

15 ÉVES A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETE

1995–2010



Tisztelettel gondolunk a gyermekgyógyászat, az alapellátás, az egészségpolitika, főhatóságok és szervezetek azon tisztségviselőire, akik partnernek tekintettek bennünket az ellátás jobbításáért folytatott erőfeszítésünk során.

Köszönjük a HGYE működését hosszú évek óta támogató gyógyszer- és tápszergyártó, illetve -forgalmazó cégek vezetőinek és munkatársainak együttműködését.

A HGYE VEZETŐI

TARTALOM

- Ki látja el a gyerekeket 2020-ban? 2–4
- Házi orvosok és házi gyermekorvosok. Van különbség a gyermekek ellátásában? 5
- Ki a jobb? Mi a jobb? Mérlegen a teljesítmény . . 7–9
- 15 éves a HGYE 11–15
- A HGYE tiszteletbeli tagja 13
- Kisgyermek influenzaoltása 16
- Kínos 18
- Az ombudsman választ kér 18–19
- Újra kell gondolni 19
- „...figyelmét felhívom...” . . 21
- Megújul a szakmai kollégiumi rendszer 21
- A homeopátiáról 22
- Mediátor az ellátásban . . . 23
- Praxisok 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2010-ben:



Ki látja el a gyerekeket 2020-ban?*

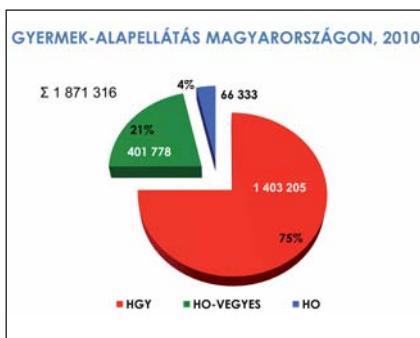
Kádár Ferenc, Paksy László, Kálmán Mihály,
Póta György, Dolowschiák Annamária

Hogy miért foglalkozunk azzal, hogy ki látja majd el a gyerekeket 10 év múlva? Mert fontos kérdés. Elsősorban a gyerekeknek, másodsorban a gyermekgyógyászatnak, de valószínűleg a társadalomnak sem mindegy. Kérdezhetnénk azt is, hogy ki látja el a gyerekeket az alapellátásban öt év múlva, de a kérdés azért értelmetlen, mert a válasz nyilvánvaló: ugyanazok, akik most. Mi. Házi gyermekorvosok, vegyes praxisok és „felnőtt” praxisok. Nyugdíjunk akkor sem lesz, visszavonulásra így akkor sem gondolhatunk, a praxisunkat meg nem adhatjuk el, mert ahogy ma nincs, úgy akkor sem lesz rá vevő.

Az öt év múlva tehát nem kérdés, a tíz év múlva azonban már érdemes elgondolkodni. Ha szkeptikusak (vagy inkább optimisták?) vagyunk, azt mondjuk, ugyanaz lesz a helyzet, mint ma vagy öt év múlva, vagyis még mindig miénk a praxis. De ha a realitásokat is figyelembe vesszük, már nem ilyen „rózsás” a kép, hisz lehet, hogy a maiak közül addigra néhányan már csak adatok leszünk a kardiovaszkuláris megbetegedések vagy onkológiai statisztikák rémisztő halmazában. A tíz év múlva azért is érdekesebb kérdés, mert addigra akár történhet is valami! Miért ne? Ki tudja? Még az is előfordulhat, hogy komolyan vesszük a figyelmeztetéseinket.

Ha a jövőt tervezzük, a mából kell kiindulnunk. Meg kell ezért néznünk, mi van ma, kik látják el ma a gyerekeket, jó-e az úgy, ahogy van, jó-e az ellátottnak, jó-e az ellátóknak, és ha nem egészen jó, mit lehetne tenni azért, hogy jó legyen.

Ma (az OEP 2010. októberi adatai szerint) közel 1,9 millió gyermek (18 éven aluli) ellátását finanszírozza az egészségbiztosító. Ugorjunk most azon át, hogy a KSH kilencvenezzerrel több gyermekről tud¹, mint az OEP, vagyis 90 000 gyermek vagy nincs ellátva, vagy el van látva, de senki nem tudja, hol. Mindegy is, lényeg, hogy 90 000 gyermek alapellátása nincs finanszírozva. Az 1 900 000 finanszírozott gyerekből 1 403 000 (75%) házi gyermekorvoshoz, 402 000 (21%) vegyes praxisokhoz, 66 000 15–18 éves (4%) pedig házi orvoshoz tartozik (1. ábra).



1. ábra

Fókuszáljunk most a házi orvosokhoz tartozó 468 000 gyermekre (2. ábra).



2. ábra

Nemcsak az igényel figyelmet, hogy az országos adatok szerint a 4 éven aluliak egyötödét, az 5–14 évesek egynegyedét, a 15–18 évesek egyharmadát látja el –

a gyermekorvosokkal összehasonlítva kisebb gyermekgyógyászati képzettséggel, ismerettel, készséggel rendelkező – házi orvos, hanem az is, hogy a vegyes praxisba tartozók aránya épp azokban a megyékben a legmagasabb, ahol a lakosság szociális helyzete rosszabb, az egészségkultúra színvonala alacsonyabb. Ezekből adódóan a várható élettartam is rövidebb, az egészségben töltött évek száma kevesebb.

A HGYE 2004. évi felmérése² szerint döntően a gazdaságilag leszakadó vagy stagnáló Zala, Somogy, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén megyei, vagy Nógrádi és Szabolcs-Szatmári kistérségekben tartoznak vegyes praxisba a gyermekek (3. ábra).

Vegyes praxisba, ahol az említett – egész országra kiterjedő és egy teljes évet felölelő – felmérés szerint a prevenció gyakorlat, a racionális antibiotikum-használat elmarad a házi gyermekorvosokétól. Vegyes praxisba, ahol a gyermekkori krónikus betegségek kezelésében kevésbé korszerű gyógyszereket alkalmaznak, ahonnan a tömegesen előforduló, otthonukban is gyógyítható betegségek miatt csaknem minden korcsoportból nagyobb arányban kerülnek kórházba gyermekek.

Nemzetközi vizsgálatok³, szakmai grémiumok, előadások sora erősíti⁴, hogy a gyermekgyógyászat szakmai szempontjai alapján ma lakóhelyétől függetlenül min-

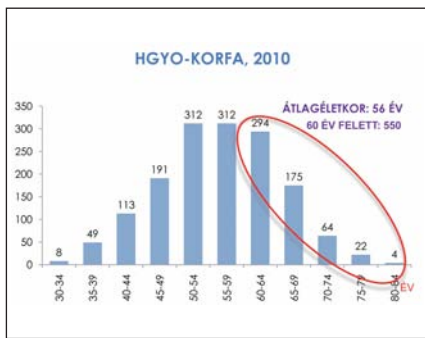
	0-4 év	5-14 év	15-18 év	0-18 év
Σ Ország	20,8	25,6	33,7	26,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg	45,3	50,2	58,0	50,8
Nógrád	36,4	40,4	50,5	41,8
Borsod-Abaúj-Zemplén	34,1	38,1	45,3	38,8
Heves	33,3	38,5	48,8	39,5
Somogy	32,6	37,9	47,5	39,0
Zala	26,4	32,5	44,4	33,8
Bács-Kiskun	11,3	15,8	24,4	16,6
Komárom-Esztergom	9,8	13,9	22,0	14,7
Pest	7,8	11,2	17,8	11,5

3. ábra

den 18 éven aluli alapellátása jobb kezekben van a gyermekorvosnál, mint a háziorvosnál. Nappal is, éjjel is, hétköznap is, hétvégén is.

