatok? Lesz-e elég gyermekorvos Magyarországon? Amikor e kérdésekre választ keresünk, a gyermekorvosi alapellátás jelenlegi helyzetéből kiindulva meg kell vizsgálnunk azokat a folyamatokat, amelyek hatással lehetnek a gyermekorvosok iránti szükségletre. E szempontok figyelembevételével lehet felvázolni a házi gyermekorvosi rendszer jövőképét, struktúráját.

Az utóbbi évtizedekben megváltozott a gyermekgyógyászat, megváltoztak a morbiditási viszonyok, és most küszöbön áll az egészségügyi finanszírozás változása is. Jelentősen és folyamatosan csökkent a születések száma. Ezek a változások a területi gyermekorvosi ellátás rendszerére is egyre erőteljesebben hatnak.

Változtatásokat igényel a házi gyermekorvosi praxisok „piacának” fokozatos ellehetetlenülése is. Végso ideje, hogy olyan struktúra alakuljon ki, amely a benne dolgozóknak méltó szakmai és egzisztenciális lehetőségeket, pályaképet, az aktív munkából távozóknak pedig tisztességes visszavonulást biztosít. A biológia törvényeiből következő spontán folyamatok tétlen elviselése veszélybe sodorhatja az egész házi gyermekorvosi rendszert.

KERESLETET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Demográfiai trendek

A fejlett országok sokszor hangoztatott gondja a csökkenő születésszám és a gyermekkorúak népességben belüli arányának csökkenése, az idősök felé eltolódó korfa. Nehezen vitatható, hogy ez az egészségügyi ellátóhálózatra és így a munkaerőpiac keresleti oldalára is hatással van. A tervezésnél azonban csak ezt az egyetlen tényezőt figyelembe venni, és ennek alapján kijelenteni, hogy csökken a gyermekek száma, ezért csökkenteni kell a házi gyermekorvosi ellátáshoz szükséges gyermekorvosi létszámot is, elnagyolt megközelítése a problémának. A sok vagy kevés kérdésért ugyanis még számos, a továbbiakban részletezésre kerülő tényező elemzésével lehet megítélni.

A 2020-ig tervező Egészségfejlesztési Konceptió a 14 év alatti korcsoport csökkenő népességbeli részesedésével számol. A csökkenő gyermeklétszám és az őket ellátó házi gyermekorvosok változatlan

számaránya mellett nem javult azonban az utóbbi években a gyermek- és fiatalok ellátási aránya. Ha a gyermekek igényeit kielégítő egyenlő hozzáférés megteremtését valóban komolyan vennék, akkor a jelenlegi struktúrában közel 2 millió 18 év alatti gyermek ellátásáról kellene a gyermekorvosoknak gondoskodni. Ez a lakosság közel 20 százaléka. Ezzel szemben a hálózat abszolút számban évről évre kevesebb gyermeket lát el, pedig ebben a demográfiai helyzetben a praxisok számának állandóságát kihasználva javítani lehetett volna az ellátási arányokon. Ez a mulasztás, amellyel, hogy továbbra is fenntartja a gyermekorvoshoz jutás egyenlőtlenségét, folyamatosan pénzforrásokat visz ki a rendszerből. A fejkvótaelv miatt ugyanis a finanszírozás követi a felnőtt-alapellátásba „öregedőket”. Hiába nőtt az utóbbi években a 14 év alattiak körében valamelyest a gyermekorvosi ellátás aránya, ha ugyanakkor a 14–18 éves korcsoporthoz tartozók között lényegesen emelkedett a háziorvosokhoz tartozó fiatalok száma. A házi gyermekorvosi rendszer alkalmazkodásának, fejlesztésének elmaradását jelzi, hogy a 18 éven aluliak összességében 30%-át változatlanul házi orvosok látják el.

Nemi arányok, korfa

Szerteágazó szakmai és szociológiai okok játszanak és játszottak szerepet abban, hogy a gyermekorvosok kórházban vagy a területen folytatták-e szakmai életútjukat. Az, hogy mára a házi gyermekorvosi kar közel 80%-a nő, nemzetközi jelenség. Ebben a nők gyermekgyógyászat iránti nagyobb vonzódásán kívül az is szerepet játszik, hogy az ügyeletek miatti távollétet, az ezzel járó megterhelést a gyermekorvosnók egy része nem tudta és talán nem is akarta a családi szerep, a gyermeknevelés rovására vállalni. Ez a szociológiai folyamat a jövőben a részfoglalkozású gyermekorvosnók növekvő arányához vezethet, ami ugyancsak befolyásolja a jövő gyermekorvosi munkaerő-szükségletét.

Az ellátóhálózat gyermekorvosigényének tervezésében figyelembe kell venni a házi gyermekorvosok korátlagát, kormegoszlását is. Egy mindenre kiterjedő hatásanalízis elkészítésekor számolni kell az életkor előrehaladásával csökkenő teljesítménnyel is. Egy tanulmány az 50-es

években járó gyermekorvosok harminc-, a 60-as években járók negyven- és a 70-es években járók ötvenszázalékos teljesítménycsökkenésével számol! Természetesen nagyok az egyéni különbségek, és vannak kivételek is.

Gyermekorvosok területi megoszlása

Jellemző a magyarországi házi gyermekorvosi hálózatra a gyermekorvosi praxisok egyenetlen földrajzi elhelyezkedése is. A fejlett régiókban és Budapesten magasabb, néhol a gyermeklétszámhoz viszonyítva túl magas a házi gyermekorvosok létszáma. A leszakadó, fejletlen területeken viszont alacsony a gyermekorvosi ellátottság. Pedig e területeken a legmagasabb a csecsemőhalálozás és a nagyon szegény lakossági rétegekben speciális morbiditási és ápolási viszonyokkal kell megküzdeni. A roma populáció sajátos morbiditási és pszicho-szociális viszonyainak kezelése is különleges hozzáállást és gondozási módszereket kíván. A helyzet megoldása sajátos erőfeszítéseket igényel az egészségpolitikától.

Ellátási arányok

A gyermekgyógyászok megalapozott szakmai meggyőződésből szorgalmazzák a 18 év alatti populáció teljes körű gyermekorvosi ellátását. Csehország és Szlovákia mellett hazánkban a legmagasabb a gyermekorvosok aránya a 18 év alattiak ellátásában. A magyarországi 80%-os ellátási arány a 14 év alattiak ellátásában csupán a fenti két országban magasabb, de például Németországban vagy Olaszországban már csak a 6 év alattiak gyógyításában képviselnek a gyermekorvosok hasonlóan magas arányokat. A gyermekek ellátási arányában mutatkozó előnyünket – mely egybecseng a világ vezető gyermekorvos-grémiumainak szándékával – meg kell tartanunk. Ezt a célt is figyelembe kell venni a gyermekorvosok iránti szükséglet tervezésekor.

Ha a kétféle gyermek- és ifjúkorú egy-egy gyermekorvosi ellátását célozzuk meg, akkor a jelenlegi átlagos létszámú, és épphogy elfogadható szintű gazdálkodást lehetővé tevő 1000 fő körüli praxisok létszámát jelentősen meg kellene emelni. Tekintettel utánpótlásunk jelenlegi helyzetére és a jövőben várható gyermekorvosi

munkaerő-kilátásokra támogatható egy olyan ellátási modell és finanszírozás is, amely Németország sok körzetéhez hasonlóan lehetővé tenné az akár 2000–2500 fős gyermekorvosi praxisok működését is.

Ellátási modell

A mostani hazai helyzetre az egymástól nemcsak gazdaságilag, de szakmailag is teljesen elkülönülten, atomizáltan működő praxisok a jellemzők. Ez a széttagoltság szakmai szempontból alacsonyabb hatékonyságú, mert többnyire csak egy szűkebb értelemben vett gyermekorvosi tevékenységet tesz lehetővé. A specialistákat, a szakellátásokat ugyanis nem könnyű ezekbe a szakmailag is széttagolt, nehezen irányítható rendelőkbe integrálni.

A már működő gyermekorvosi praxisok mellett – főleg a fehér foltokon – egészségközpontoknak kellene helyet biztosítani. Önálló gazdálkodásuk megtartása mellett előnyösebb lenne, ha a praxisok ezekben a szakmai együttműködésen alapuló közösségekbe tömörülnének. Ezek az ellátási modellek azonban nem jelentenek automatikusan jelentős munkaerő-megtakarítást, mert a gyermekorvosok létszámát nem elsősorban az ellátás modellje, hanem az ellátandó és ellátható gyermekszám határozza meg. Az alapellátásban is szükséges és elkerülhetetlen centralizáció bizonyosan csökkentené a gyermekorvosi munkaerő-szükségletet. A házi orvosokat és házi gyermekorvost magába foglaló „vegyes” egészségközpontokban külön jogi és finanszírozási garanciákkal kell biztosítani a gyermekellátás érdekeinek érvényesülését. „Vegyes” központok létesítése csak azokon a területeken indokolt, ahol a kistérségi demográfiai viszonyok, a településszerkezet és a nagy távolság nem teszi lehetővé a „tisztán” gyermek-egészségügyi központok működését.

Gyermekorvosi szerep, rendelési idő

Sok helyen – elsősorban a fővárosban és a nagyvárosokban – ahol mindössze 2–3 órás rendelésekre van lehetőség, az elmélyült, minőségi gyermekorvosi munkára kevés idő jut. Pedig az átalakult gyermekorvosi tevékenység több időt követel. A testi tünetekben megnyilvánuló pszichoszociális zavarok felismerése, a kiterjedtebb eszközhasználaton alapuló definitív betegellátás, vagy a szűrések teljes körű elvégzése hosszabb rendelési időket indokolna. És természetesen ennek megfelelő finanszírozást, hogy ne kelljen óvodába, iskolába szaladgálni a megalázó, de mégis szükséges jövedelemkiegészítésért. Az arányosan megnövelt forrásokkal



1. ábra A házi gyermekorvosi kínálatra ható tényezők

a nagyobb személyzet, a hosszabb munkaidő bérigényét is ki lehetne elégíteni.

A gyermekorvosok sok olyan tevékenységet is végeznek, amit felelősséggel átvethetnének tőlük a diplomás ápolók, védőnők vagy szociális munkások. Ilyenek az egészségneveléssel, a beteg gyermekek ápolásával, gondozásával összefüggő feladatok. Képzett személyzetre kellene bízni a betegek irányítását, nevelését, valamint a megnövekedett, és a jelenlegi körülmények között csak az orvosi munkakára teljesíthető adminisztrációs feladatokat. E kötelezettségek helyett a jövő házi gyermekorvosainak a valóban orvosi tevékenységek (gyorstesztek, mikrobiológiai mintavételek, otoszkópia, ABPM, EKG, esetleg ultrahangvizsgálat) irányába kell bővíteni tevékenységüket.

