

2008. május ■ XIII. évfolyam 2. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Egyedül nem ment

Április 29-én aláírták az alapellátás finanszírozási rendszerének módosításáról szóló megállapodást. Más szemléletű elosztással, de visszakaptuk a népszavazás nyomán elvesztett, a dotáció közel húsz százalékát kitevő pénzünket.

Már a népszavazás előtt megbeszélést kezdeményeztünk a minisztérium vezetőivel, szerettük volna, ha a kompenzáció megmarad. A minisztérium álláspontja az volt, hogy ha nincs vizitdíj, nincs mit kompenzálni, a mienk meg az, hogy a népszavazás az Alkotmánybíróság határozata alapján nem érinthet költségvetési tételeket. Márpedig a gyermekorvosi alapellátás a biztosítási alapból, végső soron tehát az államtól kapta a kompenzációt.

A minisztérium álláspontja rendíthetetlennek tűnt, a „kárenyhítésről” szóló tárgyalások során a mi kompenzációnkat tekintette az osztható alapnak. Mi is ragaszkodtunk álláspontunkhoz: jogszerűtlennek tartanánk a pénzünk elvételét, annak felosztását az összes alapellátó között. Kezdetből megnyugvással töltött el bennünket az, hogy a MOK, a MOTESZ, a FAKOOSZ, a Kórházszövetség, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, a Medicina 2000 Szakorvosi Szövetség vezetői deklarálták, hogy nem akarnak a „sorstársak” érdekében a mi zsebünkben „kotorászni”. Cserébe mi is kiálltunk a háziorvosi és fogorvosi kar mintegy tízezer tagját ért veszteség teljes pótlásáért.

A hatalom megosztottságára utalt, hogy a minisztérium mellett az egészségpolitika más korifeusai is keresték velünk a kapcsolatot. Érezhető különbség volt a Magyar Szocialista Párt egészségügyi kabinetjének és a minisztériumnak a véleménye között, az előbbieket inkább a megegyezésre, az utóbbiak elsősorban a konvergenciátörvény szabta korlátok betartására törekedtek.

Horváth Ágnes felmentésével, a koalíció felbomlásával egy időben, az orvosi kamara bejelentette, hogy ha nem lesz megegyezés, a válságos helyzetbe kerülő praxisokat a biztosítóval kötött szerződések felbontására ösztönzi. Az események ekkor felgyorsultak. Székely Tamás a miniszterelnöki megbízáshoz nemcsak kormányzati támogatást, de a tárgyaláshoz kellő finansziális bázist is kapott.

Az egymást követő megbeszéléseken a gyermekorvosi vizitdíj-kompenzáció tízezer felé osztásától indultunk, ígérték utána nagyobb összeget pluszteljesítmény bevállalása esetére, végül a jogviszony-ellenőrzés díjazásával, szorzószám- és fixdíjmeléssel jutottunk el oda, ahol a népszavazás előtt voltunk. Vizitdíj nélkül oda, ahol vizitdíjjal voltunk!

Kellett ehhez elsősorban, a most kivételesen jól taktikázó, helyzetet jól érzékelő, határozottan fellépő, megosztási törekvéseknek ellenálló, részérdekeket összefogó kamara. Kellett aztán egy koalíciót és kormányzati tartást összeroppantó politikai helyzet. És kellett hozzá az orvosi szolidaritáson túl még valami: a Házi Gyermekorvosok Egyesületének koherens, széles körben elismert munkája. Egy kis szervezet kitartható, saját érdekeit szem előtt tartó, felesleges konfliktusokat kerülő, kizárólag szakmai szempontokon alapuló érvelése! Ugyan korábban alig segítő kezek is megmarokolták most azt a zászlót, amit többnyire magunkra hagyva tartunk a szembeszélben, mégis készséggel elismerjük, jól jött ez a segítség. És mit számít az, hogy a nagyobb fény a frissen odaugrókra esett, ha tudjuk, hogy egymás nélkül nem jutottunk volna oda, ahová együtt eljutottunk.

Dr. Huni King

TARTALOM

- Kompenzáció 2–3
- Európai gondok 5
- Jövők titkai 7
- Mit tettünk? 8–9
- Nizza 10–11
- Járványok Európában 12–13
- Kanyaró a szomszédban . . 15
- HPV elleni oltás hátrányos helyzetű lányoknak 17
- MGYT-konferencia 18
- Derús éjszakák 18
- Védőnővel ne! 19
- Hetente vagy havonta? . . 19
- Hogy is van ez? 19
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2008-ban:



Megállapodás a finanszírozási rendszer módosításáról

2008. április első felében Gyurcsány Ferenc miniszterelnök úr meghatalmazta Dr. Székely Tamás főigazgató urat, hogy folytasson egyeztetéseket a háziorvosi és fogorvosi szakma képviselőivel a szakmai és finanszírozási rendszer problémáiról, illetve a lehetséges megoldásokról. Ennek érdekében 2008. április 16-ától kezdődően több alkalommal találkoztak a felek, melynek eredményeképpen az alábbi megállapodás született.

A 2008. áprilisi kifizetésektől kezdődően

- minden háziorvosi szolgáltató eseténként 50 Ft díjazásban részesül a biztosítottak jogviszonyának ellenőrzése során;
- a díjazásban alkalmazott szakképzettségi szorzószámok megemelésre kerülnek, a jelenlegi 1,2-es érték 1,3-re, az 1,1-es érték 1,2-re;
- a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgáltatók fix összegű díjazása megemelésre kerül a különböző kategóriákban havi szinten 65, 70 és 75 ezer forinttal;
- amennyiben a háziorvosi szolgáltató a praxisban alkalmazott nővér (asszisztens) mellett további szakdolgozót alkalmaz, akkor a szolgálat depressziós határa

8 órában történő alkalmazás esetén 800, 4 órás alkalmazás esetén 400 ponttal emelkedik.

(...)

A fentieket megalapozó jogszabályi módosításokat a szaktárca előkészíti és gondoskodik azok kihirdetéséről. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a kihirdetést követő havi kifizetés során az emelt díjakat utalványozza. A felek elfogadják, hogy a korábban a vizitdíjjal beszedett összeg mértékének megfelelő háziorvosi előirányzat növekmény kassza szinten valósul meg.

A felek kinyilvánítják továbbá azon szándékukat, hogy mind a háziorvosi, mind a fogorvosi területen további egyeztetéseket folytatnak. Ezekon olyan témaköröket tekintenek át és tesznek javaslatokat a módosításokra, melyek a háziorvosi és fogorvosi életpálya stabilitását szolgálják, elősegítik azt, hogy a háziorvosi és fogorvosi szakma vonzóvá váljon és a praxisutódlás kérdésköre is rendeződjön. Ennek érdekében foglalkoznak a területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi szolgáltatók alakítási lehetőségeivel, a háziorvosi és fogorvosi jelentési rendszer

egyszerűsítésével, a praxisalappal, a hátrányos helyzetű településeken működő szolgáltatók helyzetével, a háziorvosi és fogorvosi rezidensképzés anyagi támogatásával, a részleges teljesítményelvű finanszírozás bevezetésének lehetőségével a háziorvosi ellátásban. Kiemelt figyelmet kell fordítani a praxisok finanszírozási díjának áttekintésére, törekedni kell a lehetőségek szerinti legnagyobb mértékű kasszanövekmény elérésére. Amennyiben a megbeszéléseken más problémás területek is felszínre kerülnek, akkor természetesen ezekkel is foglalkozni szükséges.

Jelen megállapodás aláírásával a Magyar Orvosi Kamara kötelezettséget vállal arra, hogy valamennyi érintett szolgáltatót, illetve orvost tájékoztatja jelen megállapodás tényéről, és arról, hogy e megállapodással a kamara által megfogalmazott követelések első pontja teljesült. Tájékoztatja továbbá az érintetteket, hogy a tárgyalások a fentiek szellemében tovább folytatódnak, és a 2009. évi Költségvetési Törvény megismeréséig a finanszírozási szerződések felmondását nem látja indokoltnak.

Budapest, 2008. április 29.

Dr. Éger István
elnök, MOK

Dr. Székely Tamás
miniszterelnöki megbízott

Dr. Huszár András
elnök, HGyE

Dr. Gyenes Géza
elnök, MOSZ

Dr. Balogh Sándor
főigazgató, OALI

Dr. Komáromi Zoltán
országos szakfelügyelő

További információk

A 65/2008 Kormányrendelet (III. 29.) a 0–4 éves korcsoportba tartozók pontértékét 5,5-ről 4,5-re, az 5–14 éves korcsoportba tartozók pontértékét 3,5-ről 2,5-re csökkentette. Ezt a jogszabályt a fenti megállapodás nem érinti.

A fix díj a hatszáznál alacsonyabb lakosság(gyermek)szám után 200 000 Ft-ról 265 000 Ft-ra, hatszáz és nyolcszáz között 177 000 Ft-ról 247 000-Ft-ra, nyolcszáz feletti létszámnál pedig 135 000 Ft-ról 210 000 Ft-ra emelkedik.

További – legalább napi 4 órás – szakdolgozó alkalmazásakor 400, 8 órás foglalkoztatásánál 800 ponttal emelkedik a depressziós ponthatár. A depresszió alapértéke egyébként ismét 2400 pont lett.

Egy átlagos létszámú és korcsoportösszetételű gyermekorvosi praxis OEP-től kapott havonkénti támogatása a vizitdíj-kompenzáció időszakában 792 500 Ft volt.

Megállapodás hiányában ez most 657 200 Ft-ra csökken. A megállapodás alapján az átlagos gyermekorvosi praxis összfinanszírozása 813 700 Ft-ra emelkedhet, ha a további szakszemélyzet alkalmazásával elérhető növekményt is figyelembe vesszük.

A változások 2008. április 1-től érvényesek. A megállapodásban foglalt módosítások kidolgozása és kihirdetése időigényes folyamat, az emiatt elmaradt kifizetéseket utólag és visszamenőleg is teljesítik.

Dolgozunk azon, hogy a kiemelt gyógyszer-támogatásra jogosító szakorvosi javaslatok időtartama a jelenlegi 6 hónapról bizonyos esetekben 12 hónapra emelkedjen.

Korlátoznánk a TEK nélküli praxisalapítás lehetőségét, szándékaink szerint csak akkor lehetne új szerződést kötni, ha a TEK nélküli praxis nem veszélyezteti az

ellátási kötelezettséggel rendelkező praxis működőképességét.

El akarjuk érni, hogy a praxisról, illetve tevékenységünkről szóló rekordképet online módon továbbíthassuk az OEP felé. Ez csökkentené a számunkra előírt adminisztrációt.

A 2009. január 1-től létrejövő praxisalap hitelintézet-szerű működése megkönnyítené a működtetési jog megvásárlását.

A hátrányos helyzetű településeken dolgozó alapellátók nehezebb munkakörülményeit kiegészítő finanszírozással ismerik majd el. Költségvetési forrásból támogatják a rezidens alkalmazását.