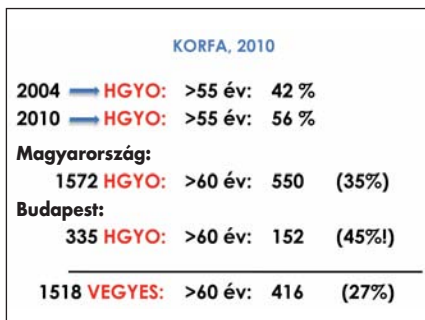
Ha viszont ez így van, ha úgy gondoljuk, hogy Magyarországon tíz év múlva is a magasabb színvonalú ellátásra képes gyermekorvosokra bízunk a gyermekeinket, akkor fel kell tennünk a kérdést: lesz-e 2020-ban elég gyermekorvos az ellátáshoz?

Ma a házi gyermekorvosok átlagos életkora 56 év (4. ábra). A jelenleg praktizáló



4. ábra

1572 gyermekorvos több mint egyharmada (Budapesten 45 százaléka) 60 éven felüli (5. ábra). Ők látják el a gyermekor-



5. ábra



6. ábra

vosi alapellátáshoz tartozók közel egyharmadát, 470 000 gyermeket (6. ábra). De képek lesznek-e erre 10 év múlva is, amikor is a ma 60 felettek 70 felett járnak majd?

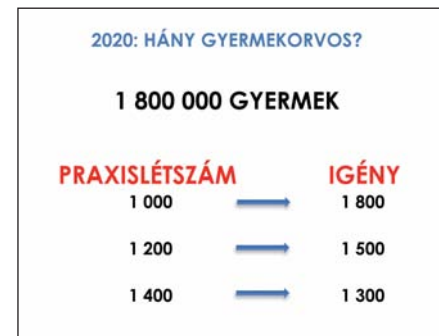
Egyáltalán, hány gyermeket kellene majd 2020-ban ellátni? 10 év viszonylag nagy idő, alakulhatnak addigra akár jó irányban is a dolgok, modellezhetjük ezért akár szakmai (vagyis ideális) szempontok alapján is a várható helyzetet. Egy ilyen forgatókönyv szerint el kell majd látni a ma is gyermekorvos által ellátottakat, és fel kell majd vállalni a most vegyes és felnőttpraxisokba tartozó gyerekeket, serdülőket. Ha figyelembe vesszük a demográfiai trendeket, akkor is kalkulálhatunk összesen egymillió-nyolcszázézer 18 éven alulival (7. ábra).



7. ábra

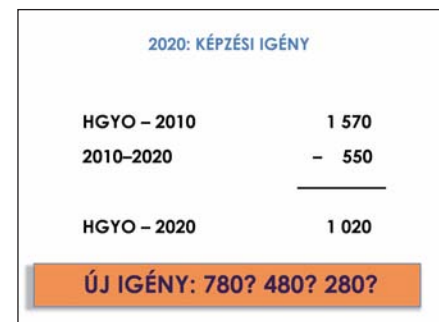
1 800 000 gyermek ellátásához a mai átlagos gyermekorvosi praxisméretek alapján 1800 praxisra lenne szükség. Ennyi gyermekorvosi praxis kialakítása, fenntartása azonban irreális igény. Ha figyelembe vesszük, hogy milyen magas az orvosszakmai szempontok alapján indokolatlan orvos-gyermek találkozások aránya, milyen sok párhuzamosan végzett feladattól lehetne mentesíteni a hétköznapjainkat, mennyi

feladatot lehetne jól képzett paramedikális személyzetre bízni, mennyi időt von el az értelmes munkától a rendelőn kívüli betegellátás, beláthatjuk, hogy racionális szervezéssel, elavult jogszabályok megváltoztatásával, a finanszírozás korszerűsítésével a jelenleginél nagyobb létszámú praxisokat is el lehetne látni. Ha átlagosan 1200 fős praxisokban gondolkodunk, 1500, ha átlagosan 1400-as praxisokat veszünk, 1300 gyermekorvos is elegendő lehetne a gyermekpopuláció tisztességes ellátására (8. ábra).



8. ábra

Folytatva a számtanórát, ideális esetben elképzelhető, hogy a ma 550, hatvan feletti kolléga 10 év múlva, 70 éves életkor felett, (mert talán megengedheti magának) úgy dönt, hogy visszavonul. Azaz a jelenleg dolgozó 1570 házi gyermekorvos közül 2020-ra 550 feladja a praxisát. A maradó 1020-as „bázis” mellett 1000-es praxisméret mellett értelemszerűen 780, 1200-as mellett 480, 1400-as praxisméret esetén pedig 280 új házi gyermekorvos belépésére lesz szükség (9. ábra).



9. ábra

Lássuk be, hogy az utóbbi szám, vagyis 10 év alatt 280 új kolléga belépése, még az elmúlt 20 év képzési görbéjének kritikus elemzése alapján sem elképzelhetetlen (10. ábra).

Hogy ne csak a levegőbe beszéljünk – az Országos Egészségbiztosítási Pénztár rendelkezésünkre bocsátott adatai alapján – elkészítettük Magyarország (divatos szóhasználatul élve) „kapacitástérképét”. Minden egyes megyére bontva megnéztük, melyik településen van házi gyermek-



Háziorvosok és házi gyermekorvosok

Van különbség a gyermekek ellátásában?

Az alábbiakban néhány cikk kapcsán igyekszem bemutatni, hogy a külföldi kollégák hogyan vélekednek a gyermekek házi gyermekorvosi, illetve házi gyermekorvosi ellátásáról. Természetesen az alább felsorolt közlemények csak szemelvények az ezzel foglalkozó számtalan cikk közül, és eredményeiket nem lehet egy az egyben a magyar viszonyokra vonatkoztatni, de talán mégis található bennük olyan információ, amely a hazai viszonyokra is extrapolálható.

„Immunization Practices of Pediatricians and Family Physicians in the United States” címmel a Pediatrics-ban jelent meg egy cikk, jó 15 évvel ezelőtt, 1994-ben. A kérdőíves vizsgálat során a szerzők arra voltak kíváncsiak, hogy van-e különbség a két orvoscsoporthoz tartozó immunitási gyakorlatában. Vizsgálták, hogy milyen aktívak a vakcinálható gyermekek felkutatásában, a vakcináció esetleges kontraindikációjának felállításában, vannak-e aggályaik több védőoltás együttes beadásakor stb. A vizsgálatból kiderült, hogy bár a két csoport attitűdje sokban hasonló volt, néhány különbség miatt azonban a gyermekorvosok javára billent a mérleg. A gyermekorvosok gyakrabban oltottak akkor is, ha a gyermek valamilyen krónikus betegségben szenvedett és sokkal aktívabbak voltak a vakcinálható gyermekek felkutatásában.

„Comparison of prescriptions by pediatricians and general practitioners: a population-based study in Franche-Comté from the database of Regional Health Insurance Fund”

A közlemény 2005-ben jelent meg az Arch. Pediatr. című lapban, és retrospektív kohort vizsgálat keretében hasonlította össze a két orvoscsoporthoz tartozó betegek ellátását. A gyermekorvosok kevesebb gyereket rendeltek vissza kontrollvizsgálatra és 6%-kal kevesebb beteget utaltak kórházba. Általánosságban mintegy negyedével kevesebb gyógyszert írtak fel, 17%-kal kevesebb laborvizsgálatot végeztek. Kevesebb antibiotikumot alkalmaztak, és feleannyi kortikoszteroidot és NSAID-t rendeltek.

A vakcinált gyermekek aránya magasabb volt a gyermekorvosok körében, és kétszer olyan gyakran adtak D-vitamin- és fluorid-profilaxist. A gyermekorvosok 25%-kal több krónikus beteg gyermeket láttak el.