Ez a kiterjesztett gyermekorvosi szerep csak a kompetenciára vonatkozik. A gyermekpraxisok ellátásban elfoglalt helye, közvetlen elérhetősége („first contact”) és bizonyos teljesítményelemekkel kiegészített, kapacitáció szerinti finanszírozása változatlan maradna. Ez garantálhatná, hogy a gyermekorvosok, bár tevékenységük tartalma alapján a szakellátás irányába mozdulnának, az ellátás jellegét, módszereit és finanszírozását illetően továbbra is alapellátó házi orvosokként működnének.

KÍNÁLATOT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK:

Orvosképzés, szakorvosképzés

A gyermekorvosi szakorvosképzés a gyermekorvosi munkaerőpiac bemeneti oldalának viszonylag pontosan tervezhető tényezője. Az 1970 és 1990 közötti évi 100 és 130 közötti képzési keretszámot a 90-es évek közepétől a harmadára csökkentették. Ennek a szakorvosi utánpótlásnak kel-

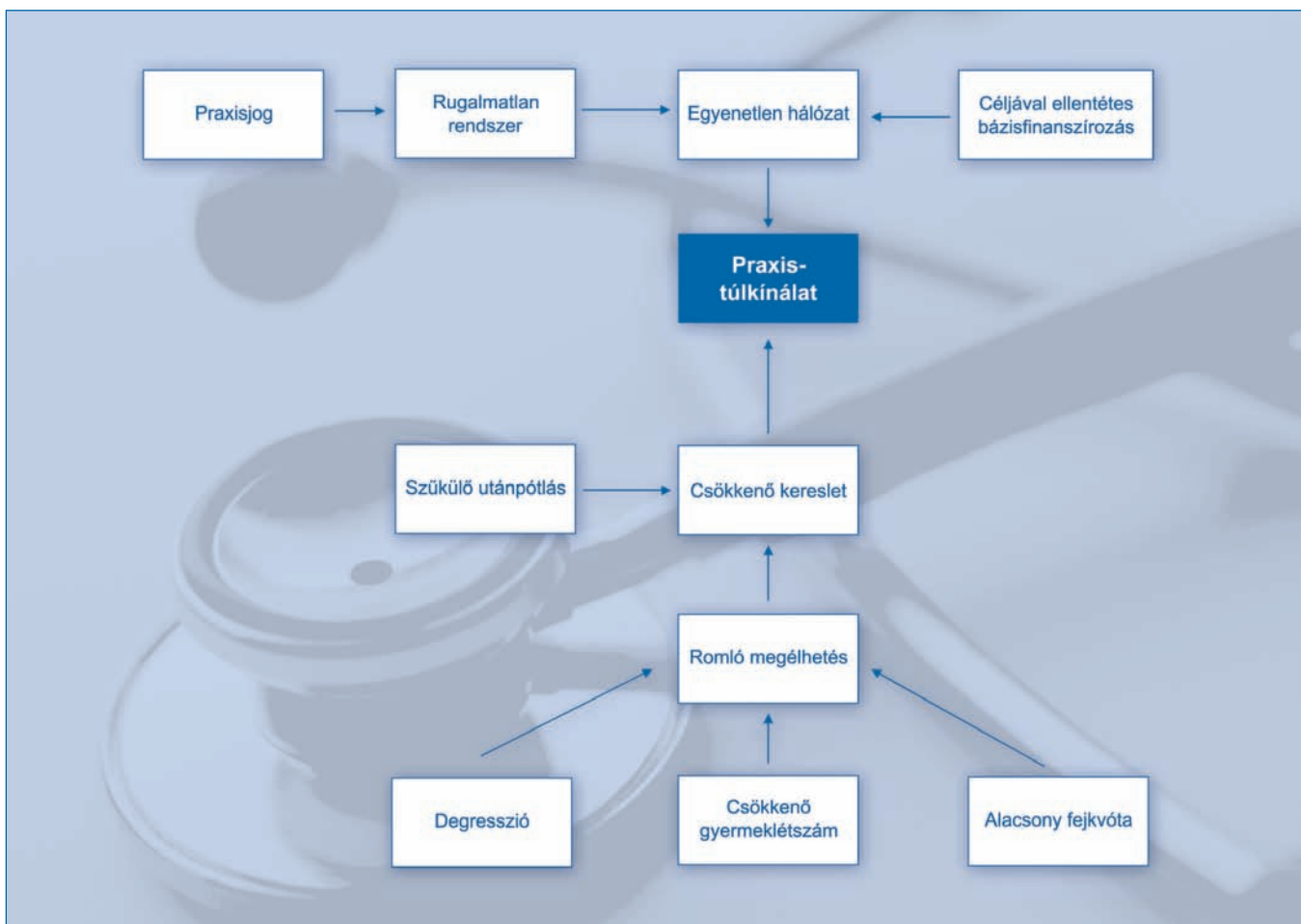
lene pótolnia az aktív tevékenységből a következő években különböző okok – visszavonulás, pályaelhagyás, külföldi munkavállalás, elhalálozás – miatt kiesőket. (1. ábra)

A Magyar Orvosi Kamara nyilvántartása szerint 2005-ben Magyarországon 3903 orvos rendelkezett csecsemő- és gyermekgyógyászati szakvizsgával. Ezek közül 1580-an dolgoznak az alapellátásban, 1366 a kórházban vagy szakrendeléken működő gyermekorvosok száma. Emellett 229, egyetemen oktató gyermekorvossal és 240 főfoglalkozású iskola- és ifjúságorvossal számolhatunk. A további 488 szakorvosi diplomával rendelkező kolléga egy része inaktív nyugdíjas, másik része elhagyva a gyermekgyógyászatot más szakterületen dolgozik.

Változatlan ellátási struktúrában és munkarendben a jelenleginél kevesebb gyermekorvossal valószínűleg nem lehet megtartani a nemzetközileg is kiemelkedő hazai gyermekorvosi ellátási arányokat. Különösen, ha a biológiából eredő teljesítménycsökkenést és az európai munkaidő-szabályozási normákat is tekintetbe vesszük.

Migráció

Ezzel a „bemeneti” tényezővel elsősorban a 90-es évek elején lehetett nagyobb méretekben számolni. 2004-es adatok szerint a házi gyermekorvosok 9%-a bevándorolt szakember. További szakemberforrást jelenthetnek a tranzit migrációból hazatértek és a „reverzibilis pályaelhagyók”. Visszatérésük elősegítéséhez a gyermekorvosi hivatás megbecsülésének emelésére lenne szükség, mert a szakma anyagi és erkölcsi presztízsének további elmaradása



2. ábra A praxistúlkínálathoz vezető tényezők

újabb pályaelhagyást, külföldi munkavállalást, az aktív munkától való végleges eltávolodást von maga után.

Az országon belüli migráció igen csekély, ezért az oktatáspolitikai eszközeivel, pozitív diszkriminációval, előnyösebb finanszírozással kellene kezelni a leszakadó térségeket, az ellátás fehér foltjait. Csak így lehet esélyegyenlőséget és jobb minőségű ellátást biztosítani az ott élő gyermekeknek.

MI A MEGOLDÁS?

A jelenlegi rendszerben a gyermekorvosi praxisokból egy korszerűen szervezett hálózat munkaerő-szükségletéhez képest túlkínálat van. A még nagyobb kínálat napjainkra csak azért nem alakult ki, mert a legtöbb nyugdíjaskorú házi gyermekorvos egzisztenciális okokból nem engedheti meg magának a visszavonulást. Kevesek lehetősége ugyanis a tisztességes visszavonulás, mert a sok, eladásra kínált praxisjog és a szűkülő utánpótlás gátolja a megfelelő keresleti piac kialakulását. A praxisok nem vagy csak nehezen adhatók el.

A területi gyermekorvoslás kihívásainak jobban megfelelő alapellátó rendszert kell tehát kialakítani. Olyat, amely egyszerre alkalmazkodik a szűkösebb gyermekorvosi utánpótláshoz, a megváltozott gyermekor-

vosi szerepkörhöz, kezelni tudja az előregedés következményeit, ugyanakkor a gyermekorvosi ellátás lefedettségének megtartását, esetleg javítását eredményezi.

Ez az ellátószervezetben, a munkarendben és a finanszírozásban is változtatásokat igényel. Általánosan napi 4–6 óra rendelési időre lenne szükség az akut betegellátás, a szűrővizsgálatok, a védőoltások, a kiegészítő szakorvosi jellegű és eszközös vizsgálatok megfelelő színvonalú ellátásához. A fővárosban és a nagyobb városokban a rendelők körülményei azonban nem mindenütt teszik lehetővé a munkarend megváltoztatását. A több gyermekorvost foglalkoztató rendelőkben ezért mindenütt ki kell alakítani a párhuzamos rendelési körülményeit. Meg kell teremteni több, de legalább két asszisztens alkalmazásának feltételeit. A hosszabb rendelési időket, a másfél vagy akár kétszer akkora, 1500–2000 fős praxisokkal számolva kevesebb gyermekorvosi praxis is el tudná végezni a terület gyermekorvosi feladatait. Ennek megfelelően, arányosan nagyobb jövedelmet kellene biztosítani a praxisoknak. E célok érdekében módosításra szorulna a degressziós létszám és pontérték határa, és felül kellene vizsgálni a bázisfinanszírozás eredeti céljainak megvalósulását is. Ezek a rendelkezések ugyanis

amellett, hogy nem csökkentették lényegesen a területi egyenlőtlenségeket, hozzájárulnak a rendszer felesleges széttagoltságához. A szabályozás finomításával jól finanszírozott, értékálló és eladható praxisokat lehetne kialakítani. (2. ábra)

A párhuzamos tevékenységeket megszüntetve, az igényekhez jobban igazodó munkarendben, bővített kompetenciával működő, nagyobb egységekre (praxisokra, egészségközpontokra) kell alapozni a területi gyermekorvosi ellátást. A nehezen eladható praxisok megvásárlására – önkéntesen és méltányos áron – az állam által létesített praxisalappól kell lehetőséget biztosítani.