A lakosság egészségi állapotának teljes körű felmérését, a népegészségügyi fontosságú szűrővizsgálatok kiterjesztését elősegítő „teljesítményelemek” kerülnek a finanszírozási rendszerbe.

HUSZÁR ANDRÁS

Reakciók

LENYELTÉK

Pontosan a vizitdíj-kompenzációval kevesebbet utaltak! Nyoma sincs a szerződésben leírtaknak, hacsak nem úgy kell értelmezni az áprilisi utalást, hogy azt júliusban kapjuk meg, de akkor két hónapot lenyeltek.

IGAZSÁGTALAN

Köszönjük az érdekképviselést. Bízunk a megállapodás teljesítésében. A kollégák az utólagos finanszírozást igazságtalannak tartják. Úgy gondolom, hogy még egy kis türelemmel kell lennünk. Várjuk a további információkat.

MIÉRT KEVESEBB?

Most miért kaptam 200 000 Ft-tal kevesebb pénzt a tb-tól?!

PLAKKOK

Gratulálok a csapatnak és köszi a befektetett energiát. A coronarian szerzett plakkokért senkit nem irigyelek.

ELSŐ LÉPCSŐ

Különösen akkor lesz értéke ennek az eredménynek, ha valóban egy „reform” első lépcsőjének bizonyul, tehát ha követi majd néhány egyéb szakmai és finanszírozási változtatás is. Ebben a helyzetben örülhetünk, örülünk ennek is.

MŰKÖDÉSKÉPTELENEK LETTÜNK

A megállapodás a házi orvosi és a fogorvosi életpálya stabilitását szolgálja. Ennek

ellenére a házi gyermekorvosok finanszírozása május hónapban jelentősen csökkent. Idén májusban 626 000 tavaly májusban 772 000, 2006-ban 682 000, 2005-ben pedig 692 000 forintot kaptam. Három évre visszamenőleg ilyen alacsonyan még nem honorálták a munkámat és praxisom fenntartását. Jelenleg 150 000 Ft-tal kaptam kevesebbet az előző hónapinál. Mivel február havi kifizetések történnek, a házi gyermekorvosoknak júniusig járna a költségvetésben elkülönített vizitdíj-kompenzáció. Megtörtént a korcsoportos pont csökkentő korrekciója, de az ellentételezés, amit a megállapodás ígért (fix díj emelése, szorzó emelése, jogviszony-ellenőrzés), nem. 620 000 Ft sajnos a fizetésekre és járulékokra sem elég. Kérem a házi gyermekorvosi finanszírozás sürgős áttekintését, mert működésképtelenek lettünk.

A további egyeztetések során javaslom:

– Hátrányos helyzetű praxisok differenciált támogatását. (Az én praxisom 60%-a tanya, külterület, kisebbségi, munkanélküli családokkal stb. A területi pótlékot 8 éve nem rendezték. Ellátásuk jóval nagyobb munkát, a szülők és gyerekek egészségnevelése jóval több időt igényel, és mindez nagyobb anyagi terhet jelent.) Szót érdemelne az ezeken a területeken terjedő fertőző betegségek (lues, gonorrhoea, tbc, rüh, tetű) miatt a páciensek elkülöníthető ellátása is.

– Az amortizáció és eszköztámogatás visszaállítását emelt összeggel.

– A praxis nem profitorientált vállalkozás, szó volt, de már régóta nincs szó az orvosok iparűzési és kommunális adójának eltörléséről.

MIT LEHET EHHEZ HOZZÁTENNI?

A HGYE-be érkező reklamációk száma mindig akkor dagad a legnagyobbra, amikor a finanszírozásunkba beletenyel a politika. A mostani „oda-vissza pénz” história senkinek sem hiányzott. A népszavazást lehetett volna elegánsabban is kezelni.

A „tárgyhavi” meg „visszamenőleges” finanszírozás kétségtelenül bonyolult kérdését nem könnyű kellő információk hiányában, fél-szavak alapján megérteni. Az ominózus megállapodásból következő javadalmazást sem tudja mindenki könnyedén a saját praxisára bontva kiszámolni. Az elemi tájékozódás és a dolgok megértésének igyekezete azonban mindannyiunk kötelessége. Ennek hiányában ugyanis könnyen tűnhet a mégoly jogos kritika is üres hőzöngésnek.

(A szerk. megj.)

A reform fő irányai

(Idézet Békesi László írásából*)

Egészségbiztosítási rendszer

A rendszer régóta halogatott reformja iszonyú indulatokat szítva megkezdődött, de könnyen lehet, hogy megreked, és egy működésképtelen, rossz kompromisszumokra épülő torzóval fejeződik be. A biztosítási rendszer átalakításának jelenleg erőltetett, decentralizált modellje nem hatékonyabb, de drágább az egybiztosítós modellnél, a piaci befektetők bevonását, a szolgáltatók valódi versenyét pedig kizárja.

Amíg nem késő, vissza kellene térni az érdemi egészségügyi reform fő irányaihoz:

– az ingyenes orvosi ellátás tartalmának felülvizsgálata és szűkítése;

- a felesleges és párhuzamos kapacitások felszámolása, a hiányzó fejlesztése (kórházak, szakorvosi rendelőintézetek – a folyamat elkezdődött, de eltorzult és megállt);
- a magánbefektetések feltételeinek megteremtése és ösztönzése;
- a biztosítási monopólium megszüntetése, a verseny megteremtése a szolgáltatást vásárló biztosítók, valamint a szolgáltatásokat nyújtó intézmények között;
- a szolgáltatást igénybevevők hozzájárulásának növelése és/vagy legális, szabályozott csatornába terelése, a munkáltatók terheinek csökkentése.

(*Megjelent a Népszabadság május 3-i számában)

Az európai gyermekorvosi alapellátás gondjai*

Alfred Tenore, az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) gyermekorvosképzésért felelős bizottságának (European Board of Paediatrics EBP) elnöke a területen dolgozó gyermekorvosok elmúlt évben Budapesten rendezett európai konferenciáján foglalta össze az Európa-szerte az alapellátás előtt álló szakmai kihívásokat. Felhívta a figyelmet arra, hogy az orvosi ismeretek, a technológia, a genetika, a molekuláris biológia, az informatika vagy a vakcinológia fejlődése, a mindezek következtében is változó morbiditási struktúra, a krónikus elváltozások gondozásának irányába tolódó ellátás, a családok kulturális és etnikai sokszínűsége olyan új ismereteket követel a gyermek-alapellátás minden szereplőjétől, amelyre jelenleg nincsenek kellő mértékben felkészülve.

Nem pusztán szakmai kihívások állnak a területi gyermekgyógyászat előtt. Nehezíti a változó feladatok ellátását a szolgáltatónálzat szerkezete, fokozódó specializálódása, a gyermekorvosok rendkívül heterogén területi megoszlása, nyugdíjkorhatár felé tolódó korstruktúrája, vagy a szakma elnöiesedése. Csökken a területi gyermek-alapellátás presztízse és ezzel szoros összefüggésben utánpótlása.

GYERMEKORVOS VAGY HÁZIORVOS?

Régóta hangoztatjuk, hogy minden gyermeknek joga van az optimális szintű orvosi ellátáshoz, hogy ez az alapellátási szinten is megilleti őket, hogy a gyermekorvosok megfelelő képzettséggel rendelkeznek a feladatok ellátására, az új ismeretek elsajátítására, és szakmailag elfogadott evidencia, hogy a gyermekkor a koncepciótól a növekedés befejeződéséig tart.

Mindezek ellenére nincs gyermekorvosi alapellátás Európa olyan meghatározó országaiban, mint az Egyesült Királyság, Írország, Dánia, Norvégia, Svédország, Finnország vagy Hollandia, és megszűntek a korábban már kiépített gyermek-alapellátási hálózatot mindazon újonnan csatlakozott közép- és kelet-európai uniós államokban, ahol a szakmai szervezetek nem voltak elég erősek ahhoz, hogy megvédjék azt. Csehország és Szlovákia kivételével minden európai országban elláthatnak háziorvosok gyereket, holott gyermekgyógyászati képzettségük és készségük elmarad a gyermekorvosokétól. Hogy milyen arányban és hány éves kortól látnak el ők gyermeket, azt a helyi erőviszonyok aktuális állása határozza meg. Általá-

nosságban igaz, hogy többnyire a legrosszabb szociális helyzetű, legrosszabb egészségprognózisú gyermekek maradnak ki a gyermekorvosi alapellátásból.

KELL-E GYERMEKORVOS AZ ALAPELLÁTÁSBA?

Gazdasági számításokkal igazolt, hogy az alapellátásban nyújtott definitív ellátás a leghatékonyabb ellátás. A fentiek tükrében mégsem meglepő, ha elfogadhatatlanul magas azoknak a gyerekeknek az aránya, akik szekunder ellátás szintjén kapják meg azt az ellátást, amit alapellátási szinten is megkaphatnának. Külföldi gyermekorvosok is indokolatlanul pulmonológiai, kardiológiai, ortopédiai, bőrgyógyászati stb. szakrendelésre beteget, de jóval nagyobb arányban kerülnek sürgőstelenül „sürgősségi”, kórházi, szakrendelői ellátásra a háziorvoshoz tartozó gyermekek.

KINEK ÉS HÁNY ÉVES KORIG?

A gyermekorvosi alapellátás szakemberei nem tudnak a világos szakmai álláspontoknak érvényt szerezni, ezért hosszú ideje nincs áttörés az alapkérdésekben: szükség van-e általános gyermekorvosra az alapellátás szintjén, keveseknek vagy mindenkinek, szegényeknek vagy gazdagoknak, 6 éves korig, 14 éves korig, vagy 18 éves korig?

HARC A PIACÉRT

Finanszírozási kérdések nehezítik a megoldást. A teljesítmény alapú finanszírozás indokolatlan teljesítményre ösztönöz minden szolgáltatót, a fejkvóta alapú finanszírozás viszont szakmailag indokolhatatlan versenyt gerjeszt a szolgáltatók között: az alapellátás szintjén nemcsak gyermekorvos és háziorvos között, de gyermekorvos és gyermekorvos között is, és van versengés a piacért az alap- és szakellátási, kórházi szint között is. Pontosan kidolgozott, általánosan alkalmazott és ellenőrzött terápiás protokollok segíthetnék a megoldást.

ÉRDEKKÉPVISELET

Az egészségügy költségrobbanása mellett minden országban és az ellátás minden szintjén háttérbe szorul a gyermekellátás. Erősödik a pénzért folyó küzdelem az alapellátáson belül alapellátás és szekunder ellátás között, kórház és kórház között. A létért folyó küzdelemben van, ahol vergődnek a háziorvosok szorításától a gyer-

mekorvosok, és van, ahol egyszerűen csak háttérbe szorítottak. Általános gond, hogy bár a házi gyermekorvos része az alapellátásnak is, meg a gyermekgyógyászatnak is, létszamarányos képviselő híján sem az alapellátás, sem a gyermekgyógyászat hivatalos szervei, országos intézetei nem fordítanak kellő figyelmet a gyermek-alapellátás gondjaira, fejlesztésére.