„How do physicians immunize their own children? Differences among pediatricians and nonpediatricians” címmel érdekes cikk jelent meg 2005-ben a Pediatrics-ban. A szerzők arra voltak kíváncsiak, hogy saját gyermekeik vakcinációját illetően vannak-e különbségek a két orvoscsoporthoz tartozó között. A svájci vizsgálat meglepően eredményes volt. A nem gyermekorvosok a gyermekorvosokhoz képest többször halasztották későbbre a DTP és MMR védőoltást, gyakrabban fordult elő közöttük, hogy egyáltalán nem adták be ezeket, és jóval kevesebben immunizáltak Haemophilus B ellen. A pneumococcus és meningococcus C vakcinát a gyermekorvosok gyakrabban alkalmazták, de ugyanakkor közülük kevesebben oltották be gyermekeiket kullancs-encephalitis ellen. Az újabban forgalomba kerülő védőoltásokat (influenza, hepatitis A, varicella) is a gyermekgyógyászok használták gyakrabban. A cikkírók véleménye szerint azok az orvosok, akik saját gyermekeiket sem oltják a megadott séma szerint, valószínűleg a hozzájuk forduló szülők kétségeit nem tudják megfelelően eloszlatni.

„Adoption of rotavirus vaccination by pediatricians and family medicine physicians in the United States” A 2009-ben, a Pediatrics-ban megjelent vizsgálat, amelyben a rotavírus-vakcináció gyakoriságát elemezték a két orvoscsoporthoz tartozó között. A házi orvosok fele olyan gyakorisággal ajánlották betegeknek a rotavírus elleni védőoltást, és feleannyian voltak tisztában azzal, hogy hogyan, hányszor kell ezt alkalmazni. A házi orvosok szignifikánsan gyakrabban fejezték ki aggodalmukat a vakcina mellékhatásai miatt, és amiatt, hogy túl sok védőoltásban részesülnek a gyerekek.

„Differences in the drug prescriptions to children by Italian paediatricians and general practitioners”

2010-ben a Eur. J. Clin. Pharmacol.-ban megjelent közlemény az olasz orvosok gyógyszerfelírási szokásait hasonlítja össze. A házi orvosok valamivel több gyógyszert adtak, különösen a 13 évesnél idősebb gyermekeknek. Nem találtak különbséget a gyógyszerfajták között, de a gyermekorvosok az antibiotikumok közül a penicillinszármazékokat, míg a házi orvosok a makrolideket és cefalosporinokat részesítették előnyben.

„Which physicians are providing health care to America's children? Trends and changes during the past 20 years” Ez a kissé régebbi, 2004-ben az Arch. Pediatr. Adolesc. Med.-ben publikált cikk azt a tendenciát tükrözi, amely az addig eltelt 20 évben az Egyesült Államokban végbement. Ezen idő alatt a házi gyermekorvosi rendelők látogatottsága a 0–17 éves korosztályban szignifikánsan nőtt, és ugyanakkor szignifikánsan csökkent az ebben az életkorban a házi orvoshoz fordulóknak száma. A gyermekorvos-specialistákhoz is szignifikánsan több gyermeket vittek. A szerzők rámutatnak arra is, hogy ez a trend az utóbbi 5 évben felgyorsult, és ennek a képzésre, a munkakerőre és a költségekre is hatása lesz.

Egy cikk 2002-ből, amely az Arch. Pediatr. Adolesc. Med.-ben jelent meg **„Variation in the treatment of children by primary care physician specialty”** címmel. A szerzők eredményei szerint a házi orvosok gyakrabban írtak elő desmopressint enurézisre, gyakrabban rendelték be vizsgálatra azokat a gyermekeket, akik tipikus felső légúti hurutban szenvedtek, gyakrabban kértek köhögő gyermekeknek mellkas-röntgenfelvételt és küldték allergiás panaszok miatt allergológushoz vagy otitis media miatt fül-orr-gégészhez őket. Ugyanakkor egy hathetes lázas csecsemő esetén ritkábban végeztek vizsgálatokat szepszis irányában.

A fenti cikkek szinte mind egyértelműen arra utalnak, hogy a gyermekorvosok – speciális szakképzettségük okán – alkalmasabbak a gyermekek ellátására, mint házi orvos kollégáik.



Ki a jobb? Mi a jobb?

Mérlegen a teljesítmény

A gyermekorvosi, a háziorvosi és a vegyes praxisok indikátor alapú teljesítményfinanszírozásának szakmai, szakmapolitikai vitája tavaly május óta zajlik. A rendszer az egyszer meghosszabbított, így kétszer fél évesre nyúlt tesztidőszak után immár – július elseje óta – élesben működik. Ezt most már havonta az OEP-el-számolásainkon és a zsebünkön is érezzük. Azzal természetesen mi is tisztában vagyunk, hogy a gyermek-egészségügyi rendszer strukturális és pénzügyi gondjait ez, a juttatásaink nem jelentéktelen, de mégiscsak kisebb hányadát kitevő díjazás nem fogja megoldani. Ennek ellenére a Hírívő szerkesztőiként fontosnak tarjuk, hogy kollégáink folyamatosan és pontosan tájékozódhassanak az indikátorok ügyéről. Gyermekorvos kollégáink „naprakész” informálása már csak azért is fontos, mert a Semmelweis Terv az indikátor alapú teljesítményfinanszírozás növekvő szerepét, részarányát „jósolja” az alapellátás finanszírozásában.

Ezt bizonyítja az is, hogy a napokban került nyilvánosságra a gyógyszerfelírás hatékonyságát négy betegcsoportban vizsgáló indikátor javaslat. A dolog szépséghibája, hogy mintegy a tavalyi „körtünet” kiújulásaként, ez a felvetés sem nagyon akart – eddig – tudomást venni az orvosi alapellátás közel negyedét kitevő gyermekorvosi praxisokról. Pedig mi is szeretnénk igazságosabb és nagyobb jövedelemelosztásban részesülni és a Semmelweis Tervben leírt programnak, „a házi gyermekorvosi ellátás megerősítésének” a gyümölcséből előbb-utóbb részesülni. Így lenne méltányos.*

A korrekt tájékoztatás céljából azt találtuk a legkézenfekvőbbnek, ha dr. Kőrösi Lászlónak, az OEP főosztályvezető-helyettesének a Medicus Universalis című újságban megjelent cikkéből átvett idézetek alapján elevenítjük fel az indikátor alapú teljesítményfinanszírozás eredeti céljait, módszereit és eddigi eredményeit. A mostani új helyzetre és az eddigi tapasztalatokra reagáló egyesületi véleményt, javaslatot összeállításunk végén ismertetjük.

A félreértések, az ellenérzések okairól, a hiteles tájékozódás lehetőségeiről Kőrösi dr. írásában így vélekedik:

„A háziorvosi indikátorrendszer 2008 végén, 2009 első felében került kidolgozásra. A háziorvosi szolgáltatók első alkalommal a 2009. szeptemberi adatok alapján kaptak visszajelzést az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól. Bár a rendszer részletes és folyamatosan aktualizált leírása elérhető az OEP honlapján, több cikket is megjelentettek a rendszer kidolgozói, valamint az OEP munkatársai több száz háziorvossal személyesen is ismertették a rendszer lényegi elemeit különböző előadásokon, ennek ellenére nagyon sok a félreértés az indikátorrendszerrel kapcsolatban. Ez és a nem megfelelő tájékozottság okozza nagyon sok esetben az érintett háziorvosok ellenérzését, így hasznosnak látszik, ha ezen a helyen összefoglaljuk, illetve kiemeljük a rendszer leglényegesebbnek tartott elemeit.”

A teljesítményhez kötött finanszírozás ötletének eredetéről és bevezetésének alapelveiről a Medicus Universalisban a következőket olvashatjuk:

„Hosszú évek, évtizedek óta élő igény, hogy a háziorvosi rendszerbe kerüljön bele egy olyan elem, amely legalább részben értékeli, hogy egy adott háziorvos miként teljesít kollégáihoz képest, mennyivel nyújt több vagy jobb minőségű szolgáltatást. Ennek kidolgozására az Egészségügyi Tárcá vezetése 2008-ban létrehozott egy munkacsoportot, melynek feladata az indikátorrendszer kidolgozása volt.