A rendszerből hiányzó források pótlásával egy racionálisan működő, az egész gyermeklakosságot megfelelő színvonalon ellátó, piac képes praxisokból felépülő gyermekellátó rendszer jöhetne létre. Szinkronba kerülne az elvégzendő munka mennyisége, a munkaidő, a munkateljesítmény és az ellátó hálózat munkaerő-(praxis)-igénye. Ennek megfelelően lenne tervezhető a képzés is. Nincs más út: a megváltozott körülményekhez a házi gyermekorvosi ellátásnak alkalmazkodnia kell. Ez mindnyájunk érdeke.

KI KAPOTT ITT VIZITDÍJAT?

Tisztelt HGYE!

Az alábbi ügyben kérnék felvilágosítást! A választásokat figyelve a vizitdíj eltörlésével kapcsolatosan a sajtótájékoztatókon dr. Horváth Ágnes miniszter asszony számos alkalommal azt a kijelentést tette, hogy az igenek győzelme következtében a továbbiakban a házi gyermekorvosok „a vizitdíj-kompensációt” nem kaphatják meg. Kérdésem: Ki és mikor kapott a házi gyermekorvosok közül vizitdíj-kompensációt? Mert én soha! Állítólag 4–5 milliárd forint volt félretéve erre a célra. Vajon mikor akarták ebből a házi gyermekorvosok praxisainak kiadásait támogatni?

Tisztelettel...

Tisztelt...

Amikor a bevezetéséről döntöttek, azt döntötték, hogy a gyermekek ellátásáért nem szedhet vizitdíjat sem házi gyermekorvos, sem vegyes praxist ellátó háziorvos. Akkor azzal érveltünk, hogy mi is alapellátók vagyunk, ezért nem kerülhetünk a háziorvosokhoz képest hátrányos finanszírozási

helyzetbe a parlament diszkriminatív döntése miatt. Akkor, amikor a kompenzációért a vizitdíj bevezetése előtt heteken át csatáztunk, a sok megoldási javaslatunk közül az egészségügyi kormányzat azt választotta, hogy 0–4 év között 5,5-re, 5–14 éves kor között pedig 3,5-re emelte a korcsoportos szorzót és kiterjesztette a degressziós határt. Az ehhez szükséges kifizetésekre, a „kompenzációra” 2007-ben és az idei évre is elkülönített a költségvetés 5 milliárd forintot. Ebből kapott kompenzációt 1600 házi gyermekorvos és kb. ugyanennyi vegyes praxist ellátó háziorvos. A kompenzáció nálunk nem az orvos–beteg találkozások számát, hanem azt tükrözte, ki mennyi, legfiatalabb korcsoporthoz tartozót lát el. Mivel ezzel a két korosztállyal kicsit több munka van, mint a valamivel idősebbekkel, ez bizonyos értelemben teljesítményfinanszírozási elem volt. Egy mai átlagos, kb. 950 gyermeket ellátó gyermekorvosi praxis kb. 150 000 Ft többletbevételhez jutott havonta a vizitdíj-kompensáció bevezetése után de az összeg, a praxis korcsoportmegoszlásától függően ennél több vagy kevesebb is lehetett. A többletbevételek nagyságát nyomon követheted a MEP havonta küldött elszámolásaiból. (K. F.)

Mit csinálnak?

„...Kökeményen kell kiállni egyesületi szinten (is) a finanszírozás emelése mellett, csak úgy látom, ez egyesek anyagi érdekeit, politikai ambícióit, külföldi kongresszusi meghívásait, vagy magas körökben a baráti vállveregetéseket veszélyeztetik...”

Név nélkül, bátran

MIVEL IS FOGLALKOZNAK OTT A TÁTRA UTCÁBAN?

„...nagyon messze van az a Budapest nekem, vidéki gyerekorvosnak. Meg különben sem nagyon értem, mivel is foglalkoznak ott a Tátra utcában...”

PÉLDÁUL AZZAL...

(Részlet egy baráti levélváltásból)

„...jött a hír a copayment bevezetésének szándékáról. Írtam a leveleket, hogy a gyerekellátásban nem helyeseljük a bevezetését. Azután, amikor úgy nézett ki, hogy a felnőttek kapnak, mi meg nem, elkezdtünk a kompenzációért harcolni. Volt idő, amikor azt kérték a kollégák, hogy az ügyelet vagy más orvos indokolatlan igénybevételéért szedjük vizitdíjat a gyerektől. Mások azt hányták szemünkre, hogy ugyan, hogy gondoljuk, hogy pénzt kérünk gyerektől? Te most azt kérde, miért nem tiltakoztunk az

elsőtől az utolsó percig a vizitdíj bevezetése ellen. Csak röviden: azért, mert nekünk az volt a feladatunk, hogy a házi gyermekorvosok kompenzációjáért küzdjünk. Hogy ne legyünk hátrányban... Lassan másból sem áll az életem, mint annak bizonyításából, hogy a lakosság 20 százalékát látjuk el, és jelentőségünk jóval nagyobb, mint a számunk. Reformpártiak vagyunk, miközben tiltakozunk a reformok (mikéntje) ellen, és partnerek, miközben partnereink burkolt támadásait próbáljuk kivédeni. Most épp azért harcolok, hogy mi is ott lehessünk a „díjtétel” meg a „fejkvóta” bizottságban...”

(H. A.)

REKLAMÁCIÓ

„... Az sem normális, hogy miért a mi feladatunk a taj-szám ellenőrzése, amikor az adatok a birtokukban vannak... És miért nem kérünk 13. havi finanszírozást? Az OEP számára biztosan nem ismeretlen fogalom, hiszen ők szép jutalmakat osztanak maguknak minden évben. Biztosan sokkal szorgalmasabbak nálunk, és a felelősségük is nagyobb. Miért csinálunk úgy, mintha a szülőnek semmi felelőssége nem volna? Vagy miért nem harcolunk azért, hogy egy per kapcsán a kártérítés összege ne haladhassa meg az orvos x havi jövedelmét?...”

Kapják majd...

„...Megtudtuk, hogy a gyermekellátásnak nyújtott eddigi többletpénz elvonásához is idő kell, így ezt valószínűleg egymásfél hónappal a díjfizetés megszűnése után is kapják majd.”

Magyar Nemzet, március 13.

„Az akarat hiányzik nem a pénz

A Fidesz elnöke szerint új egészségügyi rendszert kellene alkotni a népszavazást követően. Orbán Viktor az InfoRádió Aréna című műsorában kijelentette: a népszavazás miatt kieső bevételek az idei évben mindössze a teljes magyar költségvetés egy ezrelékét teszik. Éppen ezért a vizitdíj, a kórházi napidíj és a tandíj pótlásához a kormány részéről az akarat hiányzik, nem a pénz”.

MOK – honlap, március 13.

Levegőt!

Tisztelt Miniszter Asszony!

A Minisztérium honlapján állásfoglalásként a következő volt olvasható: „A vizitdíj és a kórházi napidíj olyan bevétel, amit nem a Kormánytól kapnak az orvosok. Az Alkotmánybíróság szerint ezért tartható róla népszavazás.” Az idézet nyomán a jelenlegi népszavazás a gyermekpraxisok juttatására nem vonatkozik, hiszen a vizitdíj-kompensáció „kormánytól kapott pénz”.

A házi gyermekorvosi rendszer a vizitdíj bevezetésekor ötmilliárd forint költségvetési kiegészítést kapott oly módon, hogy a kor-csoporti pontszámot két korosztálynál egy-egy ponttal megemelték. Egy utólag elismerten alábecsült számítás alapján a gyermekpraxisok jóval kevesebb juttatásban részesültek, mint a házi orvosok, havonta 100–140 ezer Ft-os kiegészítést kaptak a praxislétszám függvényében. Ez természetesen javította működésük körülményeit, de beruházásra csak kevés helyen jutott. Kisebbségi méretű informatikai fejlesztések történtek, amit a taj-szám on-line ellenőrzésének kötelezettsége szükségessé is tett. A pluszbevételt a legtöbb szolgáltató az asszisztencia bérezésének javítására fordította.

A 164 Ft körüli pontérték öt év óta nem emelkedett, sőt kismértékben csökkent. A finanszírozás az utóbbi években figyelmen kívül hagyta a szolgáltatások költségének, a közüzemi díjaknak a drágulását, az adótörvényeknek a vállalkozókra hárított növekvő terheit, az inflációt. Az elmúlt évtizedben a házi gyermekorvosi rendszer egyetlen fejlesztő projektben sem részesült, a „Közös kincsünk a gyermek” nemzeti program sem kapott költségvetési támogatást.

Az elmúlt időszakban több fórumon elhangzott, hogy a népszavazás kimenetelétől függően, visszavonják a gyermekorvosi praxisok megemelt juttatását is. Ezt a finanszírozó egy rendelet módosításával jogszerűen megteheti.

Összefoglalva: a házi gyermekorvosi praxisok kompenzációja költségvetési forrásból történt. További fenntartása nem okozna elvi nehézséget, hiszen nem kíván jogszabály-módosítást. A más rendszerű finanszírozás nem okozna diszkriminációt, mert a gyermekeket ellátó „vegyes” praxisokat is pozitívan érintené. Az egy évvel ezelőtti kompenzáció „levegőhöz” juttatta a praxisokat. Megszüntetése a működésük ellehetetlenülését hordozza magában. A bevétel csökkentése újra kritikus helyzetet teremthet.

Budapest, 2008. február 26.

Dr. Huszár András elnök

Emlékeztető

a Házi Gyermekorvosok Egyesületével a vizitdíj-kompensáció jövőjéről 2008. március 6-án tartott megbeszélésről

Jelenlévők:

Kincses Gyula államtitkár, EüM,
Matejka Zsuzsanna kabinetfőnök, EüM,
Székely Tamás főigazgató, OEP,
Kozsuch Tamara

mb. főosztályvezető, EüM,
Kőrösi László

főosztályvezető-helyettes, OEP,
Rádai Tamás osztályvezető, EüM,
Nagy Imre

egészségbiztosítási szakértő, EüM,
valamint Huszár András elnök, HGYE,
Kádár Ferenc, HGYE.

Huszár András elmondta, hogy a vizitdíj bevezetésekor a házi gyermekorvosok kompenzációt kaptak, amelyet fontos lenne megtartani, függetlenül a március 9-ei népszavazás eredményétől. A kompenzáció megszűnése nehéz helyzetbe hozná a házi gyermekorvosokat, különösen a kis praxisokat.