TÁRSADALMI MEGBECSÜLTÉG

A területi gyermekgyógyászat lobbijeje a gyermekek társadalmi megbecsülését, pontosabban meg nem becslését tükrözi. A gyermekeket többnyire csak választások idején tűzik zászlajukra a pártok, egyébként a legtöbb országban nem központi kérdés számukra a gyermekkori balesetek számának csökkentése, vagy új, de drága védőoltások beiktatása az oltási rendbe. Szajkózzák, de társadalmi méretekben nem ismerik el, hogy a gyermek és a vele való törődés befektetés a jövőbe. Hogy a gyermekek egészségére fordított befektetés a felnőttek hosszú távú jó egészségi állapotában térül meg.

HATÉKONY MUNKASZERVEZÉS

Választ kell találni arra, hogy az indokolatlan fogyasztói igényeket is ki kell-e elégíteni, vagy csak a szakmailag indokolt ellátást kell biztosítani. Szabad vagy jogszabályokkal korlátozott legyen-e a szolgáltatók közötti verseny?

Patricia Hamilton, az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia alelnökének, az angol gyermekorvosi társaság elnökének budapesti előadásából idézve: el kell döntenünk, hogy atomizált, egymástól független kis praxisokra vagy egészségközpontokra (divatos amerikai szóhasználatul medical home-ra) van-e szükség. Milyen legyen a praxisok személyi összetétele, és milyen feladatot adhatna át az orvos? Nem medikalizáljuk-e túl a problémákat? Hogyan szervezzük meg a munkaidőn túli gyermekellátást?

Sok megoldatlan kérdése van az európai gyermekorvosi alapellátásnak. A területen szétszórtan küszködő alapellátó gyermekorvosok nem tudják ezeket magukra hagyva megoldani. Szükségük van arra, hogy az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia súlyának megfelelő mélységben foglalkozzon a területi gyermekellátás helyzetével, kérdéseivel, kihívásaival.

*Elhangzott az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) értekezletén – Grado, 2008. április 25–26.



Állásfoglalás

a gyermekorvosi alapellátás jövőjéről

A HGYE vezetősége április 12–13-i ülésén megvitatta a gyermek-alapellátás fejlesztésére vonatkozó álláspontját. A vita alapját Kálmán Mihálynak a Hír-vívó 2008. márciusi számában megjelent Kétezres praxisok? című elemző tanulmánya képezte. A vezetőség által elfogadott álláspontunkról szeretnénk már a siófoki Kávészüneten tartott küldöttértekezleten vitát indítani, ezért tartjuk fontosnak ismertetését.

A PRAXISOK NAGYSÁGA

A gyermekek száma hazánkban is folyamatosan csökken, és ennek a trendnek a megváltozására a közeljövőben nincs esély. A csökkenő gyermeklétszám ellenére évek óta változatlan azonban a házi gyermekorvosok által ellátott gyermekek aránya. A 18 éven aluliak közel egyharmadát ma is házi orvos látja el. Így van ez annak ellenére, hogy Magyarországon bizonyítottan magasabb színvonalú gyógyító-megelőző ellátást és gondozást nyújtanak gyermekek számára a gyermekorvosok, mint a hozzájuk képest alacsonyabb gyermekgyógyászati képzettséggel és készséggel rendelkező házi orvosok. És így van ez annak ellenére is, hogy közismert szakmai álláspont szerint a gyermekkor a növekedés befejeződéséig tart. A rosszabb szociális körülmények között élő, ezért rosszabb egészségi állapotú és rosszabb egészségprognózisú gyermekek nagyobb arányban tartoznak vegyes praxisba. Nem pusztán a hozzáférés esélyében vannak számottevő különbségek, de a gyermekorvosi praxisok nagysága is nagymértékben különbözik.

A vita során egyetértés született arra vonatkozóan, hogy a szakma korszerű szempontjainak és a gyermekek nagyobb arányának ellátása érdekében, de az utánpótlás hiánya miatt is nagyobb praxisok kialakítására van szükség. A praxisok számának fokozatos csökkentésével egy időben elengedhetetlennek tartjuk a nem orvos közreműködők számának növelését. A kialakítandó praxisok nagyságát a területi sajátosságokon túl, az adott területen lakó népesség egészségi állapota is befolyásolja.

SAKMAI SZÍNVONAL

A vita alapját képező cikk szerint gyakran kényszerülünk olyan feladatok elvégzésé-

re, melyek megoldására a praxis megfelelően képzett, nem orvos munkatársa is képes lenne. Amellett, hogy az orvosok képzettsége és jártassága az ismeretek alkalmazásában folyamatos fejlesztésre szorul, a jövőben fokozott figyelmet kell fordítani annak a tudásnak az elsajátítására, mely – az eddig szakellátáshoz tartozó, de – a házi gyermekorvos által is megoldható feladatok ellátásához szükséges. Megfogalmazódott, hogy párhuzamos ellátás helyett kvalifikált munkatársakra kell bízni az iskolaorvosi munka jelentős hányadát. Ki kell dolgozni a „dokumentált jártasság” rendszerét és a praxis eltérő képzettségű dolgozói számára is az úgynevezett szakmai eljárásrendeket. A vita résztvevői egyetértettek abban, hogy a gyermekorvosok számára is meg kell teremteni a hosszabb rendelési idő infrastrukturális feltételeit, és kritikusán értékelték a külső és belső minőség-ellenőrzés alacsony színvonalát. Megállapodtunk abban is, hogy a gyermekeket munkaidőn túl, a sürgősségi ellátás keretében is gyermekgyógyásznak kell ellátnia.

ELLÁTÓHÁLÓZAT

A jelenlegi széttagolt, egymástól elszigetelt struktúra nem segíti a szakmai színvonal fejlődését, rugalmatlansága miatt nehézkesen reagál a kihívásokra, a szolgáltatást igénybevevők és szolgáltatók differenciált igényeire. Mindezen túl működésük gazdaságilag sem hatékony. Ellátóközpontok irányába kell ezért elmozdulni, és ahol lehet és szükséges, szakítva az „egy falu – egy orvos” elvével, megfelelő számú gyermek ellátására szerveződött rendelőkert kell létrehozni. Itt együtt dolgozhatnak több házi orvos a gyermekorvossal, de megvalósítható lenne több házi gyermekorvos egyetlen központi rendelőben történő együttműködése is. A horizontális elven (több, azonos képzettségű szakember együttműködésével) szervezett centrumok munkáját vertikális irányban egészíthetnék ki a leggyakrabban igénybevett társszakmák képviselői. Így minden gyermek számára elérhetővé válna a lakóhelyéhez közeli gyermekorvosi alap- és szakorvosi ellátás.

Javaslataink komolyan befolyásolják a szülők régóta megszokott orvosválasztási rendjét, néha távolabbra kerülhet az eddig karnyújtásnyira lévő orvos, de többek számára lesz könnyebben elérhető a gyer-

mekhez igazán értő gyermekorvos. A szokások megváltoztatása rendkívüli empátiát, körültekintést igényel. A helyi viszonyok messzemenő figyelembevételével kell az önkormányzatokat megnyernünk, a lakosságot pedig meggyőznünk arról, hogy elképzeléseink nem öncélúak, hanem első sorban az ő érdekeiket szolgálják. És mint-hogy a változás – a jelenlegi finanszírozási rend mellett – a házi orvos kollégák anyagi érdekét is sérti, együttműködésük elképzelhetetlen az érdekvédelmi, szakmai intézményrendszerük támogatása, kieső juttatásuk kompenzálása nélkül.

FINANSZÍROZÁS

Közismert a gyermekegészségügy összes szereplőjének alulfinanszírozottsága. Elmaradásunk az ellátórendszer egészéhez viszonyítva is szembetűnő. A fejkvótaelv nem generál jobb teljesítményt, a bázisfinanszírozás az indokoltnál nagyobb számban konzerválja a gazdaságilag működésképtelen kis praxisokat, a degresszió pedig még az átlagos pontértékű praxisokat is sújtja. Olyan javadalmazás kidolgozását szorgalmazzuk, mely érdekeltté teszi a szolgáltatót a szakmai és ellátási színvonal fejlesztésében. Amely minőségi indikátorok révén készíti a gyermekorvost kapuőri funkciója betartására, az ellátási protokollok mind jobb teljesítésére, a széles körű megelőzésre, az optimális életminőséget teremtő gondozásra. Indokolatlannak tartjuk a szakmailag szükségtelen vagy párhuzamos tevékenységek díjazását, és szorgalmazzuk olyan teljesítményelemek beépítését, melyek honorálják a szélesebb körű, a szakorvoshoz közelítő feladatok vállalását. A hátrányos helyzetű térségek és gyermekek jobb ellátása érdekében megkülönböztető jövedelemmel kell elismerni a nehezebb körülményeket vállaló kollégák teljesítményét.

Az előttünk álló szakmai kihívások, a fokozódó konkurenciaharc, a költséghatékonysági szempontok térnyerése közepette, csak ezeknek a célkitűzéseknek a megvalósításával lehet a gyermekek számára jobb alapellátást, a kollégák nagyobb részének vonzó egzisztenciát és biztonságosabb visszavonulási lehetőséget biztosítani.

Biztató pályakép hiányában sok más országhoz hasonlóan, Magyarországon is megszűnhet a területi gyermekgyógyászat.

Beszámoló a HGYE vezetőségének 2007. évi munkájáról

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

REFORM

Az elmúlt év a megkezdett reformok folytatásának, a biztosítás átalakításának jegyében telt. Egy vagy több biztosító, üzleti biztosító vagy pénztár, az állami és üzleti tulajdon aránya, a profit kérdései jelentették a probléma bonyolultságát. A viták a pártpolitika különböző szintjein, többnyire a civil szervezetek megkérdezése nélkül zajlottak, az ellátók helyzetéről kevés szó esett. Horváth Ágnes miniszteri ki-nevezése ugyan több konzultációra adott módot, elég azonban korántsem volt.

SZAKMAI KÉRDÉSEK

Az egyesület vezetősége kizárólag szakmai kérdésekre (az ellátók versenyztetésére, a többpénztáros modell szerződéskötési lehetőségeire, a prevenció jövőjére, a minden gyermek számára elérhető házi gyerekorvosi rendszerre) vonatkozóan fejtette ki véleményét. Számos esetben és fórumon nyilvánítottuk ki írásban vagy szóban álláspontunkat. A működtetési jog átalakításának módja, a Díjtétel- és Fejkvóta Bizottság hatásköre, a szolgáltatói díjak megállapítása mind tárgyalási téma volt. Kérésre, de sokszor anélkül is leírtuk nézeteinket, ehhez az adott kérdéskörben tájékozottak, a napról napra szaporodó szakirodalomban olvasottak kellett lennünk.