A rendszer megalkotása során kiemelten kellett kezelni néhány alapelvet. Olyan indikátorokat kellett a rendszerbe építeni, melyek megfelelnek a népegészségügyi céloknak, és nemzetközi példa is van alkalmazásukra. Nagyon fontos volt, hogy csak a már rendelkezésre álló adatokra építsen, tehát ne növelje a házi-orvosok már jelenleg is magas adminisztrációs terheit. Lényeges elem, hogy az értékelés objektív mérőszámok alapján történjen, a lehető legkisebb mértékben adjon lehetőséget az adatmanipulációra. Nem a háziorvosi tevékenység egy részterületét kívánja a rendszer vizsgálni, hanem a komplex tevékenységet. Ez úgy valószínűsíthető meg, ha szerteágazó adatforrást és mutatórendszert alkalmaz. Területi és egyéb ismérveken alapuló háziorvosi csoportokat alakított ki...”

Az indikátorokat kétféle viszonyszámhoz lehet mérni: vagy egy szakmailag megalapozott célértékhez, vagy a különböző körülmények között dolgozó praxisok által szolgáltatott adatok átlagához. Erről és ennek a módszertani háttéréről Kőrösi doktor a következőket írja:

„Hangsúlyozni kell, hogy az indikátorrendszer nem minőségbiztosítási rendszer! A minőségbiztosítási rendszerek a betegelégedettséget vizsgálják, a hatékonyság növelését, a költségek csökkentését tekintik kiemelt céloknak, valamint az ellátás kimenetelét értékelik (outcome mutatók). Az indikátorrendszer viszont a praxis munkáját méri, egy esemény előfordulásának a mértékét vizsgálja, teljesítménymutatókat alkalmaz (output mutatók).

A rendszer egyik fő erőssége, hogy «almát az almához, körtét a körtéhez» hasonlít. Arra kíváncsi tehát az indikátorrendszer, hogy egy adott típusú és adott területen dolgozó háziorvosi szolgálat miként teljesít az adott területen és az adott típusba tartozó többi szolgálathoz képest.”

* A 2010. december 14-i államtitkári tájékoztatás szerint, egyesületünk javaslatainak figyelembevételével, a gyermekorvosi praxisok indikátor alapú teljesítményfinanszírozásának továbbfejlesztésére is sor kerül. (A szerk.)

„... a megyéken belül külön átlagot alkotnak a vegyes, felnőtt- és gyermekpraxisok, illetve a felnőttpraxisok esetében még azt is megkülönböztetjük, hogy városban vagy nem városban működik-e az adott szolgálat. Gyermek- és vegyes szolgálatoknál azért nem indokolt ez utóbbi megkülönböztetés, mert a vegyes praxisok jellemzően nem városban, míg a gyermekpraxisok jellemzően városban működnek. Budapesten az egyes kerületeken belül a gyermek- és a felnőttpraxisok saját átlagos értékekkel rendelkeznek, melyek az összehasonlítás alapját adják.

Ez a módszertan képes kezelni azokat a problémákat, melyek abból adódnak, hogy a háziorvosok eltérő körülmények között dolgoznak. A gyógyító munkát ugyanis jelentős mértékben befolyásolják azok az infrastrukturális, etnikai, szociális, jövedelmi és egyéb tényezők, melyek igencsak eltérőek az ország egyes földrajzi területein. Ezzel a módszertannal kiküszöbölhetők azok a problémák is, melyek jellemzően egy adott területet «sújtanak»: ha pl. egy megyében a járóbeteg-szakellátás bizonyos típusa csak korlátozottan vehető igénybe, akkor az ugyanolyan mértékben befolyásolja az összes ott működő praxis munkáját, így a saját értékek közötti különbségekből a saját tevékenységek közötti különbségekre lehet következtetni.”

A célok, az alapelvek, a módszertan meghatározása után azonban a praxisok működésében jelentkező különbségeket számokban is ki kellett fejezni. Itt már nem elég jól ismerni a szakmát, a gyermekgyógyászati működést, ide már „matematikai” felkészültség is szükséges. A pontértékek és az egyes praxisok javadalmazásának módjáról a cikkben ezt olvashatjuk:

„Ahogy már az előzőkben is említettük, az indikátorrendszerben részt vesznek a felnőtt-, vegyes és gyermekpraxisok is. Mind-egyik praxistípus maximálisan 100 pontot érhet el. Ez csak úgy biztosítható, hogy felnőtt- és gyermekszolgálatoknál az egy-egy indikátorra jutó pontszámok értékei magasabbak, mint a vegyes szolgálatoknál.

Minden egyes indikátor egy orvossal mailag meghatározott és nem vitatható célt határoz meg. Az indikátorrendszer azt vizs-

gálja, hogy az adott praxisban ez az adott cél miként valósul meg a csoportban dolgozó többi praxishoz képest. Ha egy adott praxis „jobban” teljesít a csoportjába tartozó többi praxishoz képest legalább 5%-kal, akkor egy egységnyi pontot kap. Ha a „jobban teljesítés” 10 és 15% között van, akkor 1,5 egységnyi pontra jogosult a szolgálat. A maximális kétegységnyi pont állapítható meg, ha az átlagnál 15%-kal „jobban” teljesít az adott praxis. Ennél több pontszám semmiképpen nem érhető el. Ennek az a célja, hogy az indikátorrendszer ne „avatkozzon” be túlzott mértékben a gyógyító tevékenységbe, ne ösztönözzön pl. az antibiotikum-rendelés túlzott és irreális mértékű visszaszorítására. Az, hogy mi tekinthető „jobbnak”, minden indikátor esetében mást és mást jelent.

Tekintettel arra, hogy a tevékenységek végzése jelentős szezonális ingadozást mutat, így az indikátorok egyik esetben sem egy hónap, hanem minden esetben hosszabb időszakot tekintenek át. A hosszabb időszak adataiból képzünk átlagos, vagy összesített mutatókat.”

Természetesen a sok elméleti és gyakorlati megfontolás után sem az egyes gyermekorvosi praxisnak, sem az egész gyermekorvosi alapellátó rendszernek nem mindegy, hogy a pénzbeli eredmények mit mutatnak. A számok részletesebb analízis nélkül is jól mutatják, hogy a gyermekorvosi praxisok számarányukhoz képest – teljesítményük alapján – nagyobb arányban részesültek az indikátor alapú forráselosztásban, mint a másik két praxistípus. De nézzük, mit mutatnak a Kőrösi-cikkben közölt számadatok. (ld. táblázat)

„A jelenleg hatályos, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 12/A. §-a alapján az OEP a 2010. októberi kifizetésektől kezdődően (a 2010. júliusi adatok alapján) a finanszírozási díj egy részét az indikátorrendszer alapján fizeti ki. Nagyon fontos tény, hogy az indikátorrendszer csak pluszdíjazást jelent, nem fog egyetlen szolgáltatónak sem csökkenni a díjazása azért, mert az indikátorrendszerben esetleg alacsony pontszámot ért el.

Díjazás (Ft)	Felnőttpraxis		Gyermekpraxis		Vegyes praxis		Összesen	
	praxisszám	összdíj (Ft)	praxisszám	összdíj (Ft)	praxisszám	összdíj (Ft)	praxisszám	összdíj (Ft)
0	487		138		146		771	0
1–10 000	411	3 534 474	227	1 675 496	196	1 631 850	834	6 841 820
10 001–20 000	2076	30 548 345	492	7 300 737	882	12 767 073	3450	50 616 155
20 001–30 000	639	14 922 251	504	11 996 278	280	6 552 824	1423	33 471 353
30 001–40 000	39	1 254 291	193	6 475 702	16	512 310	248	8 242 303
40 001–	0	0	20	828 425	0	0	20	828 425
Összesen	3652	50 259 361	1574	28 276 638	1520	21 464 057	6746	100 000 056

A 2010-es évre vonatkozóan összesen 300 millió Ft áll rendelkezésre az indikátor alapú díjazásra, ez októbertől decemberig havi 100 millió Ft-ot jelent. Az a szolgáltató kaphat ilyen jellegű kifizetést, amely a számított indikátorok legalább 25%-ában ér el pontot. Az alábbi táblázat mutatja, hogy praxisszinten hány Ft pluszra lehet számítani.”