Kincses Gyula úgy vélte, ebben a kérdésben egyelőre hivatalos kormányzati döntés nem született, és az a népszavazásig nem is lehetséges, de a tárca természetesen most is nyitott a kon-

zultációra. A gazdaságpolitika manapság nem az adók és járulékok emelését, hanem azok csökkentését szorgalmazza, így a vizitdíj esetleges megszűnését kompenzálni is csak más költségvetési kiadások rovására lehetne. Leszögezte, hogy a vizitdíj bevezetésével párhuzamosan a kormányzat nem csökkentette a praxisfinanszírozás összegét, hanem afölött tett lehetővé egy többletbevételt az alapellátásban. Kifejtette azt is, hogy a vizitdíj-kompensáció értelemszerűen feltételezi a vizitdíjat: vizitdíj nélkül a kompenzáció értelmezhetetlen.

Székely Tamás szerint a felnőtt-, gyermek- és vegyes praxisok problémái eltérőek, de mindhárom szférát fontosnak tartja. A vizitdíj többé-kevésbé teljesítményarányos bevétel, utólag bizonyosodott, hogy tavaly megfelelő mértékű vizitdíj-kompensáció lett meghatározva. A hátrányos helyzetű praxisok problémái a vizitdíj kérdésétől függetlenül rendezésre szorulnak.

Kincses Gyula úgy ítélte meg, hogy az alapellátás finanszírozása kiemelten fontos, az alapellátás működőképességét

mindenképpen garantálni kell, de a problémákat nem vizitdíj-kompensációs, hanem alapellátási kérdésként kell kezelni. Huszár András ezt követően a konzultáció tárgyától eltérő további észrevételeket tett. Álláspontja szerint a házi gyermekorvosi ellátásnak a „Közös kincsünk a gyermek” program keretében prioritást kellene kapnia. Kérte továbbá, hogy a tárca megfelelő időben bocssássa a Házi Gyermekorvosok Egyesülete rendelkezésére az előkészítés alatt álló jogszabályok tervezetét (pl. a gyógyszer-gazdaságossági ösztönző rendeletet). Sérelmezte, hogy a házi gyermekorvosok szakmán belüli képviselete nem kielégítő, a Díjtétel és Fejlesztési Bizottságból is csak ők maradtak ki.

Kádár Ferenc ehhez hozzátette, hogy sem a Gyermekgyógyászati, sem a Házi-orvostani Szakmai Kollégium nem kezeli kellő súllyal a házi gyermekorvosi ellátás problémáit (pl. esélyegyenlőtlenség a hozzáférésben), az általuk delegált egy-egy tag nem jelent megfelelő szakmai képviseletet.

KÉSZÍTETTE: DR. RÁDAI TAMÁS

Gyermekszegénység Európában

Prof. dr. Ferge Zsuzsa akadémikus

A gyermekek egészségi állapota összefügg a szegénységgel. Ez az axióma alapozza meg ennek az inkább szociológiai témájú előadásnak a helyét az ESAP (European Society of Ambulatory Pediatrics) budapesti konferenciáján.

A szegénység fogalma

De mit is értünk voltaképpen szegénységben? Klasszikus értelemben pénzhányt. A definíció azonban egyre inkább általánosabb formát ölt, és ma már bármiféle erőforrás hiánya beletartozik. Hiába van meghatározás, mégsem lehet tudni, pontosan mennyi szegény él körülöttünk. Ennek oka, hogy a szegénységnek rengetegféle formája van, ami nagyon sokféleképpen mérhető; az egységes indikátorok kidolgozása még ma is folyik.

A 25 OECD-tagállam közül 17-ben nőtt a gyermekszegénység az elmúlt 10 évben. Magyarországon 1990 és 1995 között nagyon erősen növekedett, 1995-től 2005-ig stagnált, az utóbbi két évben pedig ismét emelkedés tapasztalható.

Számok tükrében

Gyermekszegénység Európában gyakorlatilag mindenütt van, csak eltérő mértékben. Az UNICEF adatai szerint meglehetősen nagy szórást mutat, hogy egy adott országban a gyermekek hány százaléka él – az országos átlagjövedelem felénél meghúzott – szegénységi küszöb alatt. A skandináv országokban van e meghatározás szerint a legkevesebb szegény gyermek (Dánia 2,4%, Finnország 2,8%, Norvégia 3,4%, Svédország 4,2%). Magyarország a maga 8,8%-os arányával a középmezőnyben foglal helyet, míg a sereghajtók Anglia (15,4%), Portugália (15,6%), Írország (16,6%) és Olaszország (16,7%).

Az országok közötti sorrend egy komplexebb, az anyagi helyzeten kívül az egészségügyi mérőszámokat (csecsemőhalandóság, várható élettartam, kis súlyú újszülöttek aránya), az oktatási szempontokat (iskolai teljesítmény és körülmények) és a szülőkhöz, kortársakhoz való viszonyt is magában foglaló értékelő rendszer szerint is hasonló. A változás annyi, hogy így Hollandia kerül az első helyre, Magyarország pedig még hátrébb szorul, még akkor is, ha a fenti dimenziókat külön-külön vesszük tekintetbe. Hiszen hiába nyújtunk például kiemelkedő teljesítményt a védőoltások biztosítása terén, a csecsemőhalandóság és a kis súlyú újszülöttek aránya

olyan magas, hogy az összességében lefelé húzza a gyermekjólét egészség-dimenzióját. Hazánk rossz mutatóinak hátterében azonban alapvetően az áll, hogy Európán belül nálunk a legrosszabb a foglalkoztatottság.

A gyermekszegénység okai

A gyermekszegénység hátterében általános és országspecifikus tényezők állhatnak. Általános szempont például, hogy van-e munkájuk a szülőknél, és ha igen, mennyit keresnek. Széles körű tapasztalat ugyanis, hogy azokban az országokban, ahol a bérek, illetve a minimálbér elfogadható megélhetést tesz lehetővé, ott minimális mértékű a gyermekszegénység. Egy kereső szülő viszont jellemzően csak akkor elég, ha kiemelkedően magas a jövedelme. Ma Magyarországon egy kétgyermekes családot egy minimálbérből nem lehet kihúzni a szegénységből.

Fontos és valamennyire az előzőekhez kapcsolódik az is, hogy a szülőnek van-e piacképes iskolai végzettsége, képzettsége, de közvetve az is, hogy a munkajog megfelelő védeltséget biztosít-e.

Jól ismert általános tényező a család mérete, illetve teljessége is. A gyermeküket egyedül nevelő szülők gyermekei és a nagycsaládban (háromnál több gyermek) élők körében nagyobb a szegénység kockázata.

Országspecifikus kérdés például az etnikai hovatartozás. Hazánk esetében ez elsősorban a cigánykérdést jelenti, de más államokban a bevándorlók, menekültek is alacsony presztízsű nemzetiségi csoportot alkotnak.

Szintén országos szintű jellegzetesség a települési struktúrából fakadó egyenlőtlenség. Míg Angliában inkább a városokban, hazánkban inkább falura koncentrálódik a gyermekszegénység. Ennek aztán nem utolsósorban egészségügyi ellátásbeli következményei is vannak: egy elmaradott faluban élő gyermek egészen más színvonalú ellátáshoz jut hozzá (adott esetben, például a tömegközlekedés körülményessége miatt akár jóval nehezebben is), mint mondjuk egy fővárosi.

Hazai jellegzetességek

A Társaság, a KSH és a szerző saját adatainak áttekintéséből az derül ki, hogy a hazai átlaghoz képest a legnagyobb (ötszörös) kockázatot az jelenti a gyermekszegénység kialakulására nézve, ha az illető roma

származású. Ezt követi a szülők munkanélkülisége, a nagycsaládosság (három vagy több gyermek), és ha a gyermeket szülője egyedül neveli.

A magyarországi szegény családokra a gazdasági létbizonytalanság és a szükségletek kielégítetlensége jellemző. Néhány, ezt jól leíró számsor: a szegény családok 67%-a hónap végére kifut a pénzből, 44%-uknak pedig valamilyen tartozása van, ami többnyire abból adódik, hogy a rezsi nem tudják kifizetni és belekerülnek a „kölcsonmaffiák” által képzett adósságspirálba.

Mire nincs pénzük a szegényeknek? Például élelmiszerre. El kell azonban különíteni az éhezést és az alultápláltságot. A megfelelő mérési módszerek kidolgozásán jelenleg is gyermekorvosok és szociológusok közösen dolgoznak. Úgy tűnik, hogy afrikai típusú, súlyos éhezés Magyarországon csak elvétve fordul elő, anélkül viszont az éhes és a rosszul táplált gyermek. Ez természetesen fejlődésükre, egészségi állapotukra is kihat.

Nincs pénz továbbá a felírt gyógyszerek kiváltására. Ez a szegény családok közel felére jellemző, de hozzá kell tenni, hogy a gyermek gyógyszerelését szinte mindig a maguké elé helyezik a szülők: pénzszüke esetén inkább a gyermekét váltják ki, a sajátjukat pedig nem.

A szegény családok felnőtt tagjainak majdnem háromnegyede nem költ ruházódásra, és ezeknek a családoknak kilenczede nem engedheti meg magának, hogy nyaralni menjen. Néhány kiragadott példa a lakosság legszegényebb tizedébe tartozó gyermekek kielégítetlen szükségletei közül: 9%-uknak nincs téli ruhája, 26%-uknak könyvei, 34%-uknak kerékpárja, 55%-uknak két pár új cipője, 79%-uknak számítógép-hozzáférése, 90%-uk pedig még egy hetet sem töltött nyaralással.

Romakérdés-e a szegénység?

Magyarországon sokszor felmerül a kérdés, vajon a szegények elsősorban a cigányok körül kerülnek-e ki, cigánykérdés-e a szegénység? Ma Magyarországon a lakosság 6–8%-a, durván 6–800 ezer fő roma származású. A lakosság legszegényebb 30%-ába tartozó emberek egynegyede cigány. Ez az arány az utóbbi öt évben nőtt ekkorára, a korábbi 20%-ról. Jellemzően minél szegényebb réteget vizsgálunk, annál magasabbnak fogjuk találni a romák arányát az adott körben, de még a leg-



szegényebb tizednek, huszadnak is csak fele cigány, a másik fele nem az. Vagyis a szegénység nem cigánykérdés, és viszont.

A szegénység következményei

A szegénységre egy úgynevezett deprivációs ciklus jellemző, ami azt jelenti, hogy a szegénység társadalmilag átöröklődik. Ez az egyén romló fizikai és társadalmi életesélyeiben egyaránt megnyilvánul. Előbbin a várható élettartam csökkenését és a romló életminőséget értjük, utóbbin pedig azt, hogy kevésbé lesz képes a saját életével rendelkezni, célokat felállítani és ezek eléréséhez az akaratát érvényesíteni. A szegénységgel kapcsolatba hozható fizikai életesély-változást jól szemlélteti a csecsemőhalandóság változása az anya iskolázottságának függvényében. Hazai 2000-es adatok szerint legfeljebb általános iskolát végzett anyák gyermekeinek körében az országos átlagot 36%-kal meghaladja a csecsemőhalandóság, míg az érettségizettek és felsőfokú végzettségűek körében ez az országos átlagnak nagyjából a fele. Ez utóbbi felel meg egyébként az európai átlagnak.