KOMPENZÁCIÓ

Az alapellátás reformja az előzetes jelzések ellenére sem kezdődött el az év folyamán. A vizitdíj-kompensáció 5 milliárd forintja viszont közel húsz százalékos bevételi többletjévé juttatta a gyerekorvosi praxisokat. A kompenzáció módja és nagysága – jelentős részben – egyesületünk fázisának eredménye.

JOGSZABÁLYOK

A megjelenő dokumentumok nagy mennyisége ellenére törekedtünk a hálózatunkat érintő jogszabályváltozásokat időben és érdemben véleményezni. Igyekeztünk alapvetően arra irányult, hogy ne érjen veszteség bennünket. Folyamatosan küz-

döttünk a gyógyszer-gazdaságossági rendelet – számunkra hátrányos – előírásainak megváltoztatásáért. Bár a jogszabály a mai napig nem jelent meg, az általunk ismert legutóbbi verzió már korábbi észrevételeink figyelembevételével készült.

KIHÍVÁSOK

A humán erőforrás helyzete, a „lesz-e elég orvos az alapellátásban?”, „sok vagy kevés a területi gyerekorvosok száma?”, „lehet-e mindenhol, minden gyermek számára gyerekorvosi alapellátást biztosítani?”, „elkülönült orvosi rendelők vagy egészségügyi központok jelentik-e a fejlődési irányt?”, „hogyan lehet az ellátás minőségét javítani?”, „mit tehetünk a megfelelő hatékonyság érdekében?” kérdéseikhez kapcsolódó témakörök, finanszírozásunk helyzete, a praxisváltás könnyítése, visszavonulásunk körülményei – ezek voltak az örökzöld slágertémák az elmúlt évben is.

KOMPETENCIALISTA

A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium kezdeményezésére, de egyesületünk aktív közreműködésével született meg – a nemrég nyilvánosságra került – házi gyerekorvosi kompetencialista. Részt vettünk a Háziórvostani Szakmai Kollégium szerteágazó munkájában is.

KÉPVISELET

A működési körülményeinkre befolyással bíró intézményrendszerben számarányos képviselőről továbbra sem beszélhetünk. Most is csak egy-egy választott házi gyerekorvos tagja van a Háziórvostani vagy a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégiumnak. Az utóbbi szervezetben alakult házi gyerekorvosi szakcsoportban társaink segítségével készült el a kistérségi központok működésével, az otthon szülés feltételrendszerével, a minimumfelszerelés bővítésével, a sürgősségi táskák felszerelésével, a gyermek-alapellátás minőségi indikátoraival, vagy a gyermekbalesetek megelőzésével foglalkozó munkaanyag.

SZAKFELÜGYELET

A HGYE egyik alelnökének országos házi gyerekorvosi szakfelügyelővé történt ki-nevezése közvetlen segítséget jelent a munkánkat nehezítő bürokratikus akadá-

lyok elhárításában. A házi gyerekorvosi szakfelügyelők véleményét figyelembe véve módosult az oltóanyag-szállítás rendje, vagy született például javaslat az újszülöttek korai hazaadásával, a tervezett otthon szüléssel kapcsolatban.

KAPCSOLATOK

Az Országos Alapellátási és az Országos Csecsemő- és Gyermekkegészségügyi Intézzel korrekt kapcsolatot ápolunk.

A „Közös kincsünk a gyermek” nemzeti programhoz az Egészségügyi Minisztérium kérésére, az OGYEI-vel együttműködve, újabb öt, a kistérségi gyermekellátás módszereit és szakmai tartalmát kidolgozó tanulmányt készítettünk. Szándékaink szerint a kistérségi központ lenne a gyermek-egészségügyi alapellátás egyenletes elérhetőségének eszköze.

Képviseljük álláspontunkat az Országos Epidemiológiai Központ védőoltási tanácsadó testületében. Az Magyar Gyerekorvosok Társaságának vezetésében továbbra is egy főtitkárhelyettes és további egy tag reprezentálja az alapellátás érdekeit.

A MOTESZ-szel kölcsönös elismeréssel alapuló, partneri együttműködést alakítottunk ki, rajtuk keresztül a kormányzat felé rendszeresen, a parlament Egészségügyi Bizottságának és a legnagyobb pártok egészségügyi kabinetjeinek pedig visszatérően jeleztük, milyen gondok nehezítik a területi gyermekellátást.

KONFERENCIÁK, NEMZETKÖZI KAPCSOLATOK

Kávészület-konferenciánk méltán vált a hazai gyermekgyógyászat nagysikerű és egyik legnagyobb látogatottságú rendezvényévé. Részt veszünk országos és regionális továbbképzések szervezésében. 2007 októberében egyesületünk rendezte Budapesten a területen dolgozó gyermekorvosok európai szövetségének (European Society of Ambulatory Paediatrics – ESAP) eddigi legnagyobb konferenciáját. 26 ország több száz képviselője előtt tartott előadást a hazai és európai gyermekgyógyászat sok neves szaktekinvélye. Elismerést szereztünk a gyermekgyógyászat működését európai szinten integráló European Academy of Paediatrics (EAP) vezetése előtt. Képviseltetjük magunkat az ESAP végrehajtó bizottságában, részt vállalunk az EAP munkájában.

HÍRVIVŐ

A továbbra is kéthavonta megjelenő Hírvivő szakmai színvonalala elismert, a szakmai, vagy szakmapolitikai jellegű írások néha indulatos vitákat gerjesztettek.

APRÓHÍR

E-mail listánk révén mostanra már 400 kollégánkhoz jutnak el a gyors tájékoztatást segítő „apróhírek”. Megújult, naprakész információkat tartalmazó honlapunk a www.hgye.hu címen érhető el.

SZERVEZET

A HGYE vezetőségének és bizottságainak tagjai szerte az országban szakmapolitikai tanácskozásokon fejtették ki egyesületünk álláspontját. A vezetőség havonta ülésezett, ezeken a bizottságok tagjai mellett a Ellenőrző Bizottság tagjai is részt vettek. Egyesületünknek 1348 tagja van.

PÉNZÜGY, JOGSEGÉLY

Pénzügyi helyzetünk stabil. Bevételünk folyamatosan emelkedik, aminek döntő többsége a tevékenységünket támogató tápszer- vagy gyógyszerforgalmazó cégtől származik. Eredményes együttműködésünk a HGYE munkájának, értékeinek elismerését tükrözi. Jogsegélyszolgálatunkhoz évről évre többen fordulnak, ami a problémás esetek számának emelkedését is jelzi.

ÖSSZEFOGLALÁS

2007 nem volt könnyű év az egészségügyben. Munkája során vezetőségünk

a házi gyermekorvosok érdekeit, a területi gyermekellátás színvonalának javítását tartotta szem előtt. Véleményünket tárgyalópartnereink megismerték és – úgy érzékeljük – értékelték. Praxisaink döntő többségét anyagi veszteség nem érte.

Továbbra is szükségesnek tartjuk ellátórendszerünk reformját. A szolidaritás elvén álló biztosítási rendszer, hatékonyabb, magasabb kompetenciájú gyermek-alapellátás, minden gyermek számára azonos ellátási színvonal kimunkálásán fáradozunk. Civil szervezetünk alapvető céljának tekintjük, hogy felelősségteljes munkájuk ellenértékéért európaihoz közelítő elismeréshez jusson minden kollégánk.

KÖSZÖNET

Köszönjük partnereinknek, hogy együtt dolgozhattunk, kollégáinknak, hogy közös és nagy csapatban érezhetjük magunkat, Fekete Évának a titkárság, Erdélyi Istvának a jogsegélyszolgálat és Kerényi Eszternek a könyvelés vezetését, a Palánta Bt. munkatársainak a konferenciák sikeres szervezését.

UTÓIRAT

Az egyesület szerteágazó munkáját összefoglaló beszámoló szerény hangvétele nem fejezi ki azt a sokrétű erőfeszítést, amit a gyakran váratlanul elélnk tornyosuló feladatok megkívánnak. Hétköznapjainkat meghatározó, sokunk sorsát érintő kérdésekre kell rendre sürgősen, halasz-

tást nem tűrve választ találnunk. Betegvizsgálat, tanácsadás, hívás és védőoltás, rutinfeladatok és napi kihívások között. Úgy, hogy ne ártsunk, de vállalva, hogy mindig kiváltjuk egy-egy kollégánk – akár jogos – ellenérzését. Úgy, hogy nem ismerjük, nem ismerhetjük 1600, területen dolgozó gyermekorvos sajátos gondjait, körülményeit. Csak bízunk abban, csak hisszük, hogy döntéseink a többség érdekét szolgálják. De jól hisszük? És mindig jól hisszük?

Nem derül ki a lakonikus, szinte egy hivatalnok ősi hangján szóló beszámolómból, hogy mekkora terhelést okoz, mekkora szorongással jár parlamentben, konferenciákon, bizottsági üléseken, szakmai tanácskozásokon, közös érdeket, jól képviselni. Nem világlik ki, mekkora stressz egy-egy előadás elkészítése, egy mindannyiunkat érintő szakmai állásfoglalás kialakítása vagy egy üzleti tárgyalás profi szakemberekkel szemben.

Civil szervezet korlátai és lehetőségei között egyensúlyozva vívunk minisztériumok, főhatóságok, intézetek, szervezetek főállású alkalmazottaival. Házi gyermekorvosként próbálunk tanszékvezetők, főigazgatók, képviselők, elnökök pozíciójához, presztízséhez közelíteni. Higgyék el, nem könnyű.

2008. május

A HÁZI GYERMEKORVOSOK
EGYESÜLETÉNEK VEZETŐSÉGE



Full Nurses
Program
included in the
congress



2nd Congress of the EUROPEAN ACADEMY OF PAEDIATRICS - EAP

Nice, France, October 24-28, 2008

EAP⁰⁸
E^{Nice}AP⁰⁸

SECOND ANNOUNCEMENT AND CALL FOR PAPERS



European Society of
Paediatric and Neonatal
Intensive Care



Confederation of European
Specialists in Paediatrics/
European Academy
of Paediatrics



European Society of
Paediatric
Research/European
Society of Neonatology

Deadline for submission of abstracts: April 15, 2008

www.kenes.com/paediatrics

Dear Colleagues,

On behalf of the Scientific and Organising Committee, we take pleasure in inviting you to the 2nd Congress of the European Academy of Paediatrics – EAP, which will take place in Nice, France, October 24-28, 2008.

The 1st Congress of the European Academy of Paediatrics – EAP took place in Barcelona, October 2006 and was a huge success. With a record participation of over 2500 participants, it is definitely the largest European Congress of Paediatrics.

The collaboration of EAP-CESP (European Academy of Paediatrics), the UEMS section of Paediatrics, with the two sub-specialty societies ESPR (European Society for Paediatric Research / European Society of Neonatology) and ESPNIC (European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care) will continue. This time many other paediatric societies are joining as part of the program.

The Congress will provide top-level education and state of the art information, particularly aimed at paediatric sub specialists and paediatricians involved in hospital based paediatrics.