A szakmai egyeztetéseken abban egyeztünk meg, hogy a jövőben ez az indikátorrendszer a körülmények változása, de az egyes indikátorok „finomítása” okán is változtatásra, kiegészítésre szorulhat. Erről ezeket a sorokat olvashatjuk a Kőrösi-cikkben:

„Az indikátorrendszer semmiképpen nem tekinthető egy olyan rendszernek, amely «kőbe lenne vésve» és ne lenne lehetőség a módosítására. Éppen ellenkezőleg: egy új rendszer kifejezetten igényli, hogy a kapott eredményeket folyamatosan monitoroz-

zuk, és szükség esetén változtassunk a módszertanon. Természetesen ebbe a folyamatba be kell vonni a szakma képviselőit is, de ehhez fontos, hogy a szakma is nyitott legyen az «újításokra» és jól ismerje a jelenlegi rendszert is.”

Ez a helyzet most – eddig legalábbis úgy tűnik – bekövetkezett, hiszen új, a gyógyszerfelírási hatékonyságot mérő háziorvosi (egyelőre azonban nem gyermekorvosi!) indikátorokra vonatkozó javaslatok kerültek nyilvánosságra. Egyesületünket felkérték ezek véleményezésére, de válaszukban csak azt rögzíthettük, hogy – mi gyermekorvosok – ezúttal is kimaradtunk a „jóból”. Most is, mint tavaly, csak remélhetjük, hogy mind a régi, mind a készülő új indikátorokra vonatkozó javaslataink meghallgatásra találnak, és legalább utólag bekerülünk mi is a „pikszisbe”.*

KÁLMÁN MIHÁLY

Javaslat újabb indikátorokra

Közel 2 millió magyar gyermek és ifjúkorú egészségügyi ellátását veszélyeztetné, ha – diszkriminatív módon – az orvosi alapellátás mintegy negyedét kitevő házi gyermekorvosi rendszer kimaradna az indikátor alapú teljesítményfinanszírozás rendszeréből.* Különösen, ha a jelenlegi kormányzati szándék alapján a finanszírozás egyre nagyobb hányadát kívánják mérhető teljesítményhez kötni. A gyermekorvosi praxisok hátrányos megkülönböztetése a gyermek-alapellátó rendszer további sorvadását eredményezné.

Az indikátor alapú teljesítményfinanszírozás pluszforrásokból, részlegesen és fokozatosan történő bevezetését egyesületünk a kezdetektől támogatta. Fontosnak tartjuk ugyanis a finanszírozásnak azokat a módszereit, melyek az ellátás minőségét, az alapellátás definitív működését, az elsődleges ellátó gyermekorvos szerepét a betegutak szakmailag racionális szervezésében erősítik.

A minőségbiztosítás tudományos szempontjainak is maradéktalanul megfelelő indikátorok képzése, kipróbálása interdiszciplináris feladat, amely hosszabb időt venne igénybe. A javasolt indikátorok nemcsak a minőség javítását célozzák, de igazságosan szolgálniuk kell a tömeges forráselosztás technikáját is. Mi, a gyermekorvosi alapellátás képviselői ebben a folyamatban csak arra vállalkozhatunk, hogy amennyire lehetséges, a gyermekorvoslás minőségét torzításmentesen jellemző paramétereket, mutatókat javasoljunk. Tekintettel kell lennünk arra is, hogy az adatszolgáltatás ne terhelje tovább

a már egyébként is értelmetlen adminisztratív terheknek, túlszabályozásnak kitett gyermekorvosi praxisokat.

Nehezen érhető ugyanakkor, hogy az influenza elleni átoltottság miatt nem indikátora a gyermekorvosi praxisok védőoltási tevékenységének, miközben a szakirodalomban – a paradigmaváltásnak megfelelően – a gyermekeket tekintik az influenzajárvány terjedésének szempontjából a „biológiai bombának”. Szakítani kellene azzal a felfogással is, mely a praxisok magasabb lélekszámát automatikusan negatív minőségi indikátornak tekinti (ld. depresszió!). A magasabb lélekszámú praxisok ugyanis általában azért alakulnak ki és egzisztálnak éveken át sokszor még előnytelen demográfiai környezetben is, mert ott a betegek magasabb színvonalú ellátást kapnak. Ennek megfelelően minőségileg jobb ellátást jelez az, ha egy gyermekorvosi praxis a körzetében lakó 0–18 évesek számánál tartósan nagyobb praxislétszámmal dolgozik. A „megbélyegzés” helyett a finanszírozónak inkább arról kellene elgondolkodnia, hogy hogyan teremtsen ezeknek a praxisoknak jobb munkakörülményeket. Ez lenne a finanszírozás oldaláról egyértelmű előrelépés a minőség javításának irányába. A betegek megelégedettségét jelző indikátorként lehetne használni a praxisba bejelentkezett 15–18 éves korosztály arányát is. Az e korcsoportban a praxistípusok közötti szabad választást már egyfajta értékítéletként lehetne számításba venni.

Elengedhetetlen szempontnak tartjuk azt is, hogy a gyermekorvosi praxisok indi-

kátorainak kialakításánál sajátos, a gyermekek morbiditási viszonyainak, a gyermekorvoslás speciális preventív szempontjainak megfelelő mérési módszerek kerüljenek bevezetésre. Itt a felnőtt- és a egyes praxisok indikátorainak szemlélete és megközelítési módja nem alkalmazható. Tévedés lenne azonban ebből azt a következtetést levonni, hogy akkor e praxistípusnál az indikátor alapú finanszírozás nem is alkalmazható. A gyermekgyógyászatban valóban kevesebb a krónikus ápolást igénylő beteg, nincs infarktus, nincs stroke, és egyelőre még nem tömeges a 2-es típusú diabetes előfordulása sem. Mindez csak azt jelenti, hogy kevesebb a drámai esemény és más, az ellátás minőségét finomabban, differenciáltabban jellemző indikátorokra van szükség. Például olyanokra, melyek éppen a felnőttkorban oly nagy teherként jelentő népegészségügyi betegségek időben történő és ezért leghatékonyabb megelőzésének mértékét hivatottak mérni. Az ugyanis, hogy a gyermekek milyen életminőségben érik meg a felnőttkort, az orvosi ellátás vonatkozásában kizárólag a gyermekorvosi ellátáson múlik.

A teljes körű és releváns minőség-ellenőrzés csak a szakfelügyelet megerősítésével, presztízsenek növelésével biztosítható.

A fenti egyesületi véleménnyel egy időben elküldtük a döntéshozóknak 14 új, gyermek-egészségügyi indikátorra vonatkozó javaslatunkat is. Várjuk, hogy mi lesz a sorsuk!

HGYE

* A 2010. december 14-i államtitkári tájékoztatás szerint, egyesületünk javaslatainak figyelembevételével, a gyermekorvosi praxisok indikátor alapú teljesítményfinanszírozásának továbbfejlesztésére is sor kerül. (A szerk.)

Köszöntő

Oláh Éva professzor asszonynak a HGYE XV. őszi konferenciáján elhangzott előadásából

Jól emlékszem arra a 15 évvel ezelőtti őszi napra, amikor három fővárosi gyermekgyógyász kopogtatott a klinikai dolgozószobám ajtaján. Mint a Gyermekorvos Társaság akkori elnöke, jól ismertem a gyermekgyógyászat és ezen belül az alapellátás gondjait, nem lepott így meg a Házi Gyermekorvosok Érdekvédelmi Egyesületének létrehozására vonatkozó előterjesztés. Óriási lépésnek tartottam ezt akkor, és visszatekintve az elmúlt 15 esztendőre, ma még inkább ez a meggyőződésem. Az egyesület létrehozása tükrözte a házi gyermekorvosok hivatásuk iránti elkötelezettségét, a reális és világos helyzetfelismerést és a gyermekellátásért harcolni is képes gyermekorvosok bátor kiállását. Azt ismerték fel, hogy tőlük jobban, vagy rajtuk kívül, senki nem fogja képviselni érdekeiket.