Az iskolázottsággal a várható élettartam is kapcsolatba hozható. 2001-es, hazai számítások szerint egy legfeljebb 8 osztályt végzett férfi 25 éves korban várható élettartama 15 évvel maradt el felsőfokú végzettségű társától. Ez a különbség nők esetében valamivel kisebb (5 év), de még mindig jelentős. Az utóbbi 10 évben hazánkban ez az egyenlőtlenség csak fokozódott: magasabb iskolai végzettség, jobb anyagi helyzet mellett a várható élettartam már elérte az európai átlagot, míg alacsony iskolázottság mellett egyre csökkent.

A vizsgálatok rámutattak arra is, hogy az apa iskolázottsága meghatározza a fiáét is – jól példázva ezzel a már említett deprivációs ciklust. Az alapfokú vagy semmilyen végzettséggel nem rendelkező apák fiainak közel fele (43%) szintén csak alapfokú végzettséggel rendelkezik, 38%-uk pedig szakmunkás. Egy felsőfokú végzettségű apa fia viszont az esetek 24%-ában maga is eljut legalább az érettségiig, 21%-ában pedig diplomás lesz.

Nő az egyenlőtlenség

Lehet a gyermekszegénységhez fatalistán „ne tegyünk semmit, úgysem lehet változtatni” hozzáállással viszonyulni, de nem érdemes. Az egyenlőtlenségek ugyanis külső beavatkozás híján csak nőnek; a szegregáció és a szegénység öngerjesztő folyamatok. Ezek társadalomtörténeti tapasztalatokkal többszörösen igazolt megfigyelések. Érdemesebb hát erős állami és civil támogatással intézkedéseket hozni. Már csak azért is, mert az is közismert, hogy az állami ráfordítások és az odafigyelés mértéke szorosan összefügg a gyermekszegénységgel. Ahol megvalósul a korai szűrés, a szoros monitorozás, ahol jó iskolák vannak, ott kevesebb a nélkülöző gyermek. Elengedhetetlen azonban a különböző szektorok, például a gyermekorvosok, védőnők, óvónők, pedagógusok, szociális munkások, gyermekvédelmi szervek együttműködése.

Az ENSZ már a millenáris célok közé felvette a gyermekszegénység csökkentését és az iskolázottság növelését. Néhány éve az EU-ban is prioritást kapott a gyermekszegénység elleni küzdelem, de egyes tagállamokban már ezt megelőzően elkezdtek lépéseket kidolgozni. Ilyen például

az angliai „Sure start” program (www.surestart.gov.uk), amely anélkül, hogy bármelyik minisztérium alá lenne rendelve, ma már 500 helyen működik.

Gyermekházak

Itthon is vannak előrelépések. 2007. május 25-én 306 igen és három tartózkodás mellett az Országgyűlés elfogadta a „Legyen jobb a gyerekeknek nemzeti stratégia 2007–2032” címet viselő határozati javaslatot. Ennek egyik legfontosabb célkitűzése, hogy egy generáció alatt jelentősen csökkentse a gyerekek és családjaik szegénységét. Ez kistérségi szinten évi 5 komplex gyermekszegénység elleni program, úgynevezett Gyermekesély program (www.gyermekesely.hu) megkezdését jelenti majd.

A szécsényi kistérség 13 településén ez már meg is valósult. Az érintett önkormányzatok együttműködésével gyerekházakat hoztak létre. Ezek célja a gyermekek tanulási, nyelvi képességfejlődésének biztosítása, egészségi állapotuk javítása, szociális és érzelmi fejlődésük előmozdítása, valamint a családok és közösségek életvitelének segítése. A gyerekházak hétköznap délelőttönként vannak nyitva, szolgáltatásaikat minden 0–6 éves korú gyermeket nevelő család térítésmentesen veheti igénybe.

A nagyobb gyermekek már hónapok óta részt vehetnek a digitális írástudás fejlesztését célzó csoportfoglalkozásokon. Több településen működnek ingyenes internethasználatot nyújtó közösségi terek is. A szociális szakemberek és a pedagógusok számára lehetőséget teremtenek szakmai továbbképzésre. Új pedagógiai módszerek megismerése érdekében rendszeres szakmai találkozóknak, pedagógusműhelyeknek adnak otthont a kistérség általános iskolái. A gyermekek tanulását a kistérségben élő, a program keretében kiképzett mentorok segítik. A jelenlegi foglalkoztatási helyzet, a szülők munkavállalási esélyeinek javítása érdekében elkészült a munkaerőpiac feltérképezése. A szülők számára munkavállalásra felkészítő tréningeket szerveznek.

Korai beavatkozás

Alapszabálynak tekinthető az a Gøsta Esping-Andersen, a legnevesebb, gyermekszegénységgel foglalkozó szociológus által megfogalmazott állítás, miszerint a serdülők, fiatal felnőttek számára második esélyt nyújtó intézkedések mindig sokkal költségesebbek és jóval kevésbé hatékonyak, mint a legfiatalabbak helyzetének javítását célzó, korai beavatkozások.

KÁVÉSZÜNET



2008. május 23–25.

Hotel Azúr Konferenciaközpont – Siófok

10 év telt el azóta, hogy megszületett a Kávészünet. Annak idején azért hívtuk életre, mert láttuk, kell az alapellátásban dolgozó gyermekorvosoknak egy fórum, ahol szakmai gondjukról, sikereikről egymás között beszélhetnek. Ha valaki elfelejtette volna, vagy csak nemrég került a „csapatba”, azért lett Kávészünet a neve, mert úgy tartottuk, hogy a fontos, a rég várt, az őszinte és zavartalan találkozásokra, beszélgetésekre többnyire a konferenciák kávészüneteiben kerül sor.

Sokáig Aliga volt a Kávészünet szinonimája. Azután ahogy nőtt a Kávészünet híre, a résztvevők száma, úgy nőttük ki Aligát, meg a szocreált. A siófoki Azúr sok mindent megőrzött belőle, de sok mindenben más. Több az elegancia, a wellness, a kollégák előadásainak helyét azonban a kollégáknak szóló előadások vették át. Mit tegyünk, erre készített bennünket az akkreditációs rendszer.

Tizedik – most már **30 pontot** érő – Kávészünetünk olyan elváltozások korai kezelési lehetőségeiről szól, amelyekre eddig kevesebb figyelem jutott. Szakítunk azért időt infektológiára, aneszteziológiára vagy nefrológiára is. Régi hagyományunknak megfelelően kérjük Önöket is, hogy osszák meg velünk közérdekű és értékes tapasztalataikat. Ha jut rá idő, olyan forrongó kérdésekre is kitérünk, mint a biztosítási rendszer változásai, vagy az alapellátás előtt álló kihívások. És ahogy azt már megszoktuk, vár bennünket a „Péntek esti láz” a szombat esti fogadás és természetesen – a kávészünetek.

Hívjuk! Ahogy mindig, most is szeretettel. A tizedikre.

Jelentkezés a HGYE címén e-mailen, faxon vagy postai úton, illetve a www.hgye.hu honlapon.

Az egészségtől függ a gazdaságnövekedés

Nem a kiadások csökkentése, hanem a betegek költséghatékony ellátása a cél

Szoros az összefüggés az egészség és a gazdasági növekedés között – jelentette ki a Harvard Egyetem Közegészségügyi Intézetének közgazdászprofesszora az egészségügyi befektetések gazdasági hatásáról, a Magyar Tudományos Akadémián tartott konferencián. David E. Bloom professzor utalt rá, hogy közgazdászok kiderítették: az emberek élettartamának tízéves növekedése fejenként egyszázalékos GDP-növekedést eredményez. Az egészséges munkaerő ugyanis produktív, jobban részt vesz az oktatásban, tökébeáramlást jelent az országnak. Ha az emberek gazdagabbak, akkor jobban táplálkoznak, biztonságos vizet isznak, tisztálkodnak, így egészségesebbek, ezenkívül jobban figyelnek a betegségek megelőzésére, a gyermekek védőoltásaira; az egészségesebben felnövő gyermekek pedig több időt töltenek az oktatásban, így a felnőttek kevesebb betegnapot vesznek ki miattuk, a munkahelyükön ez jobban vonzza a befektetőket, akik új technológiákat fektetnek be, így több állás keletkezik és termelékenyebb a munkaerő.

Az egészség megvédését a gyermekeknek adott védőoltásokkal kell kezdeni. Ma – tudományos kutatások eredményeként – évente 10 millió életet lehetne megmenteni, ám a világ gyermekeinek negyede nem védett – tette hozzá. Azt is igazolták, hogy ha az emberek tovább élnek, többet is takarítanak meg, a megtakarításokat pedig befektetik, s ez serkenti a gazdaságot. Tény az is: ha az emberek úgy gondolják, hogy tovább fognak élni, többet áldoznak az innovációra is, ami tőkefelhalmozást eredményezve erősíti a gazdaságot. David E. Bloom szerint Ma-

gyarországon is – hasonlóan a fejlett országokhoz – túl kevés gyerek születik, öregszik a társadalom, s ez rövid és középtávon meg fogja terhelni a gazdaságot. A legjobb, amit a magyar politikusok tehetnek, hogy befektetnek a gyerekekbe, a gyermekegészségügybe és az oktatásba, hogy egészséges legyen a nemzet – hangsúlyozta.

A professzor úgy véli, a megelőzés állami feladat, az emberek többsége ezt önmagától nem nagyon helyezi előtérbe. Számukra természetesebb, ha a betegségek kezelésére és gyógyszerekre adják ki a pénzt. A prevencióhoz előrelátás kell, ez a kormányzat dolga. A megelőzés persze sok pénzbe kerül, de kiszámolták, hogy a legjobb befektetés, a legnagyobb gazdasági haszonnal jár, és lényegesen olcsóbb a következményes bajok orvoslásánál.