Primary-secondary paediatric tracks will be proposed throughout the congress. A challenging nursing program will moreover be included.

The combination of the excellent scientific and innovative programme together with the social activities planned for the Nice Congress will offer all possibilities to strengthen scientific collaboration, renew friendships, and enjoy the city of Nice.

Please approach www.kenes.com/paediatrics for further information about the congress and the programme.

It is also our opportunity and honour to announce the continuity of the good cooperation between the societies and we let you know that the 3rd Congress of the European Academy of Paediatrics will take place in Copenhagen in 2010.

We look forward to welcoming you to Nice in October 2008,

Sincerely yours,

José Ramet
EAP – CESP
Congress Chairman

Tom Stiris
ESPR President
Chair,
Scientific Committee

Denis Devictor
ESPNIC President
Chair,
Scientific Committee



Járványok Európában

Dr. Csohán Ágnes, osztályvezető főorvos, OEK Járványügyi Osztály

A járványok kialakulása szempontjából döntő tényező, hogy valamely kisebb vagy nagyobb területen, illetve közösségben milyen a populáció immunállapota. Főleg azok a fertőző betegségek fenyegetnek járványokkal, amelyeknek nagy a kontagiozitása és amelyekkel szemben a közösség túlnyomó többsége nem rendelkezik elegendő védettséggel, más szóval: amely iránt sok a fogékony egyed.

A védőoltások alkalmazásának köszönhetően a súlyos következményekkel járó diphtheria- és poliomyelitis-járványokat már felszámolták Európában. Napjainkban is számolni kell azonban azzal, hogy olyan betegségek okoznak, okozhatnak járványokat, amelyek ellen nemzetközi, illetve nemzeti oltási programok vannak érvényben.

VÉDŐOLTÁSI PROGRAMOK EURÓPÁBAN – 2008

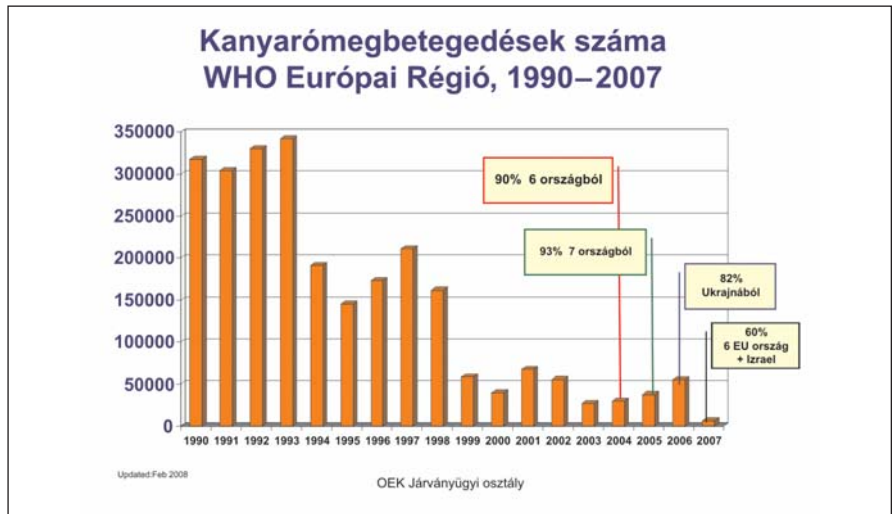
Kanyaró: 53 ország,
Rubeola: 52 ország
(kivéve Tadzsisztán)
Mumpsz: 51 ország
(kivéve Tadzsisztán, Oroszország)
Pertussis: 53 ország

KANYARÓJÁRVÁNYOK, 2004–2008

A kanyaró járványügyi helyzetében az utóbbi években drámai javulás volt megfigyelhető annak következtében, hogy 2004-re a WHO Európai Régiójának valamennyi országában bevezették a két oltásból álló oltási séma használatát. (2008-ban Oroszország és Tadzsisztán kivételével a régió 51 országában MMR oltóanyagot használnak mind az alapimmunizáláshoz, mind pedig az emlékeztető oltáshoz.

Míg a 90-es évek elején évente több mint 300 000 kanyaróesetet regisztráltak Európában, 2007-ben már az előző évi 55 000-ről mindössze 6 000-re csökkent a megbetegedések száma. 2007-re az endémiás kanyarót 25 országban már eliminálták, ami azt jelenti, hogy ezekben az országokban 1 millió lakosra kevesebb mint 1 megbetegedés jut.

A járványok kialakulásának oka komplex, napjainkban azonban a fő ok egyes korosztályok, népességcsoportok alacsony átoltottságában rejlik. Mindössze 10–14-re tehető azon országok száma, ahol az első MMR oltás teljesítésének aránya elérte vagy meghaladta a populációs immunitás biztosításához szükséges



95%-os szintet. Az európai régióban a kanyaró elleni globális átoltottság 92%-os. Néhány fejlett nyugat-európai EU-tagállamban azonban csak 80% körüli, ami azt jelenti, hogy minden ötödik ember fogékony a betegségre. Ha az oltatlanok közösségbe kerülve akkumulálódnak, és létrejön a vírussal történő találkozás, akkor járvány alakul ki.

A 2004 és 2006 között Romániában és Ukrajnában lezajlott járványok sajátosságai az alábbiakban foglalhatók össze:

KANYARÓJÁRVÁNY ROMÁNIÁBAN 2004–2006

Megbetegedések száma: > 8 000
Halálesetek száma: 28
Kor szerinti jellemzők: > 7 év 75%
< 1 év 21%

Oltási státusz:
oltatlan: 40%
egyoltásos séma: 60%

Szocio-kulturális jellemzők (WHO)
roma 28%,
vándorló életmód 18%,
az anya analfabéta,
terhesgondozásra nem járt 32%,
az apa munkanélküli 75%

A vizsgálatok azt valószínűsítik, hogy a romániai járványban a társadalom periferiájára szorult, az egészségügyi ellátás és a rutinszerű gyermekkori védőoltások ernyője alól kikerült családokba tartozó, oltatlan vagy részlegesen oltott gyermekek betegedtek meg.

KANYARÓJÁRVÁNY UKRAJNÁBAN 2005–2006

Megbetegedések száma: > 44 000
Halálesetek száma: 2

Kor szerinti jellemzők: > 15 év 58%
< 1 év 4%

Oltási státusz:
két dózis: 36%
egy dózis: 16%
oltatlan: 15%
ismeretlen: 33%

Oltási hiányosságok:
nem kellő hatékonyságú vakcina
sérült hűtőlánc
indokolatlan kontraindikációk

Az ukrajnai járvány nemcsak az oltatlanokat, hanem a zömében 15 évesnél idősebb, két oltásból álló séma szerint oltott fiatal felnőtteket érintette. A járványhoz vezető okokat a szakemberek elsődleges oltási hiányosságokra vezették vissza. Számos esetben találtak megismeretlen oltási dokumentációval, indokolatlan kontraindikációkkal az akkor használatos kanyaróvakcinák reaktogenitásától való félelem miatt.

Míg 2004 és 2006 között a kanyarómegbetegedések többsége Romániában és Ukrajnában fordult elő, a 2007. évi esetek 60%-át az EU tagországaiból és Izraelből jelentették. A legtöbb esetszámmal járó járványok Svájcban, Németországban és Spanyolországban fordultak elő. 100 000 lakosra számítva a legtöbb esetet Svájcban, az Egyesült Királyságban, Romániában és Írországban észlelték.

2007-ben Angliában és Walesben 970 megbetegedést regisztráltak. Az esetek többsége Északkelet-Londonban, középosztálybeli ortodox zsidó családokban fordult elő. Az esetek közel fele az 1–4 éveseket, 19%-a az 5–9 éveseket érintette. A járvány egyértelmű oka az alacsony

átoltottság volt. A régióban a kétéves korban mért MMR1-oltottsági arány 67% volt, az MMR2 vakcinát kapott öt éves gyermekek aránya (64%) pedig még ennél is alacsonyabbnak bizonyult. A szülők tudatosan, a vakcina káros hatásától tartva tagadták meg gyermekeik oltását. Angliában látott napvilágot a legtöbb félrevezető tájékoztatás az autizmus és az MMR oltás vélt összefüggéséről. A járvány 2008-ra is áthúzódott, jelenleg Lewisham régióban deklarálták az év eleje óta zajló járványt (82 megbetegedés), amely egy kórházat, két általános iskolát és két kisgyermekközösséget érintett. Nemcsak a megbetegedések száma ad okot aggodalomra, hanem az is, hogy Angliában a védőoltások elmaradása miatt 2007-ben 13 személy halt meg kanyaróban.

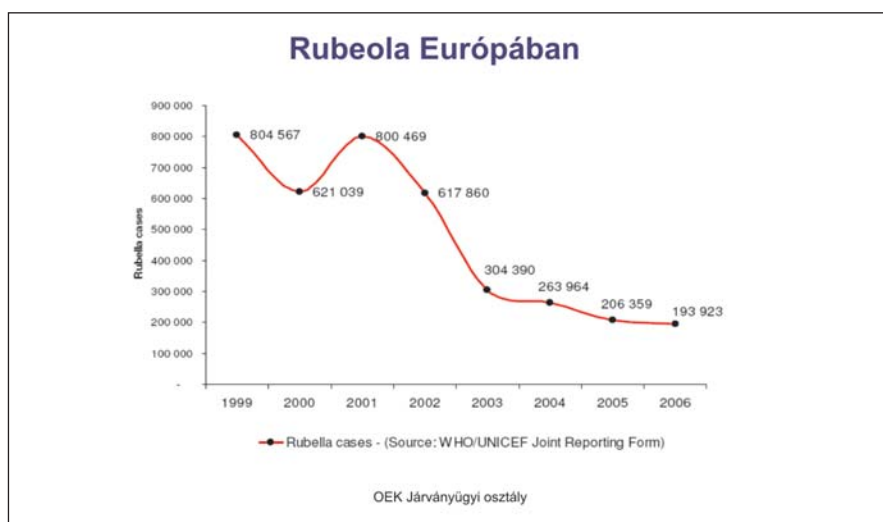
Angliából importált eset okozott járványt Norvégiában is 2007 májusában, ahol a legutóbbi hazai eredetű kanyaró megbetegedés 1999-ben fordult elő. Hat kanyaró megbetegedést Angliából beutazó, vándorló életmódot folytató, kempingben élő angol családokban derítettek fel. A 70 fős kommunában senki nem volt beoltva. 2008 első negyedévében 1300 kanyaró megbetegedést jelentettek a tagországokban az előző év hasonló időszakában regisztrált 800 esettel szemben.

Jelenleg Svájcban és Ausztriában zajlik járvány, abban a két országban, ahol júniusban a 2008. évi labdarúgó-Európa-bajnokságot tartják. Az európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ szakértői azt tanácsolják, hogy csak azok utazzanak az eseményre, akik védettek a betegség ellen. A 15 hónaposnál idősebb magyar állampolgárok megfelelő védelemmel rendelkeznek. A 38 évesnél fiatalabbak oltási immunitás révén, míg a 38 évesnél idősebbek természetes átvészeltesség révén védettek a kanyaróval szemben.