Elindult egy harc a működésük fenntartásáért, a gyermekellátás jövőjéért, és a küzdelem nem volt eredménytelen. Azt hiszem, egyetértetek velem abban, hogy az egyesület létrejötte nélkül, a környező országokhoz hasonlóan, talán ma hazánkban sem lenne gyermekorvosi alapellátás. De tekintsünk egy kicsit vissza a házi gyermekorvosi rendszer múltjára, az eredményekre, a kudarcokra, a jelen kihívásaira és azokra a feladatokra, amelyeknek megoldása a jövő záloga. (...)

Magyarország már a hatvanas évek kezdetén úttörő szerepet játszott a gyermek-alapellátó rendszer létrehozásában. Az újabb és újabb praxisok létrejöttével



egyre nőtt azoknak a gyermekeknek a száma, akik elsődlegesen, az alapellátásban jutottak gyermekorvosi ellátáshoz. A rendszerváltás idején az egészségügyi reform egyik deklarált célja volt az alapellátás megerősítése. Ennek részeként a gyermek-alapellátásban is változások következtek be. A kórházak helyett a helyi önkormányzatok felügyelete alá került a szolgálat, a kártyarendszer bevezetése lehetővé tette a szabad orvosválasztást. A praxisok funkcionális privatizációjával is nőtt az alapellátás presztízse, anyagi bázisa. Ugyanakkor érezhetővé vált a korábban nagyon jól működő orvos-védőnői egység megbomlása.

Az évek teltével világossá vált azonban, hogy az alapellátás erősödésén belül a gyermekorvosi alapellátás a perifériára szorul. Negatív nemzetközi példák sem segítették a házi gyermekorvosi rendszer helyzetét, hiszen a szovjet utódállamok sorában, Bulgáriában, Romániában, Lengyelországban – egybemosva a felnőtt- és gyermekellátást – megszüntették a már kiépült gyermekorvosi alapellátást. A gyermekorvosokat háziiorvosi szakképesítés megszerzésére, a háziiorvosokat gyermekek ellátására kényszerítették. A gyermekorvosi alapellátás nálunk is az Országos Háziiorvosi Intézet, a képzés és akkreditáció pedig a családorvosi tanszékek fenntartásához alá került. A gyermek-alapellátás sorsával a szakmai fórumok egyike sem foglalkozott érdemben, és nem volt szám- és súlyarányos képviselője egyik arra hivatott szakmai grémiumban sem. Ez a helyzet hívta életre 1995-ben a HGYE

megalakítását, ez indította el a küzdelmet az elkövetkező években a megmaradásért, a működési feltételek biztosításáért.

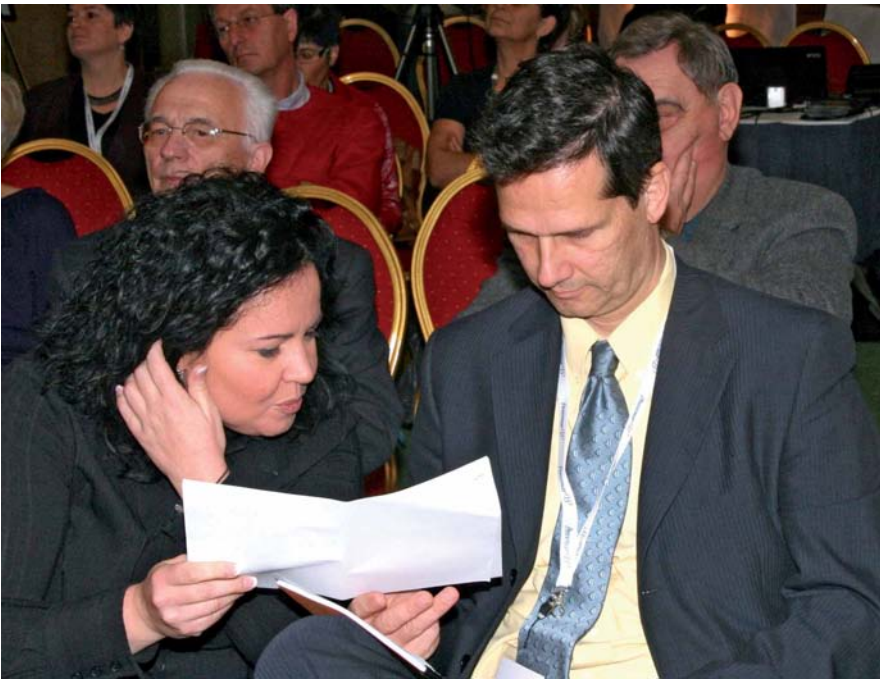
Mi indokolja a gyermekorvosi alapellátás önálló létét, létjogosultságát? Az, hogy a gyermekgyógyászat önálló diszciplína, az egészségügyi ellátás speciális alrendszere, aminek részeként az alapellátás meghatározó feladata a gyermekek testi- és szellemileg egészséges felnőtté válásának biztosítása. Minden gyermekkorban elkövetett hiba, minden zavar, minden mulasztás, életre szóló következményekkel jár vagy járhat. Ebben a periódusban még van remény az egészséges életmódra történő nevelésre, lehetővé téve így a felnőttkori betegségek megelőzését.

A hazai gyermekellátás struktúrája nem egységes, de óriási előnye, hogy az érintett korosztály háromnegyedét látja el. Akkor is eredmény ez, ha változatlan a hozzáférés egyenlőtlensége.

A HGYE által vezetett magyarországi gyermek-alapellátásnak igen nagy sikere van. Nem csak a 75%-os ellátási arány az



eredmény, meg kell említenem az egyesület rendezvényeit is. Azt, hogy évente két alkalommal, igen nagy részvételi arány mellett találkozok a házigyermekorvos-társadalom, rendkívül nagy jelentőségűnek tartom. A Hírvivő rendszeres tájékoztatást nyújt a szakmai és szakmapolitikai eseményekről. A hazai eredmények és gondok európai szinten is több alkalommal ismertetésre kerültek. Nagy sikernek könyvelhetjük el, hogy a HGYE képviselve van az európai gyermekorvosok társaságaiban,



A harcot tehát folytatni kell. Ennek a küzdelemnek a letéteményese a HGYE. A hazai gyermekgyógyászat közös feladata a kor követelményeihez adaptált, korszerű házi gyermekorvosi ellátás megteremtése. El kell fogadtatni az alapelveket a döntéshozókkal, a szakpolitikai, szakmai vezetőikkel, az alapellátó háziorvosok képviselőivel, önkormányzati vezetőkkel, szülőkkel. Fontos a számarányos reprezentáció, a politikai támogatás megszerzése, az egész társadalom összefogása. Hisz egyedül a legnagyobb erő sem érhet el mindent, egyesített erőknek pedig talán a lehetetlen is lehetséges. Csapatmunkára van szükség.

Ehhez kívánok nagyon sok erőt, lelkesedést és kitartást mindannyiuknak, a következő 15 évre is.



És nem utolsósorban: lehet-e biztosítani – a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium álláspontjának megfelelően – a hozzáférés esélyegyenlőségét? Mindig, mindenhol és 18 éves életkorig?

Mindez csak a gyermekellátás modernizációjával, a struktúra átalakításával érhető el. Az ellátás koncentrálása, a kevesebb, de nagyobb kártyaszámú praxis, a kistéleplések gyermekellátásának biztosítása kistérségi egészségügyi központok létrehozásával, megoldási lehetőségnek látszik. A részleteken lehet vitatkozni, de a gondokat közben úgy kell megoldani, hogy ne sérüljenek a gyermekeket ma ellátó háziorvosok érdekei. Természetesen további (házi gyermekorvosok–iskolaorvosok vagy házi gyermekorvosok–védőnők közötti) nézeteltérések is tisztázásra várnak.



hogyan jogot kapott és sikerrel szervezte meg az alapellátó gyermekorvosok nemzetközi kongresszusát.