Ugyanezen a konferencián Kaló Zoltán, a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság elnöke úgy fogalmazott: nem csupán az elkerült betegséget, de a várható egészségnyereséget is figyelembe kell venni, amikor egy-egy védőoltás bevezetéséről döntenek az egészségügyi hatóságok, a biztosítók. Szerinte a hazai egészségügyben számos olyan technológiát alkalmaznak, amely nem jár egészségnyereséggel. Például sok a fölösleges röntgen- és más diagnosztikai vizsgálat, kidobott pénz továbbá, ha valaki csupán három hónapig szedi például a koleszterinszint-csökkentő gyógyszert, aztán akár pénzhiány miatt abbahagyja, hiszen ez utóbbi esetben még nem áll be a megfelelő szintre a koleszterin. Egyfajta algoritmus szerint lehet eldönteni, milyen technológiákat, orvosságokat, védőoltásokat érdemes alkalmaz-

ni. Lényeges, hogy az egészségügyi ellátórendszerben ne a költségcsökkentés, hanem az legyen a cél, hogy költséghatékony ellátást kapjanak a páciensek. A kötelező és közpénzből finanszírozott védőoltások programját ilyen paraméterek alapján kell kiépíteni – tette hozzá. Kaló Zoltán úgy összegezte előadását: ne hagyjuk azt a politikai demagógiát érvényesülni, hogy a védőoltásoktól a kiadások csökkentését kell elvárni. Azoktól költséghatékony várható el. Az azonnali többlet-terhet ugyanis a jövőbeni potenciális haszon függvényében kell értékelni. Fontos, hogy a védőoltások bevezetését is előzzék meg költséghatékony vizsgálatok, amelyekhez speciális modellezési ismeretekre van szükség.

Mészner Zsófia, az Országos Gyermekegészségügyi Intézet főigazgatója azt javasolta, hogy hazánkban legyen kötelező és ingyenes a súlyos tüdőgyulladás okozó pneumococcus baktérium elleni védőoltás is a gyermekek számára. Az öt évnél fiatalabb fertőzöttek közel fele ugyanis belehal egy ilyen – ma már megelőzhető – fertőzésbe, s ha túléli, akkor is maradandó károsodásokat szenved. A főorvos asszony utalt az Egészségügyi Világszervezet egy éve közzétett állásfoglalására. E szerint a védőoltások legfontosabb kockázati tényezője az életkor. Kiemelten fontosnak tartja a pneumococcusfertőzés elleni konjugált vakcina felvételét minden gyermek számára az ajánlott oltások rendjébe, amely rend Magyarországon példaértékű. Ennek eredménye, hogy számos fertőző betegség ma már a múlté hazánkban.

VILÁGGAZDASÁG MEDICINA, 2008. MÁRCIUS

Enyhe hallásprobléma és viselkedési zavarok összefüggései

címmel akkreditált továbbképzést szervez a Metohé Kft. gyermekgyógyászok, pszichológusok részére

2008. április 12-én a CEU Konferencia Központban

(1106 Budapest, Kerepesi út 87.)

A programból: Szabályozó funkciók idegrendszeri alapjai, neuropszichológiai vizsgálatok.

A viselkedési zavar összefüggései más fejlődési zavarokkal, a beszédfeldolgozás folyamata és vizsgálata.

A hallás klinikai diagnosztikája és a hallászavar kezelési lehetőségei, a beszédpercepció zavarára utaló gyanújelek.

A tanulási-beilleszkedési nehézségekkel és viselkedési zavarokkal küszködő gyermek segítésének komplex szemlélete.

Előadók: Gósy Mária DSc, dr. Páli Judit, dr. Schneider Júlia, dr. Simon Ferenc

Részvételi díj: 12 000 Ft. *Kreditpont:* 10 pont.

Jelentkezés: 06-96/439-305 Csöndes Csabáné, e-mail: metohe@hu.inter.net, fax: 06-96/439-305



MSD MAGYARORSZÁG Kft.* H-1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Tel.: +36 1 888 5300 Fax: +36 1 888 5388

Tisztelt Doktornő/Doktor Úr!

A közelmúltban a HPV-vakcináció esetleges mellékhatásáról megjelent félreérthető hírek kapcsán tájékoztatjuk az alábbiakról.

Az Európai Unióban eddig egy-egy osztrák és német halálesetet jelentettek, melyek egyikében sem igazolódott, hogy ok-okozati összefüggés állna fenn a vakcina beadása és – az oltás után hetekkel később jelentkező – nemkívánatos események előfordulása között. Ez a két eset az EU-ban több mint 1 év alatt beoltott kb. 1,5 millió, 9–26 éves nőpopulációban fordult elő.

A SILGARD® alkalmazási előírata tükrözi a 25 000-nél is több alany részvételével lezajlott klinikai vizsgálatok, valamint mindazon nemkívánatos eseményekről szóló beszámolók tapasztalatait, amelyekről az MSD a világszerte több mint 13 millió adag SILGARD értékesítése nyomán értesült. Az adatokat – ideértve a biztonságossági adatokat is – az egészségügyi szakértők alaposan ellenőrizték és megvitatták.

Egy nemkívánatos eseményről szóló jelentés nem feltételez ok-okozati összefüggést az esemény és a vakcináció között, csupán arra utal, hogy az esemény az oltást követően lépett fel.

Ahogy a többi vakcina esetében, úgy a SILGARD alkalmazásával kapcsolatban is folyamatosan figyelemmel kíséri az MSD a forgalomba hozatalt követő beszámolókat.

További tájékoztatásul csatoljuk az Európai Gyógyszerhatóság (EMA) 2008. január 24-én kiadott nyilatkozatát a Gardasil®/Silgard® biztonságosságával kapcsolatban. További információért kérjük, forduljon hozzánk bizalommal!

Együttműködését köszönjük!

Budapest, 2008. január 28.

Tisztelettel:

Dr. Nagy Péter
üzletágvezető

Dr. Szövérfy Géza
orvosigazgató

*A MERCK & CO., INC., Whitehouse Station, N. J., U.S.A. leányvállalata

®A SILGARD (egyes országokban GARDASIL) a Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N. J., U.S.A. bejegyzett védjegye.

EMA-nyilatkozat

a Gardasil biztonságosságával kapcsolatban

Az Európai Gyógyszerügyi Hatóság (EMA) előzetesen Gardasil-lal beoltott nők halálesetéről, köztük két, európai unió (EU-) országból származó fiatal nő hirtelen és váratlan haláláról értesült. A GARDASIL a humán papillomavírus (HPV) 6-os, 11-es, 16-os és 18-as típusa által előidézett méhnyakrák és más betegségek megelőzésére kifejlesztett vakcina, melynek alkalmazását az Európai Unióban jóváhagyták. A becslések szerint Európában eddig mintegy 1,5 millió nőt oltottak be ezzel a HPV-vakcinával.

A két európai esetről – melyek közül az egyik Ausztriában, a másik pedig Németországban következett be – a gyógyszerek biztonságosságának folyamatos nyomon követése kapcsán számoltak be. A halál oka egyik esetben sem volt megállapítható. A fiatal nők halála és a Gardasil vakcina beadása között ok-okozati összefüggést nem állapítottak meg.

A jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok alapján az EMA Emberi Felhasználásra Szánt Gyógyszerkészítmények Bizottságának (Committee for Medicinal Products for Human Use – CHMP) véleménye szerint a Gardasil előnye továbbra is felülmúlja a vakcina kockázatait, így nincs szükség a termékkel kapcsolatos információk módosítására.

Az EMA továbbra is fokozott figyelemmel kíséri a Gardasil biztonságosságát és megteszi a megfelelő intézkedéseket, amennyiben olyan új információ kerül napvilágra, amely befolyásolja a Gardasil előny-kockázat viszonyát.

Megjegyzések:

1. A vakcinának az EU-ban érvényes engedélyezési javallata szerint: „A GARDASIL vakcina a humán papillomavírus (HPV) 6-os, 11-es, 16-os és 18-as típusai által okozott nagyfokú cervicális-diszplázia (CIN 2/3), cervixcarcinoma, a vulva nagyfokú diszplázias lézióinak (VIN 2/3) valamint a külső genitális szemölcsök (condyloma acuminatum) megelőzésére szolgál.” A javallat alapjául a Gardasil 16–26 éves nők esetében mutatott hatásossága, valamint a Gardasil 9–15 éves gyermekek és serdülők esetében mutatott immunogénitásra szolgál. A védelem hatásosságát férfiak esetében nem értékelték.

2. A HPV 6-os, 11-es, 16-os és 18-as típusaira kifejlesztett vakcina az EU-ban Silgard néven is forgalomban van. A Silgarddal kapcsolatos további információkért látogasson el a <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/silgard/silgard.htm> oldalra.





Tömeges gyermekkori elhízás

A téma fontosságát jól tükrözi, hogy a New England Journal of Medicine 2007. decemberi számában két cikk és egy szerkesztőségi közlemény is foglalkozik a fenti kérdéskörrel.

Bibbins-Domingo és társai, a san franciscói egyetemről származó közleményükben a 2000-ben mért adatok alapján arra következtetnek, hogy a jövőben – a jelenlegi kamaszok körében észlelt elhízás miatt – több coronariabetegséget diagnosztizálnak majd ezek felnőttkorában. Az USA-ban az elhízott 14 éven aluli gyermekek száma meghaladja a 9 milliót, a gyermekek 17%-át. Az elhízott gyermekek nagy része, számítások szerint mintegy 80%-a felnőttkorában is túlsúlyos lesz. Az elhízás, amelyet többek között a testtömegindex (body mass index, BMI) magas értéke jellemez, a coronariabetegség számos rizikófaktorával, pl. a magas vérnyomással, a dyslipidémiával és a cukorbetegséggel áll összefüggésben. Ha a 2000-ben mért adatokból indulnak ki, akkor 2020-ban a férfiak között 30–37%-kal, a nők között 34–44%-kal nő meg az elhízottak száma. 2035-ben, amikor a fenti populáció középkorú lesz, a coronariabetegyek száma 5–16%-kal nőhet meg, ami évi 100 000-rel több megbetegedést jelent. A szerzők kiemelik, hogy számításaik valószínűleg nagyon is optimisták, hiszen nem számoltak pl. a már gyermekkori észlelhető atherosclerosis következményeivel, vagy azzal, hogy az elhízás foka az életkor emelkedésével nőhet. Ugyanakkor természetesen új terápiás eljárások is bekerülhetnek az elhízás elleni küzdelem fegyvertárába, amelyek hatását jelenleg nem lehet modellezni.