Ausztriában március végén egy salzburgi 400 fős Waldorf-iskolában alakult ki járvány: 40 tanuló és egy felnőtt betegedett meg. Az iskolában senki nem részesült kanyaró elleni védőoltásban. Április 7-ig a betegekkel érintkezett fogékony családtagok, ismerősök, barátok körében mintegy 200-ra emelkedett a járványhoz tartozó esetek száma. Jelenleg csak azok a gyermekek járhatnak iskolába, akik érvényes kanyaró elleni oltási dokumentációval, vagy a kanyaró elleni védettséget bizonyító szerológiai vizsgálati eredményrel rendelkeznek.

RUBEOLAJÁRVÁNYOK 1999–2008

Tekintettel arra, hogy a rubeola a kanyarónál enyhébb lefolyású, számos országban nem bejelentendő fertőző betegség,



így a rendelkezésre álló adatok kevésbé megbízhatóak. Az utóbbi tíz évben folyamatosan csökkent a bejelentések száma. Az általánosan csökkenő trend mellett Görögországban 1998–99-ben, Lengyelországban 2001-ben, Lettországon 2002-ben fordult elő járványosan a betegség.

2004 és 2008 között két európai rubeolajárványt érdemes megemlíteni. 2004. szeptember és 2005. február között Hollandiában 128, szerológiai vizsgálatokkal is alátámasztott megbetegedés fordult elő, ami igen jelentős emelkedésnek számít ahhoz képest, hogy a megelőző három évben mindössze öt esetet regisztráltak. 2005-ben 364 eset fordult elő.

A betegek között 9 olyan nő volt, akik terhességük első harmadában fertőződtek. Csaknem valamennyi beteg oltatlan volt. A járvány meghatározott földrajzi területen élő vallási közösségben alakult ki, ahol a védőoltásokat tradicionálisan vallási meggyőződésből utasítják vissza. A 96%-os MMR1-átoltási arány miatt a járvány csak az oltatlanok csoportjára lokalizálódott.

A spanyolországi Barcelonában 2005 novemberében nem oltott brazil bevándorlók között 10 főt érintő járványt észleltek. Ez a halmozódás jó példa arra, hogy a dél-európai országokban a dél-amerikai, afrikai, ázsiai országokból bevándorlók körében fellángoló járványokkal is számolni kell. A spanyol lakosságra a járvány nem terjedt át, köszönhetően a 97%-os rubeola elleni átoltottságnak.

MUMPSZ

A mumpsz még lényegesen gyakoribb betegség a kontinensen, mint a kanyaró és a rubeola. Így nem ritkák a járványok sem. 53 országból mindössze 20 ország szolgáltat adatokat a WHO-nak.

A volt szovjet utódállamokban csak az utóbbi két évben vezették be az MMR vakcina használatát, idősebb korosztályok kiegészítő kampányoltásaira alig került sor.

Ezekben az országokban a betegségre még jellemző a ciklusos ingadozás, azzal a különbséggel, hogy a járványok nem kettő- és ötévente, hanem ritkábban fordulnak elő.

2005-ben az EU-tagországok közül Izlandon és az Egyesült Királyságban fordult elő a legtöbb megbetegedés.

Alacsony átoltottság mellett az oltatlanoknál a fertőződés későbbi életkorra, az ifjúkorra tevődik át, és a betegségnek súlyosabb következményei vannak, mint a kisgyermekkorban átvészelt fertőzésnek.

Svédországban 2004. február és április között két kisvárosból 42 mumpszesetet jelentettek. A betegek átlagéletkora 43 év volt, a legtöbb beteg a 35–44 évesek között fordult elő. Hat 30 éven felüli beteget ápoltak kórházban.

Bulgáriában 2007-ben alakult ki serdülők között területi járvány (997 eset), melynek oka az alacsony hatékonyságú vakcina, valamint az 1982 és 1992 között született korcsoportban oltóanyaghiány és az immunizációs program változása miatt bekövetkezett alacsony átoltottság volt.

Kedvező járványügyi helyzetben alacsony víruscirkuláció mellett a nem oltott korosztályok, személyek átvészeltessége alacsony marad. Fogékonyak közösségi akkumulációja járványokat eredményez a felnőttek között, ahol a mumpsz lefolyása sokkal súlyosabb, mint a gyermekeknél.

Jelenleg Írországon egyetemi hallgatók között az alacsony átoltottság miatt, Moldovában pedig nem kellő hatékonyságú vakcina alkalmazása miatt alakult ki járvány, utóbbi területéről a 2007 októbere óta oltottak közül mintegy 20 000 megbetegedést jelentettek.

Európa fejlett és fejletlen felén még mindig kisebb-nagyobb járványokkal kell számolnunk. Mindezek a járványügyi adatok arra kell hogy ösztönözzenek bennünket, hogy féltve őrizzük a védőoltások alkalmazásában elért eredményeinket.





Kanyaró a szomszédban

A legutóbbi hírek szerint 2008 márciusa óta Ausztriában több mint 250 ember betegedett meg kanyaróban. Az ottani egészségügyi hatóságok szerint a betegséget valószínűleg egy nem vakcinált svájci diák hozta be az országba, aki a tömeges megbetegedések helyszínéhez hasonlóan egy Waldorf-iskola diákja. A Salzburg közeli Waldorf-iskola diákjai közül szinte senki sem volt kanyaró ellen beoltva, nem csoda hát, hogy a kanyaró viharos gyorsasággal terjedt. Időközben már Svájcban, Németországban és Norvégiában is találtak kontakteseteket a nem vakcináltak körében.

A WHO HELYZETÉRTÉKELÉSE

A fenti hír szolgált alapul arra, hogy ismertessek egy, a WHO Bulletin-ben 2008 márciusában megjelent cikket, amely 17 európai ország és Ausztrália kanyaró elleni küzdelméről szól. A WHO 1998-ben határozta el, hogy 2007-re, majd ezt módosítva 2010-re, a kanyarónak el kell tűnnie Európából. Az ajánlás szerint ehhez minden országban olyan nemzeti vakcinációs programot kell alkalmazni, amely legalább 95%-os átoltottságot eredményez, és két alkalommal (országoként változóan, először 12–15 hónapos korban, majd 4–11 éves korban) adott védőoltást jelent élő, attenuált vakcinával. Fontos, az esetlegesen nem oltott és a betegségen át nem esettek ún. catch-up vakcinációja is, mert az utóbbi években több olyan járvány is volt Európában, mely idősebbeket érintett. A cikkben az érintett országok járványügyi adatait, a hivatalos átoltási százalékokat, és szérumminták alapján a különböző korcsoportok immunitását vizsgálták.

Az eredmények alapján az országokat három csoportra lehet osztani. Az első csoportba azon országok tartoznak (Magyarországon kívül Csehország, Luxemburg, Szlovákia, Szlovénia, Spanyolország és Svédország), ahol a különböző korcsoportok kanyaró elleni immunitása megfelelő, és ezért kanyarójárvány fellépése nem várható. Ezekben az országokban az átoltottság meghaladja a 95%-ot. Magyarország esetében az első dózissal történt vakcináció gyakorlatilag 100%-os. A má-

sodik csoportba, ahová Ausztrália, Izrael, Lettország és Málta tartozik, felléphet ugyan kanyarójárvány, de ennek kicsi az esélye. Ezekben az országokban a 10 éven aluliak védettek kanyaróval szemben, de az idősebbek között sok a szeronegatív. A WHO catch-up kampányt javasol számukra. Végül a harmadik csoportba azok az országok (Belgium, Bulgária, Ciprus, Anglia, Wales, Írország, Litvánia és Románia) tartoznak, ahol a kanyarójárvány kitörésének nagy az esélye.

A problémák országonként különbözőek. Belgiumban, Cipruson, Írországban, Walesben és Angliában a gyerekek átoltottsága jelenleg 90% alatt van. Ez elsősorban annak, a médiában gyakran megjelenő – teljesen megalapozatlan – tévhitnek köszönhető, hogy a kanyaró elleni vakcina és az autizmus között összefüggés van. Bulgáriában, Litvániában és Romániában a hivatalos adatok szerint az átoltottság 90% feletti, de a szeronegatívek száma ennek ellenére 10 százaléknál magasabb. Bulgáriában és Litvániában a vakcina minősége okozhatja a problémát, míg Romániában a hivatalos adatok valószínűleg túlbecsülik az átoltottságot. Ennek bizonyítéka az is, hogy az elmúlt években, a fiatal korosztályban – akik elvileg oltottak – több járvány is előfordult, és ezek a szegényebb néprétegeket érintették. Az országok e csoportjában törekedni kell arra, hogy az átoltottság meghaladja a 95%-ot, hogy az idősebbeket is beoltsák, és hogy meggyőzzék az embereket a kanyaró elleni védőoltás fontosságáról és biztonságosságáról. Ha ez teljesül, akkor 2010-re Európa gyakorlatilag kanyarómentessé válik.

Az Euro Surveillance 2008. februári száma számolt be a 2007-es jeruzsálemi kanyarójárványról. A kanyarót importáló három, egymástól független, nem vakcinált, ultraortodox gyermek mindegyike Londonból jött Izraelbe. 2008 januárjáig összesen 491 kanyarómebeteget történt az ultraortodox közösségben, a megbetegedettek 96%-a nem részesült védőoltásban. A betegek 15%-a került kórházba, minden negyedik pneumonia miatt. Két betegnél encephalitist diagnosztizáltak, haláleset nem történt. Annak ellenére,

hogy az izraeli gyermekek 94–95%-a vakcinált, egyes szubpopulációkban a kanyaró és más járványok kitörésének lehetősége igen nagy.

MIT GONDOLNAK A SZÜLŐK?

Itt szeretnék még röviden megemlíteni egy másik közleményt, amely 2005-ben a Public Health Reports-ban jelent meg, és azzal foglalkozik, hogy mit gondolnak azok a szülők, akik nem engedik gyermekeiket beoltatni a kötelező védőoltásokkal. Annak, hogy egy gyermek nem részesül védőoltásban, több oka lehet. Van, akinél orvosi okból (pl. immundeficiens vagy immunszuprimált gyermek) nem alkalmazható a védőoltás. Vannak azonban – és ez a többség – olyanok, akik azért nem részesülhetnek védőoltásban, mert a szülők vallási vagy mondjuk úgy, filozófiai alapon ezt nem engedélyezik. A közlemény ez utóbbi csoport érveit vizsgálja. Az így gondolkozó szülők legfőbb érve az, hogy a védőoltás a gyermek számára nem jelent előnyt, hogy a természetes immunitás jobb, mint a vakcinával elért, és hogy a gyermek szervezete a betegséget egyedül is le tudja küzdeni. Közülük az átlagosnál sokkal többen gondolják, hogy a vakcinák ártalmasak, hogy nem védik meg a gyermeket, hogy a gyermekek az első két évben túl sok védőoltást kapnak, többet, mint ami szükséges, és olyan betegségek ellen, amelyek nem súlyosak, vagy amelyeket úgysem kapnának meg.