Nem jelenti azonban ez, hogy minden rendben van. A 15 évvel ezelőtti helyzethez hasonlóan ma is a gyermekorvosi alapellátás megtartása, színvonalának fenntartása a téma. Korszerűsítés nélkül ez elképzelhetetlen. Az egyik legfontosabb kérdés, az utánpótlás biztosításának alapvető feltétele, hogy sikerül-e vonzóvá tenni az orvosi munkának ezt a szegmensét. Megoldódnak-e az alapellátásban tölthető rezidenci időszejek, a központi gyakornoki státusz kérdései, rendezhető-e a finanszírozás, lesz-e indikátor alapú teljesítményismerés? Sikerül-e megerősíteni a szakfelületi rendszert, hatékony szinten biztosítani az ismeretek szinten tartását? Tisztázásra vár a kompetencianövelés, a házi gyermekorvosi szakvizsga problémaköre.





A Házi Gyermekorvosok Egyesülete **Dr. Szabó Lászlónak** a *Házi Gyermekorvosok Egyesülete Tiszteletbeli Tagja* címet adományozza.

Szabó László egyike azon vezető gyermekorvosoknak, akik mindig fontosnak tartották, hogy a gyermekek területi ellátásában továbbra is a gyermekorvosok játsszák a kulcsszerepet. E felfogás alapján támogatta, támogatja egyesületünk tevékenységét és dolgozik mint a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnöke a magyar gyermekgyógyászat egységéért.

*Kedves Laci! Tisztelt Elnök Úr!
Köszönjük munkádat, további sikereket, jó egészséget kívánunk!
Az alapellátó gyermekorvosok nevében*

HUSZÁR ANDRÁS

Boldog születésnapot Házi Gyermekorvosok Egyesülete!

Szinte napra pontosan 15 évvel ezelőtt volt első közös rendezvényünk, ahol úgy kétszázán, alapellátásban dolgozó gyermekorvosok, egyetértve Huszár András és szűk csapatának javaslatával, úgy döntöttünk, összeállunk, mert nincs senki, aki az érdekeinket képviselné. Nagy szükség volt akkor erre, hisz egyre több jel utalt arra, hogy a gyermekgyógyászat korábban egyékesnek mondott közösségéből kiszorultunk, miközben a házi orvosi tábor nemigen akar befogadni.

Akkor már tíz éve dolgoztam „magányos farkasként”, egy vidéki gyermekkörzetben. Nem volt, akihez szakmai problémáimmal fordulhattam, nem volt, akivel sikereimet, sikertelenségeimet megoszthattam. Nem volt, aki segítene volna eligazodni a rendeletekben, jogszabályokban. Nem volt egy közösség, ahová tartozhatnánk. Persze, hogy örömmel lettem tagja az akkor alakuló civil szervezetnek, de legmerészebb elképzeléseimben sem gondoltam volna, hogy olyan nagy feladatok várnak a HGYE-re a hazai gyermekorvosi alapellátás megőrzésében, mint amilyeneket a következő években kaptunk. Annak idején arra sem gondoltam, hogy az egyesületnek közel másfél ezer tagja lesz, hogy nemcsak érdekvédelmi feladatok, hanem komoly szakmai kihívások megoldására is rákényszerül majd. Hogy megkerülhetetlen szakmapolitikai szerep-

lővé válik, ami félve őrzi a gyermekellátást, annak minden résztvevőjével együtt.

Ehhez persze szükség volt olyan mindegyikre, mint Huszár András, Kálmán Mihály, Kádár Ferenc, akik tényleg „odatették” magukat az egyesületért, az ellátandó gyermekekért, és nem utolsósorban értünk, a gyermekorvosokért. Ők voltak, akik faltörő kosként mentek előre, kopogtattak, dörömböltek, kiabáltak, elemeztek, tárgyaltak, alkudoztak, legtöbbször kötéltáncoltak. Ma is ők az oszlopos tagjai az azóta már jócskán kibővült vezetőségnek.

Most, amikor a Házi Gyermekorvosok Egyesülete 15 éves lett, a XVI. szakmapolitikai konferencián csak röpké visszatekintésre futotta az időből, a fő téma megint a házi gyermekorvoslás jövője volt.

Ki fogja ellátni 10 év múlva a gyermekeket, ha a házi gyermekorvosok átlagos életkora 56 év, és több mint egyharmaduknak 60 év felett jár a kora? Ez utóbbi korcsoport felel ma 470000 gyermek ellátásáért. Ki fogja ellátni 10 év múlva a gyermekeket, ha a rendszerbe nincsen új belépő, nincsenek utódok? Már ma is 265 a 65 éven felüli házi gyermekorvosok száma. Hiába gondolnánk körzetük feladására, ha nincs aki átvegye a praxisukat, ha hiányoznak azok az anyagi feltételek, amivel negyvenéves (vagy még annál is több) munka után visszavonulhatnak.

Nem vonzó karrier ma az elsődleges ellátást végző gyermekorvosé.

Bár a demográfiai adatok szerint a születések száma csökken, az ellátandó gyermekek száma nő. Döbbenetes adat, hogy havonta 5–7 millió körül van az orvos-beteg találkozások száma, és bizony nagyon nagy részének résztvevője a házi gyermekorvos. Egyre több az elhízott, az asztmás, a krónikus betegségben szenvedő, a dohányzó, az alkoholt komoly mértékben fogyasztó fiatal. Ha nem teszünk ellene, ők lesznek néhány évtized múlva az egészségügyi szempontból problémás betegek, nem kis mértékben megterhelve a „fel-nőtt” alapellátást. Ennek megelőzése és sok más új tényező is többszörözi feladatainkat. Ha finanszírozás nem teszi lehetővé a rendelő fejlesztését, új műszerek beszerzését, nota bene az orvos és munkatársai anyagi megbecsülését, előbb-utóbb romlik az ellátás színvonala.

Jó előadásokat hallhattunk ugyan a praxismenedzsmentről, a fejlesztésről, számtalan jó ötletet is kaptunk, csakhogy megvalósításuk újabb és újabb emberi energiát igényel, mely energia azonban már csak kevesünknek van tartalékban. Ezért lenne szükség utánpótlásra, a pálya vonzóvá tételére, hogy a végzett orvosok ne külföldön, hanem itthon találjanak boldogulást.

(folytatás a 15. oldalon)

Dr. Kőrösi László, az OEP finanszírozási osztályvezető-helyettese felvázolta az elindult teljesítményfinanszírozást, mely a „jól végzett munkát” jutalmazza, de ez még csak kezdeti próbálkozás, ezer és ezer buktatóval. Az viszont dicséretes, hogy tőlünk, akik benne vagyunk, akik csináljuk, várják a javaslatokat az indikátorok kibővítésére, realisabbá tételére.

Nagyon vártuk az egészségügyi vezetés tájékoztatását a tervezett átalakításokról. Ezt az előadást vezette fel Huszár András reális, ezért indulatos helyzetértékelése a mai valóságról. Elhangzott, hogy ha nemzetközi és hazai szakmai felmérések sora bizonyítja, hogy a gyermekellátás hivatott képviselője az alapellátásban is a gyermekorvos, akkor sürgős lépéseket kell tenni a hozzáférés javításában. Nemcsak azt kell tudomásul venni szakmai körökben, hogy a gyermekkor a növekedés befejező-



ják velünk egyeztetve, hangunkra, javaslatainkra figyelve, véghezvinni. Csodákat nem várunk, de hosszú idő óta most először véltem felfedezni az azonos útvonaltervet.

Dr. Velkey György, a Magyar Gyermekorvosok Társaságának főtákkára, a RE Bethesda Gyermekkórházának főigazgatója, az egészségügyi átalakítás aktív résztvevője, a tőle megszokott optimizmussal és higgadsággal elemezte a jelen helyzetet és vázolta az esetleges kiutakat. „Nem a házi gyermekorvosok preferálása a kérésünk, de tudomásul kell venni, hogy ha egy ház építésénél gyengék az alapok, lehetnek bármilyen szépek és jó minőségűek a falak vagy a földem, a ház ingatag lesz, és össze fog dőlni. Ha az élet kezdetén nem alapozzuk meg a gyermekek egészségét, lehet bármilyen jó a felnőttéket ellátó rendszer, nem fog tudni eredményesen dolgozni. Ha nincs, aki megal-

déséig tart, hanem annak következményeivel is foglalkozni kell, hogy épp ott látja el a gyermekek 40–50%-át gyermekgyógyászatban jóval kevésbé jártas házi orvos, ahol rosszabbak az életkörülmények, alacsonyabb az egészségkultúra, rövidebb a várható élettartam. A mainál több gyereket kell a mostaninál kevesebb szakorvosnak ellátnia, de úgy, hogy közben ne érje anyagi veszteség az elsősorban felnőttpopuláció ellátásában jártas vegyes praxisokat.