Baker és társai dániai vizsgálatok kapcsán hasonló következtetésre jutnak. A szerzők több mint 276 000, 1930 és 1976 között, Koppenhágában született gyermek adatainak feldolgozása alapján, mintegy 10 200 olyan férfit és 4300 olyan nőt találtak, akik felnőttkorukban coronariabetegségben szenvedtek. Miután mind a 276 000 gyermek évenkénti magassága és testsúlya rendelkezésre állt, kiszámították valamennyi évre a gyermekek BMI-jét. Arra a következtetésre jutottak, hogy fiúknál a 7 és 13 év közötti, lányoknál pedig a 10 és 13 év közötti BMI nagysága egye-

nesen arányos a későbbi coronariabetegség kialakulásának valószínűségével, hogy ez az összefüggés lineáris, és hogy nincs alsó határ, ami alatt a coronariabetegség nem következik be. A gyermekek életkorának növekedésével ez az összefüggés egyre erősebbé vált. A születési súly viszont nem befolyásolta az eredményt. Tekintettel arra, hogy a fiúk 7 és a lányok 10 éves kora előtt ilyen összefüggést nem találtak, azt javasolják, hogy az intervenció (diétás tanácsadás, több mozgás stb.) még ez előtt az életkor előtt történjen.

D. S. Ludwig, a Harvard egyetem endokrinológus professzora szerkesztőségi cikkben reagált a két közleményre. Tapasztalatai szerint, és ezt számos közlemény is alátámasztja, az elhízott gyermekek száma az Egyesült Államokban és az egész fejlett világban évről évre nő. A jelenség első szakasza, a gyermekkori elhízás tömegessé válása, a hetvenes években kezdődött. Jelenleg az USA-ban a gyermekek kb. egyharmadának BMI-je a kornak és nemnek megfelelő 85 percentil (túlsúlyos) vagy 95 percentil (elhízott) felett van, és egyes kisebbségi csoportokban pl. a feketék és a spanyol ajkúak esetén eléri az 50%-t. Napjainkban megjelentek körükben a testsúllyal kapcsolatos problémák, ez a második fázis. A kettes típusú, régebben szinte csak a felnőtteknél előforduló diabétesz előfordulása megtízszereződött, és a kisebbségi csoportokban már meghaladja az egyes típusú cukorbetegség előfordulási gyakoriságát. Zsírmáj, amely az 1980 előtt megjelent gyermekgyógyászati tankönyvekben még nem is szerepelt mint gyermekkori előforduló megbetegedés, már minden harmadik kóvér gyermeknél diagnosztizálható. De olyan betegség is, mint pl. az alvási apnoe, egyre gyakoribbá válik, és akkor még nem is beszéltünk a körükben előforduló pszichés problémákról, az izolációról, az evési rendellenességekről, a depresszióról. A gyermekkori elhízás következményeinek harmadik fázisa még nem észlelhető, de megjelenése hamarosan várható. Ennek egyik megjelenési formájával, a coronariabetegséggel foglalkozik a két fenti közlemény. A kóvérség következtében kialakuló diabétesz szövődményeként egyre több lesz a végstádiumú veselégtelenség, a

végtag-amputáció vagy a vakság. A zsírmáj májcirrózisba mehet át, és megnő a stroke előfordulása. Már most is vannak adatok arra, hogy a túlsúly következtében megrövidülhet a gyermekek várható élettartama, számítások szerint ez 2–5 évet jelenthet. A negyedik fázisban, ha nem történik effektív beavatkozás, a túlsúlyos egyének száma exponenciálisan nőni fog, annak minden egészségügyi, szociális és gazdasági következményével. Az elhízás csak ritkán örökletes, annál inkább a szülők és a környezet által programozott, viselkedési mechanizmusoktól függ, tehát viszonylag egyszerűen befolyásolható. A szerző szerint mihamarabb effektív beavatkozásra van szükség, mert ha nem, akkor a klímaváltozáshoz hasonló katasztrófa elé néz az emberiség. De a klímaváltozással szemben, a túlsúly elleni küzdelemhez megvannak a hatásos és olcsó eszközök, csak használni kellene őket.

Irodalom:

Bibbins-Domingo K et al: Adolescent overweight and future adult coronary heart disease. N Eng J Med 2007, 357:2372-3279

Bakker JL et al: Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. N Engl J Med 2007, 357:2329-2337

Ludwig DS: Childhood obesity – The shape of things to come. N Engl J Med 2007, 357:2325-2327

Orvoslátogatót csak rendelési időn kívül fogadhatunk!

A 11/2007. (III. 6.) EüM rendelet (5) szerint „Az ismertetést végző személy az ismertetői tevékenysége folytatása során a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz rendelésére vagy forgalmazására jogosult egészségügyi szolgáltató tevékenységét, a betegellátást nem akadályozhatja. Az ismertetést végző személy a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz rendelésére jogosultat kizárólag előzetesen egyeztetett időpontban keresheti fel. A gyógyszerrendelésre jogosult által meghatározott időpont kizárólag olyan időpont lehet, amikor a rendelésre jogosult az egészségügyi szolgáltató ellátási rendje szerint gyógyító-megelőző tevékenységet nem végez.

„NE HAGYD MAGAD!” – diszkriminációs jelzőrendszer

A diszkrimináció sokféleképpen megnyilvánulhat:

Közvetlen hátrányos megkülönböztetés: melynek során az elkövető az érintettet vagy a hozzátartozót másokhoz képest rosszabb bánásmódban részesíti.

Közvetett hátrányos megkülönböztetés: melynek során az elkövető több személlyel szemben azonos magatartást tanúsít, de ez csak látszólagos, mivel a fogyatékos személyekre vagy hozzátartozójukra nézve valójában sokkal hátrányosabb, mint a többiekre.

Zaklatás: melynek során a fogyatékoság miatt sérül a fogyatékos személynek vagy hozzátartozójának becsülete, emberi méltósága. Ide tartozhat a gúny, a kirekesztés, a szexuális molesztálás, a megalázás stb.

Jogellenes elkülönítés: melynek során az elkövető a fogyatékos személyt vagy hozzátartozóját e tulajdonsága miatt másoktól elkülöníti.

Megtorlás: melynek során az elkövető bosszút áll azzal a személlyel szemben, aki az elkövető korábbi diszkriminatív magatartása ellen fellépett.

A jogi segítségnyújtás ingyenes, a programban való részvétel csak szabad döntésen, önkéntes beleegyezésen alapulhat. Az adatszolgáltatás is önkéntes, azonban

elképzelhető, hogy a megfelelő adatok ismeretének hiányában nem tudunk hatékony segítséget nyújtani. A bejelentők személyes adatait jogszerűen, védetten kezeljük. Telefonos ügyfélszolgálat: az ország egész területéről helyi díjszabással kék számon hívható.

Telefon: 06-40/200-320

e-mail: nehagydmagad@kezenfogva.hu

cím: Kézenfogva Alapítvány

1461 Budapest, Pf. 234

jelige: „Ne hagyd magad!”

www.kezenfogva.hu/nehagydmagad

Jelezhetnek: értelmi fogyatékos, halmozottan sérült és autista személyek, számukra szociális szolgáltatást nyújtó, érdekeiket védő szervezetek, családtagok, hozzátartozók.

Milyen területekről várunk jelzéseket?

Foglalkoztatás, oktatás, képzés, szociális ellátás és egészségügy, lakhatás, üzletek, bankok, biztosítók, vendéglők, szórakozóhelyek, kulturális intézmények és egyéb szolgáltatók, közigazgatás, rendvédelem.

Milyen esetekben?

Ha az érintettet hátrányos megkülönböztetés érte, vagy úgy érzi, hogy nincsenek meg az egyenlő esélyei az élet valamely területén.

KÉZENFOGVA ALAPÍTVÁNY

A Budai MÁV-ban a Svábhegy

Örömmel értesítjük Önöket, hogy a volt Svábhegyi Gyermekgyógyintézet orvosai a betegek ambuláns ellátását a továbbiakban a Svábhegyi Országos Allergológiai, Immunológiai és Pulmonológiai Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Közhasznú Kft. keretében biztosítják.

Szolgáltatásainkat járóbeteg-ellátás keretében térítésmentesen vehetik igénybe. Terveink szerint rövid időn belül a volt „Svábhegy” teljes allergológiai és pulmonológiai járó- és fekvőbeteg-ellátási spektrumával rendelkezésükre állunk.

Szolgáltatásaink: szakorvosi vizsgálatok (gyermekgyógyászat, allergológia és immunológia, gyermek-tüdőgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, bőrgyógyászat) légzésfunkciós vizsgálatok (hagyományos, impulzus-oszcillometria, broncholysis, provokációk stb), általános és specifikus allergológiai és laboratóriumi alapvizsgálatok, mellkas- és orr-melléküreg rtg-felvételek. Gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök használatának megtanítása. Gyógytorna betanítása, fizioterápia, életmód és diétás tanácsok.

Előzetes időpont-egyeztetés szükséges.

Címünk: 1124 Budapest, XII., Szanatórium u. 2/A (volt Budai MÁV Kh. II. emelet és földszinti vizsgálók) Telefon: 395-4922, 391-7091, mobil: 20/448-8275.
Beutalási kód: 01592G195

DR. KÓSA LAJOS PHD
ÜGYVEZETŐ IGAZGATÓ

Gyermekrendelés a MÁV Kórházban

A Vasútegészségügyi Kht. Budapesti Egészségügyi Központjának csecsemő- és gyermekgyógyászati szakrendelése továbbra is működik.

Cím: Vasútegészségügyi Kht. Budapesti Egészségügyi Központ 1062 Bp., Podmaniczky u. 109. Tel.: 8810-122

Csecsemő-gyermekgyógyászat, korai fejlődésvizsgálat csecsemőkorban, gyermekpszichiátria, magatartás-problémák, tanulási, figyelem- és táplálkozási zavarok – dr. Barcsi Judit. Gyermekallergológia, -pulmonológia – dr. Endre László. Csecsemő-gyermekgyógyászat – dr. Eszter Elemér.

A rendelőintézetben gyermekek részére UH-rendelés, laboratórium, ortopédia (csípőszűrés), fül-orr-gégészet, audiológia és az anyák részére szoptatási tanácsadó működik. Betegeinket előzetes időpont-egyeztetést követően beutalóval várjuk.

Margitban a Fejlődésneurológia

A (volt svábhegyi) Fejlődésneurológiai Osztály és Szakrendelés új telephelyén, változatlan személyzettel és felszereltséggel, ágy- és óraszámmal folytatja működését. A meningo(myelo)cele miatt sürgős műtetre szoruló újszülötteleket közvetlenül a szülés után, 24 órás folyamatos üzemmódban fogadjuk. Ellátási kötelezettségünk továbbra is az egész országra terjed ki.

Címünk: Szt. János Kórház Fejlődésneurológiai Osztály (Margit kórházi telephely):

1032 Budapest, Bécsi út 132.

„A” épület, III. emelet.