MI A MI FELADATUNK?

A cikk szerzői fontosnak tartják, hogy az egészségügyben dolgozók hatékonyabban kommunikálják a védőoltások fontosságát, a megelőzhető betegségeket, azt, hogy hogyan hatnak a vakcinák, mi történhet a gyermekkel, ha megkapja a megelőzhető betegséget, és mit jelent a „herd” immunitás. Csak így, koncentrált erőfeszítéssel előzhető meg a már rég leküzdöttnek vélt betegségek okozta járványok ismételt megjelenése a fejlett világban.

Irodalom:

Andrews N et al: Towards elimination: measles susceptibility in Australia and 17 European country. Bulletin of WHO 2008; 86:197-204

Kennedy AM et al: Public Health Reports 2005; 120:252-258

200 hátrányos helyzetű lányt oltottak be méhnyakrák ellen

2008. április 17-én Budapesten, Az Egészséges Településekért Alapítvány, a Magyar Vöröskereszt és a GlaxoSmithKline Kft. szervezésében ingyenesen beoltottak kétszáz, 18 évesnél fiatalabb, hátrányos helyzetű lányt méhnyakrák ellen. A program támogatói sajtótájékoztatón ismertették új pályázati kiírásukat, melynek keretében 2009-től hátrányos helyzetű települések alapfokú és középfokú oktatási intézményei pályázhatnak térítésmentes méhnyakrák elleni vakcinára. A GSK és az Egészséges Településekért Alapítvány pályázatával is tudatosítani kívánja a lányok és asszonyok körében az egyéni felelősségvállalás jelentőségét egészségük megőrzésében és a betegség megelőzésében.

TÁRSADALMI FELELŐSSÉGVÁLLALÁS

Az Egészséges Településekért Alapítvány hosszú távú célja, hogy elősegítse a kis községekben élő emberek életminőségének, egészségének javulását. Az ötezer főnél kisebb lélekszámú településeknek abban nyújt támogatást, hogy közösségi megoldásokat találjanak helyi problémáikra. Ehhez a jó példák bemutatásával és a források megteremtésével is hozzájárul, elősegítve az egészséges települések kialakítását. Pályázati projektjei mellett az alapítvány partnereivel olyan programokat is szervez, melyek hozzájárulnak az egészség megőrzéséhez, az egészség értékének tudatosításához a hátrányos helyzetű térségekben is. Az alapítvány a közelmúltban több településen is sikeres Egészségnapot tartott, ahol a Magyar Posta Zrt. méhnyakszűrő kamionja is várta a helybéli lányokat, asszonyokat. Az Egészség-hídja Összefogás Egyesület mellrákellenes sétát tartott, hogy felhívja a figyelmet a rákszűrés jelentőségére. Az alapítvány országszerte népszerűsíti az egészséges táplálkozást és a testmozgást, többek között egészséges iskolai büfék kialakításának támogatásával, tankonyhahálózat kiépítésével, főzőtanfolyamok szervezésével.

A GlaxoSmithKline Kft. célja, hogy felhívja a figyelmet az egyén felelősségére a méhnyakrák korai felismerésében, és tájékoztatást nyújtson a méhnyakrák megelőzésének lehetőségeiről. A GSK társa-

dalmi felelősségvállalási programjának fókuszában az egészség és annak megőrzése áll, ezért nagy hangsúlyt fektet arra, hogy készítményei mindenki számára elérhetőek legyenek. A GlaxoSmithKline Kft. e törekvése jegyében ajánlotta 200 rászoruló kislány részére az ingyenes védőoltást.

A Magyar Vöröskereszt hazánk egyik legnagyobb, több százezer tagot és ötvétezer önkéntest maga mögött tudó civil szervezete, amelynek fő célja az emberi élet és az egészség védelme. Tevékenységei közé tartozik többek között a véradásszervezés, az elsősegélynyújtás, az oktatás, az egészségnevelés és a katasztrófaesélyeztetés. A Magyar Vöröskereszt évente mintegy 450 000 véradót mozgósít, 110 000 embert vizsgáztat elsősegélynyújtási ismeretekből, a fiatalok körében prevenciós kampányokat folytat, a tömegrendezvényeken pedig egészségi kontrollvizsgálatokat végez. A szervezet az utóbbi években szezonális egészségügyi programokat indított: a nyári hónapokban „Biztonságos napozás” címmel a túlzott napozás veszélyeire figyelmeztető lakossági kampányt szervez, a hőségridák idején vizet oszt, a Velencei-tónál és a Békés megyei strandokon önkéntes vízimentőket foglalkoztat. 2007-ben pedig a Balatonon is elindította parti elsősegélynyújtó szolgálatát.

ÖSSZEFOGÁS

A jótékony célú oltás széles körű összefogás eredménye, mely azt mutatja, hogy a civil és a vállalati szféra egy nemes ügyért együtt tud dolgozni. Az Egészséges Településekért Alapítványon, a Magyar Vöröskereszten és a GlaxoSmithKline Kft.-n kívül a program létrejöttét segítette az Állami Egészségügyi Központ, de a szervezésben részt vettek a hátrányos helyzetű települések házi és gyermekorvosai, továbbá az érintett területek családsegítő és gyermekjóléti szolgálatai is.

PÁLYÁZAT

A méhnyakrák elleni pályázatra olyan alap- és középfokú oktatási intézmények jelentkezését várjuk, melyek 5000 főnél kisebb lélekszámú, hátrányos vagy leg-hátrányosabb településen találhatók, és

tanulóik egészségtudatos szemléletének kialakításán tevékenykednek. A nyertes intézményekben tanuló 10–14 éves lányok a pályázatukban megjelölt számú méhnyakrák elleni vakcinát térítésmentesen kapják meg. A pályázat kiírásában és elbírálásában együttműködik a Vöröskereszt és az Egészséges Településekért Alapítvány, valamint a GSK is.

A pályázatról bővebb információ a www.egeszsegterv.hu oldalon található.

MÉHNYAKRÁK

A méhnyakrák egy olyan betegség, amelyben Magyarországon hetente tíz nő hal meg, annak ellenére, hogy ez a rákfajta korai felismerés esetén jó eséllyel gyógyítható. Ma már egyetlen nőnek sem lenne szabad ebben a betegségben meghalni. Bár az időben kiszűrt méhnyakrák gyógyítható, mégis érdemes a betegség kialakulását megelőzni. Ennek elsődleges módja a védőoltás, hiszen ez védelmet jelenthet a human papilloma vírus (HPV) leggyakrabban előforduló típusaival szemben. A méhnyakrák elleni oltóanyagok megakadályozzák a HPV leggyakoribb rákkeltő típusai által kiváltott, és esetlegesen méhnyakrákot okozó fertőzés kialakulását. A védőoltás minden nőnek ajánlott. A szexuálisan aktív, akár már HPV-fertőzést átesett nőknek éppúgy, mint a szexuális élet előtt álló serdülőknél. Az oltás után a rendszeres szűrést ugyanúgy folytatni kell, mert a szűrés és az oltás együttes alkalmazása biztosítja a leghatékonyabb védelmet a méhnyakrák ellen.

A méhnyakrák elleni védőoltások esetében a teljes oltási sor három adagból áll. Az első és a harmadik adag között fél évnek kell eltelnie.

EGYÉNI FELELŐSSÉGVÁLLALÁS ÉS VEDŐOLTÁS

Az, hogy a 200 rászoruló kislány megkapta a méhnyakrák elleni védőoltást, ennek a nagyszerű összefogásnak az eredménye. Fontos felhívni a figyelmet az egyéni felelősségvállalásra. A saját egészségéért mindenki maga felelős. Akinek módja van, még anyagi áldozatok árán is tegyen meg mindent a saját egészségéért. Az oltás egészségpénztári hozzájárulásból is fizethető.

Védőnővel ne!

Levélrészlet: „...a helyi ÁNTSZ, a vezető védőnő és az Egészségügyi Szolgálat vezetője megtiltotta, hogy a védőnővel, aki-vel együtt dolgozunk, közös tanácsadást tartsunk. Arra hivatkoznak, hogy a tanácsadásokon megjelentek kevesebb mint 80%-a a védőnőével „közös” páciens. Ebben az esetben a védőnő nem lehet jelen velünk, amikor az ACSI-ban rendelünk. A praxis gondoskodik az asszisztenciáról – mondják. Vagy a rendelői asszisztens jöjjön át segíteni, vagy alkalmazunk még egyet. A tanácsadó pár utcával arrébb van. Úgy tűnik, nem csak anyagilag vagyunk sújtva. Nem lesz könnyű menet...”

Minthogy a tapasztalat szerint nem elszigetelt jelenségről van szó, véleményünket az alábbiakban foglaltuk össze:

– Minden gyermeknek joga van a megfelelő színvonalú védőnői és gyermekor-

vosi ellátásra. A rendelőben is és otthon is, és annak is, aki „csak” az orvoshoz, nem pedig gyermekorvos–védőnő közös praxisához tartozik.

– Ez a rendelkezés rontja a szabad orvosválasztás jogával élő és emiatt nem a közös körzethez tartozók gyermekeinek ellátását.

– Ha az ellátás egységes és elfogadott protokollok alapján történik, akkor semiféle zavart nem okozhat, ha egy gyermek szülei több védőnővel kerülnek kapcsolatba. Az egészségügyi kapcsolatrendszer sokrétű, ezért nem szűkíthető le az egy orvos – egy védőnő körére.

– Az „idegen” orvoshoz tartozók gyakran tapasztalt távolságtartó védőnői ellátása mellett a rendelkezés az esélyét is elveszi annak, hogy ezek a csecsemők és kisgyermekek valamiféle védőnői ellátáshoz jussanak.

– A védőnő és a házi gyermekorvos feladatköre és felelőssége – bizonyos átfedések ellenére – jól körülhatárolt. Mellérendelt és nem alárendelt jellegű együttműködésüknek jól begyakorolt, hasznos és elengedhetetlen terepe az egészséges rendelés. Itt végzi saját feladatát – sok helyen külön helyiségben – az orvos és a védőnő, itt foglalkoznak a gyermekkel és a szülővel, itt beszélnek meg velük és egymással a közös gondjaikat.

– Ha a gyermekorvos–védőnő viszony nem a modern elveknek megfelelő, vagy kifejezetten rossz, annak soha nem a közösen végzett rendelés az oka.

– A védőnők heti 40 órás munkarendjébe könnyen beilleszthető a 4, de akár 6 órás, orvossal közös védőnői tanácsadás.

A szerk.

Hetente vagy havonta?

A Konakion MM paediatric alkalmazási előiratában és a jelenleg hatályos módszertani levélben egymásnak ellentmondó adagolási javallat szerepel. Az ebből adódó kérdést jelzi Somló Pál kolégánk levele:

„Az újszülöttek részére rutinszerűen előírom a K-vitamin-profilaxist. A kórházi zárójelentéseken is szerepel a javaslat, hogy heti egy ampulla szájon át. Az alkalmazási előíratot olvasva a szülők is egyre gyakrabban teszik fel a kérdést: Havonta, ahogy a leírásban szerepel, vagy hetente, ahogy a doktor úr mondja? A gyártó cégtől nem kaptam határozott eligazítást. A gyermekgyógyászati Útmutató is havi egy ampullát javasol.

Megkérdeztem Goldschmidt Béla tanár urat, a kérdés hazai szakteknéjét, aki elmondta, hogy a szakmai állásfoglalás változása miatt a Konakion profilaktikus adagja havi egy ampullára módosult.”

Kovács Julianna és Újhelyi János javaslatára a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium lépéseket tett a korábbi módszertani levél átdolgozására. (Az újszülöttek vérzésszerűségeinek profilaxisát részletesen tárgyalja a Tulassay Tivadar és Arató András professzorok szerkesztésében megjelent Gyermekgyógyászati Útmutató – 2008, Klinikai Irányelvek Kézikönyv)

K. M.

Hogy is van ez?

2008. április végén jelentette be Horváth Ágnes egészségügyi miniszter, hogy a kormány döntése alapján ez év szeptemberétől ingyenesen kapják a pneumococcus elleni védőoltást a két éven aluli gyermekek. A minisztérium honlapja arról adott tájékoztatást, hogy a háziorvosok által igényelt oltóanyagot az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet juttatja el majd az ÁNTSZ kistérségi szervezeteihez.

A szülők megrohanták kérdéseikkel gyermekorvosukat: oltunk-e most drágán, vagy vállalva a késlekedést, inkább később, de ingyen. Pontos információk hiányában most égnek a telefonok a Házi Gyermekorvosok Egyesületében is. Minthogy úgy tartottuk korrektnek, hogy a Hírvivőben naprakész információkat közöljünk a frontvonalban dolgozókkal, az alábbi kérdéseket juttattuk el az országos tisztí főorvoshoz:

1. Hogyan értelmezzük a kormánynak azt a bejelentését, miszerint 2008 szeptemberétől ingyenesen biztosítják 2 éves kor alatti gyermekek számára a pneumococcus elleni védőoltást?

2. Rendelkezésre áll-e erre a célra elkülönített összeg?

3. Kinek jár a védőoltás? Mindenkinek, aki kér, pontosabban kinek a számára a házi (gyermek)orvosa igényli, vagy csak azoknak, akik bizonyos állapotuk miatt eddig is támogatott áron kapták a vakcinát?

4. Mi lesz a folyamat logisztikai menete? Hol igényelhetünk, és hogy kerül a rendelőbe az oltóanyag?

5. Rövid ideig tartó kampányról van-e szó, vagy mostantól minden megszülető gyermek ingyenesen jut ehhez a védőoltáshoz?

6. Várható-e, hogy 2010-től ez a vakcina is beépül a nemzeti oltási programba?

Dr. Falus Ferenc országos tisztí főorvos válaszában arról tájékoztatott bennünket, hogy a végrehajtásra vonatkozó intézkedések előkészítés alatt állnak. A részletek kidolgozásáig megértésünket és türelmünket kéri.

Beszámoló a Magyar Gyermekorvosok Társasága Nagygyűléséről, Szeged, 2008

A Magyar Gyermekorvosok Társasága 2008. április 24–26-án, Szegeden tartotta 52. Nagygyűlését. Az ország gyermekorvosainak e tudományos összeövetelén mutatkozott be a társaság új vezetése, Szabó László elnökkel és Velkey György főtitkárral az élen.

A konferencia fő témái a klinikai genetikától, a neonatológiai ellátástól, az onkológián, a sürgősségi ellátáson át egészen a házi gyermekorvosi ellátásig és az adolezscens medicináig átfogták szinte az egész gyermekgyógyászat témakörét. Különösen jellemző és örvendetes volt, hogy az irányt adó referátumok, az előadások és poszterek aktuális és a gyakorlat számára is szinte közvetlenül hasznosítható tanulságokkal ismertettek meg bennünket. A referátumok a gyermekgyógyászat tudományának, a gyermekorvosi gondolkodásnak szédítő fejlődéséről adtak számot. Elsősorban szociál-pediátriai

hangsúlyokkal fórumot kapott a területi gyermekgyógyászat is: a baleset-megelőzéstől a választható védőoltások etikai, erkölcsi és szociális kérdésein, az otoszkópia gyakorlatán át, egészen a gyermekjogokig.

Az MGYT Ünnepi Tudományos Ülésén az elmúlt ciklus beszámolójának egyhangú elfogadása után került sor az immár nagy tradíciókra visszatekintő díjak átadására. Az idén a Schöpf-Merei emlékérem kitüntetésben Mészner Zsófia, a társaság előző elnöke és Túri Sándor professzor részesült. Az emlékelőadást Túri professzor tartotta, kiemelve Schöpf Merei Ágoston életének eddig nem általánosan ismert emberi és szakmai vonatkozásait. A 2008. évi Bókay János díjat Szabó László, a társaság eddigi főtitkára kapta. Kerpel-Fronius Ödön emlékérem kitüntetésben részesült és emlékelőadást tartott Fekete György professzor. Heim Pál emlékérem

kitüntetést adományozott a társaság dr. Máthé Árpádné dr. Somogyi Csillának az anyagcsereszűrés területén kifejtett áldozatos munkásságáért.

A kényelmes elhelyezés, a gördülékeny szervezés és nem utolsósorban a kiegyensúlyozott, színvonalas tudományos program a szervezők munkáját dicséri. A társasági összeövetelek jó hangulatban zajlottak és elősegítették, hogy a különböző szakterületeken dolgozó gyermekorvosok megtalálják a közös, baráti hangot, hisz a gyermekgyógyászat érdekeit csak egy-egyben lehet képviselni. Sikertől tovább lépni azon az úton, amit Bókay János sok-sok évvel ezelőtt a társaság alakuló ülésén kijelölt: „a gyermekorvosok tudományos és gyakorlati irányba való fejlesztése és a gyermekorvos-szakemberek között a kartársi szívélyes érintkezés fenntartása.”

K. M.

Száraz Éjszakák, Derűs Nappalok Alapítvány

Nemzetközi adatok szerint az 5–14 éves korosztály több mint 7%-a szenved éjszakai ágybavizeléssel. Az enuresis nocturna az asztma után a második leggyakrabban előforduló gyermekbetegség, amely Magyarországon is közel 90 000 gyermeket érint. A székely és a hallgatás falát kívánja áttörni a Száraz Éjszakák, Derűs Nappalok Alapítvány, amely azért jött létre, hogy információk nyújtásával, felvilágosító munkával segítse a betegségben szenvedő gyermekek gyógyulását. Az alapítvány elsődleges célja, hogy azok a gyermekek is megfelelő szakorvosi kezelést kapjanak, akik szüleik tájékozatlansága vagy egyéb okok miatt soha nem jutnának el orvoshoz.

Fajsúly és vizelet-rutinvizsgálattal, valamint a vesefunkció felmérésére szolgáló vérvétellel már önmagában is jól szűrhető a betegség. A fontos tényezőnek számító folyadékfogyasztási szokásokat és a vizeletürítés napi megoszlását naptár vezetésével a szülő maga is tudja követni.

A beteg gyermekek szülei kérdéseiket feltehetik a 20/478-5330-as telefonszámon 9-től 17 óráig, ahol szakembertől kapnak választ. A www.enuresis.hu, vagy www.szarazejszakak.hu címen, az Alapítvány honlapján az odalátogatók részletesen megismerkedhetnek a betegség okaival, a gyógymódokkal és hasznos tanácsokat kapnak arról, hogyan működhetnek együtt gyermekeikkel a betegség hatékony kezelésében.



Praxisok

- Budapesten, a XIV. kerületben 1000 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Vétel előtt helyettesítés is szóba jöhet. Érdeklődni a 20/972-4067 telefonon lehet.
- Budapesten, a XVII. kerületben, Rákoskerten 1100 fős házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. Az ár megegyezés tárgya. Tel.: 20/3988-483
- Házi gyermekorvosi praxisjog Budapesten a VIII. kerületben eladó, vagy helyettesítés is lehetséges. Érdeklődni: 20/363-9971 telefonszámon.
- Bács-Kiskun megyében, Kecskemét vonzáskörzetében 1050 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Felújított szolgálati lakás, központi ügyelet van. Érdeklődni: 20/662-8560
- Budapesten, a XV. kerületben házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: 30/972-2795
- Nyugdíjas gyermekorvos helyettesítést vállal Budapesten, vagy Veszprémben. Tel.: 20/775-2108
- Budapesten a pesti oldal kertvárosi részén jó korösszetételű, évi 10 millió forint árbevételű gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni: 30/940-1157
- Budapesti 500 kártyás gyermekörzet praxisjoga eladó. Konszolidált beteganyag. A praxis tovább bővíthető. Tel.: 20/372-0316 (19 óra után)
- Celldömölki gyermekorvosi praxis praxisjoga kedvező feltételekkel (akár részletfizetéssel) átadó. Érdeklődni lehet: gyermekorvos@freemail.hu illetve este: 70/941-1335
- Fejér megyében, Sárbogárdon 750 kártyás gyermekorvosi praxis kitűnő asszisztenciával és jól felszerelt rendelővel eladó. Mellékállás lehetséges. Érdeklődni lehet délelőtt a rendelőben 25/463-220 és este otthon 19 óra után a 25/461-629-es telefonon.
- Budapesttől 30 km-re, M6-os autópálya mellett 950 fős gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet van. Érdeklődni: 30/203-9817-es telefonszámon lehet.

Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete
Hivatalos weboldal

Főoldal | Bemutkozás | Jogi tanácsadás | Újság | Rendezvények | Hirdetések

Köszöntjük hivatalos honlapunkon!

Kedves Kolléga! 2008.05.07. **Hírek, aktualitások**

A finanszírozással kapcsolatos általános zavar miatt tájékoztatás céljából ismételten itt találják az érdekvédelem és a miniszterelnöki megbízott között április 29-én kötött megállapodást és az OEP havi támogatásának új számítási elvét. További részleteket nem tudunk, újabb információkról a Kávészünet konferencián adunk tájékoztatást.

Kávészünet 10
[További információ](#)

XIV. Őszi Konferencia
[További információ](#)

Megújult a honlapunk: www.hgye.hu

A kórházi kollégák védelmében

Az MGYT vezetőségének korábbi határozata alapján május 9-én Győrött megalakult a Magyar Gyermekorvosok Társaságának Érdekvédelmi Munkabizottsága. A bizottság a klinikai-kórházi gyermekorvosok érdekvédelmét kívánja megszervezni.



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: **dART studio**

A címlapon: Lakos Manka