Felvételre, illetve ambuláns rendelésre jelentkezés telefonon történik a Margit Kórház központi számán: 250-2420, 250-2170 a Fejlődésneurológiát kérve.

DR. BERÉNYI MARIANNE
OSZTÁLYVEZETŐ FŐORVOS

Ha túllépjük az átlagost

A 17/2007. (II.13.) sz. Kormányrendelet célja az orvosok gyógyszerfelírási gyakorlatának összehasonlítása és értékelése volt. A monitorozott terápiás csoportokban nézte az adott orvos és az országos gyakorlat közötti eltérést és meghatározta az eltérésnek azt a szintjét, mely felett degresszív finanszírozás-visszatérítési mechanizmus lép érvénybe az átlagot túllépő orvosokkal szemben.

Az előző év és 2008 első negyede a monitorozás időszaka volt, ezalatt senkit nem ért hátrány, ha rendelési mutatója eltért az országos átlagtól. A tapasztalatokat és a szakmai szervezetek véleményét figyelembe véve a monitorozó rendszer az alábbi területeken módosul:

1) A háziorvosok és az intézményi orvosok monitorozásának elkülönítése

A háziorvosok és az intézményi orvosok külön-külön meghatározott terápiás csoportok alapján kerülnek monitorozásra. A rendelet 1. és 2. számú melléklete mutatja be a monitorozásba bevont ATC csoportokat.

2) Egy negyedéven belül nem változik a célérték

Az eddig havonta változó országos átlag helyett egy adott időszakra, negyedévre rögzítve került kialakításra az ún. célérték, amely lehetőséget biztosít arra, hogy az orvos a gyógyszerrendelési szokásait ennek ismeretében módosítsa.

3) Jogcímenkénti célérték bevezetése

A célérték az adott terápiás csoportban a forgalommal súlyozott egynapi terápia támogatásának átlaga, amely jogcímenként (normatív, emelt, kiemelt) is meghatározásra kerül (összes tb-támogatás / összes DOT). A célérték naptári negyedévre lesz érvényes, melyet az OEP a negyedévet megelőző 3. hónap támogatási és forgalmi adatai alapján fog meghatározni. A célérték megjelenítésre fog kerülni a vényíró szoftverben is.

4) A visszatérítés szabályainak módosítása

Módosításra kerültek a visszafizetés szabályai. Ennek lényege, hogy a visszavonás ugyan továbbra is a teljesítménydíjból, illetve az intézményi finanszírozásból történik, ennek mértéke azonban nem haladhatja meg az orvos/ok által az adott időszakban a monitorozott terápiás területeken kiutaltványozott tb-támogatás összegét. További módosítást jelent, hogy a szolgáltatói szintű összesítés során az

átlagnál kedvezőbb gyógyszerrendelők saját Bsúlyukkal (átlagtól való eltérés) kerülnek figyelembevételre, nem pedig a jelenleg hatályos rendeletben foglaltak szerinti „0”-val, így biztosítva van a lehetőség, hogy intézményi szinten a kedvező és kedvezőtlen Bsúlyok hatásai kiegyenlíthessék egymást.

Módosul továbbá a visszatérítés aránya: az eddigi 2%-os eltérés helyett +15%-tól indul a visszatérítési kötelezettség. Ezzel jelentősen csökken a visszatérítésre kötelezett háziorvosok, illetve egészségügyi szolgáltatók aránya (20–30 háziorvos, 10–15 intézmény).

5) A háziorvosoknál csak a normatív jogcímen történt felírások kerülnek értékelésre

A 2007-es évi monitorozás során problémaként merült fel a szakorvosi javaslatra felírt gyógyszerekre kifizetett tb-támogatás beleszámítása a háziorvosok értékelésébe. Szinte valamennyi véleményező szerv kifejtette azon észrevételét, miszerint ezekben az esetekben a háziorvos kötvén van a szakorvos javaslatához, így a háziorvosok adott esetben olyan gyógyszerrendelés miatt kerülnének büntetésre, melyre semmilyen befolyásuk nincs. Többek között e probléma áthidalására született megoldásként egyrészt eltérő ATC csoportok monitorozása a háziorvosi, illetve az intézményi orvosi körben, másrészt az, hogy a háziorvosok esetében kizárólag a normatív (azaz általános) jogcímen felírt készítményekre kifizetett tb-támogatás vesz részt az értékelésben, tehát a szakorvos által javasolt emelt, illetve kiemelt jogcímen rendelt gyógyszerek nem kerülnek értékelésre. A fentiek szerinti módosítások megoldják a szakorvosi javaslatra írt/írható készítmények háziorvosok általi rendelésével kapcsolatos problémákat, panaszokat. Ezen gyógyszerkörben külön ellenőrzőrendszer kerül kialakításra 2008. I. féléve folyamán.

6) Kivételi szabályok módosulnak

Bővítésre kerül azon kivételi kör, amely az adott orvos értékelésekor nem számítható be. Jelen módosítás alapján nem kerül értékelésre annak az orvosnak a rendelése, aki havi 20 000 Ft-nyi tb-támogatásnál kevesebb gyógyszert rendel a monitorozott ATC csoportokban. Továbbá nem kerülnek figyelembevételre az orvos értékelése során azok az ATC csoportok, amelyekben az orvos az adott hónapban kevés, 5–6 vényt ír fel (max. 150 DOT).

7) Csak a rendszeres eltérés és a szankcionálható határ átlépése esetén kerülhet az orvos, illetve az intézmény szankcionálásra

A szankció érvényesíthetőségének előfeltétele, hogy a Bsúly négy egymást követő hónapban keresztül nagyobb legyen, mint nulla, tehát a rendszeres eltérés a jelenlegi három hónap helyett négy hónapra változott.

Az új szabály szerint akkor kerülhet sor szankció érvényesítésére egy adott orvos illetve intézmény esetében,

– ha az orvos, illetve intézményi orvosok együttesen négy egymást követő hónapban keresztül olyan gyógyszerrendelést folytat/nak, mely eredményeként a Bsúly minden hónapban pozitív irányban eltér a célértéktől, azaz minden hónapban teljesül a Bsúly >0 feltétel,

– és a Bsúly értéke a négy hónapban legalább egyszer meghaladta a 15%-ot.

Amennyiben a Bsúly >0 feltétel a negyedik hónapot követően is folyamatosan teljesül, és a szankcionálható határ is túllépésre kerül, akkor a visszavonás érvényesítése is folyamatossá válik.

Az OEP által végzett előzetes hatásvizsgálatok szerint a fentiekben bemutatott jogszabályi módosítások hatására várhatóan jelentősen csökken a tényleges visszatérítésre kötelezhető háziorvosok, illetve intézmények aránya.

Forrás: EüM

Az ÁNTSZ viszi

Az országos és a fővárosi gyermek-alapellátási szakfelügyelő fellépése nyomán Dr. Falus Ferenc országos tisztviselő intézkedett arról, hogy 2008 januárjától az ÁNTSZ biztosítsa az oltóanyagok oltókörbe szállítását. Az oltóanyag-ellátás korszerű követelményeinek megfelelően, a hűtlánc folyamatossága érdekében gépkocsival juttatják el a negyedéves – ahol pedig a tárolás körülményei azt nem teszik lehetővé, a havi – oltóanyag-mennyiséget a házi gyermekorvosi, illetve háziorvosi körzetekbe. A pótlások szerinti vagy a soron kívüli oltásokhoz szükséges oltóanyag-szállítás továbbra is az oltókör feladata.

Praxisok

- Herenden 880 fős gyermekorvosi praxisjog eladó. Ára: 2,5 millió Ft. Havi finanszírozás 810 000 Ft. Központi orvosi ügyeleti díj: 3 240 Ft/óra. Tel.: 06-70-333-6059.
- Szombathelyen gyermekörzet praxisjoga sürgősen eladó. Érdeklődni a 06-30 618-7295 vagy 06-94-319-484-es telefonon. Központi ügyelet van.
- Budapesten a XIV. kerületben, 1000 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Vétel előtt helyettesítés is szóba jöhet. Érdeklődni a 20-972-40 67 telefonon.
- Budapesttől 30 km-re, M6-os autópálya mellett, 950 fős gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet van. Érdeklődni: 06-30-203-9817-es telefonszámon lehet.
- Budapesten a XV. kerületben házi gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06-30 972-2795
- Budapesten, XVII. kerületben, Rákaskerten 1100 fős házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. Az ár megegyezés tárgya. Tel.: 06-20-3988-483
- Kozármisleny városban, (Pécs mellett) az önkormányzat pályázatot hirdet házi gyermekorvosi feladatok vállalkozói formában történő ellátására. A pályázat beadásának határideje 2008. március 31. Érdeklődni a 72/570-910 számon, dr. Bíró Károly jegyzőnél lehet.
- Bács-Kiskun megyében, Kecskemét vonzáskörzetében 1050 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Felújított szolgálati lakás, központi ügyelet van. Érdeklődni: 20/662-8560
- Fejér megyében, Sárbogárdon, 750 kártyás gyermekorvosi praxis kitűnő asszisztenciával és jól felszerelt rendelővel eladó. Mellékállás lehetséges. Érdeklődni lehet délelőtt a rendelőben 06-25-463-220 és 19 óra után a 06-25-461-629-es telefonon.

Új kompetencialista

Az Egészségügyi Közlöny 2008. február 21-i számában megjelent az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a házi gyermekorvosi kompetencialistáról.

Kérjük, támogassák!

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete a Magyar Gyermekorvosok Társaságával együtt, közös levélben hívja fel a 2–3 hónapos csecsemők szüleinek figyelmét a rotavírus elleni védőoltás jelentőségére. Kérjük kollégáinkat a vakcináció támogatására.

(hgye)

Helyreigazítás

Az OALI kiadásában megjelent „Testnevelési kategóriába sorolás egészségügyi szempontjai” című szakmai irányelv összeállítóinak névsorában az OGYEI munkatársai között Fekécs Éva MSc. védőnő helyett tévedésből Fehér Éva neve jelent meg. A hibáért elnézést kérünk.

OALI

E-mail címeket!

Jelenleg több mint 300 kollégánknak tudunk gyorsan, fontos információkat küldeni. Ha az „Apróhírekre” Ön is igényt tart és eddig még nem küldte el e-mail címét, juttassa el hozzánk mielőbb (hgye@mail.datanet.hu)! Ha postacíme megváltozott, kérjük, azt is jelezze.



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.

HÍRVIVŐ

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban.

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

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

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

Címlapfotó: Konkoly-Thege György Belső fotók: Szamosi János