Dr. Beneda Attila, az Egészségügyért Felelős Államtitkár kabinetfőnöke előadásában és válaszaiban még nagyon sok volt a „ha”. Sok bizonytalansági tényezőt kellett felsorolnia, hiszen „az egészségügy bármely területére nézünk, mindenholnan vészjelzéseket látunk”. Ennek ellenére a jobbító szándék, úgy láttuk, megvan, és ami nagyon fontos, mindezt megpróbál-



pozza a felnövekvő nemzedék egészségét, ha elfogynak a házi gyermekorvosok a rendszerből, ingataggá válik az egész.”

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kétnapos konferenciáján a súlyos és égető problémák mellett jutott idő szakmai előadásokra, egymás közti eszmecserére, beszélgetésre, a fogadáson a ragyogó Sárík Trió örömenjére.

Örültem annak, hogy a két nap a siránkozások helyett a reális problémák számbavételéről szólt. Érezhetően közeledtek az álláspontok, hallottuk, figyeltük egymás szavát. Bizonyították volt ez a konferencia arra, hogy miért maradhatott talpon a HGYE az alatt a tizenöt év alatt, amely alatt nem egy, alulról szerveződött szervezet veszett a múlt kódébe. A magam és házi gyermekorvos kollégáim nevében kívánok egyesületünknek boldog születésnapot!

DR. SEBŐ ZSUZSA



A kisgyermek influenza elleni oltása

Mint a legtöbb fertőzőes betegség, az influenza is a két szélső korosztályt érinti a leginkább.

Az már köztudott, hogy az időseket és betegeket oltani kell az influenza ellen, a kisgyermek oltása azonban kevésbé elterjedt a magyar háziorvosi gyakorlatban, pedig ez több ok miatt is fontos lenne. A kisgyereknél gyakoriak a súlyos esetek.

Az amerikai adatok szerint a kisgyermek gyakrabban szorulnak kórházi kezelésre, mint az idősek¹. Ezért az USA-ban minden kisgyermek számára javasolt az influenza elleni oltás².

A magyar gyakorlatban a diagnosztika főleg anatómiai kritériumokat használ, ezért nehezebb értelmezni az influenzával kapcsolatos adatokat. Az viszont szabad szemmel is észlelhető, hogy az influenzaszézonban ugrásszerűen emelkedik a tüdőgyulladás, középfülgyulladás, laringitis- és bronchitiszesetek száma.

A felnőttek életük során már találtak több influenzavírussal is, ezért még ha nem is teljesen védettek, körükben az igazán súlyos esetek ritkák.

Ha egy kisgyermek találkozik az influenzavírussal, akkor valószínűleg ez lesz élete első influenzavírusa, így nem áll rendelkezésre még semmilyen specifikus védelem. Ezenkívül a kisgyerekek még nem fejlődött ki teljesen az immunrendszerük sem, ezért gyakrab-

ban kapják el a fertőzést, hosszabb ideig őrítik a vírust, és gyakran szorulnak kórházi kezelésre.

A kisgyerekek influenzamegbetegedése abban is eltér a felnőttekétől, hogy gyakoriak a hasi és enterális tünetek, ezért a hasmenéssel kísért magas láz gyakran kiszáradáshoz vezethet. Ez furcsa módon a madarak influenzamegbetegedésére emlékeztet, mert ott is inkább enterovirozissra hasonlít az influenza, mint klasszikus légúti megbetegedéshez.

JÁRVÁNYTANI SZEMPONTOK

Míg a felnőttek 5–10%-a fertőződik meg évente, a kisgyereknél ez az arány 20–30% is lehet³. E tény a fent említett okoknak is tulajdonítható, ám annak is, hogy a kisgyermek nagy csoportokban gyűlnek össze a bölcsődékben, óvodákban és iskolákban⁴.

Azt mindenki tapasztalta, hogy főleg a kiscsoportosok esetében milyen gyakoriak a légúti fertőzések. Ez természetes, hiszen mindenki átveszi a helyileg elterjedt náthavírus-fertőzéseken. Az influenza azonban sokkal súlyosabb, mint a nátha, és nagyon gyorsan terjed az óvodákban és iskolákban.

A kisgyerek fertőzése ráadásul sokkal ragályosabb, mint egy felnőtté, mert akár egy hétig is üríthetik az influenzavírust nagyobb mennyiségben.

Már klasszikus élethelyzetnek számít, ahogy az influenza végigsöpör az egész családon. Ezek a helyzetek egyáltalán nem ritkák, jóllehet megelőzhetőek.

Japánban érdekes jelenséget tapasztaltak a kisgyerekek és gyerekek influenza elleni oltásával kapcsolatban⁵. Néhány évig kampányszerűen oltották a gyerekeket, és azt vették észre, hogy egyrészt a gyerekek sokkal kisebb számban betegedtek meg, másrészt az idősek között is kevesebb influenzával összefüggő haláleset volt. Japánban gyakran együtt él az egész család: nagyszülőtől az unokáig, ezért a gyermekek oltása által az egész család védve volt. Ez egyébként fordítva is igaz lehet: a családtagok oltásával megvédhető az influenzaoltáshoz még túl fiatal csecsemő.

Referenciák:

1. CDC Pinkbook, 9. kiadás, Influenzáról szóló fejezet
2. ACIP jelenlegi influenza elleni oltásról szóló ajánlása. Centers for Disease Control and prevention. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2008. MMWR. Recomm Rep, 2008;57(RR-7):1-64.
3. WHO Influenza vaccines. Weekly Epidemiological record 2005;33:279-87
4. Pediatr. Infect. Dis. J. 2001; 20:733-40 Vol. 20, No. 8. Copyright © 2001 by Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Printed in U.S.A. Efficacy of inactivated and cold-adapted vaccines against influenza A infection, 1985 to 1990: the pediatric experience. Neuzil KM, Dupont WD, Wright PF, Edwards KM
5. Reichert TA, Sugaya N, Fedson DS, et al. The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza. N. Engl. J. Med. 2001; 344:889-896.

Jegyezze fel a naptárában!

Kávészünet-13

2011. május 13–15.
Siófok

Az ECPCP (European Confederation of Primary Care Paediatricians)

következő konferenciáját
2011. május 20–21-én
Vilniusban rendezi.

A jelentkezés módjáról a későbbiekben
adunk tájékoztatást.

CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKKARDIOLÓGIAI MAGÁNRENDELÉS

DR. KISS ANDRÁS
FŐORVOS

MediMOM
Égészközpont
Budapest, XII.
Csörsz u. 14–16.

Tel.: +36 20 586-5070
és +36 20 586-4440

WWW.MEDIMOM.HU

I. rész

Kínos

A mellekhatas.hu honlap CyberRöntgen című rovata hétről hétre vizsgálja az egészségügy eseményeit. Ezen a weboldalon jelent meg fiúk és lányok kendőzetlen és szókimondó nyilatkozata a tájékoztatás teljes hiányából eredő kiszolgáltatott helyzetükről, a megaláztatásról és az orvosi arroganciáról. Következzen néhány hozzászólás finomított változata:

„10-edikes, gimis lány vagyok. Nekünk múlt héten volt iskolaorvosi vizsgálat. Egyenként mentünk be, le kellett vetkőzni bugyira, meghallgatott elől-hátul, vérnyomást mért, súlyt meg magasságot, utána szemvizsgálat. Ezután fel kellett feküdni az asztalra és ott cicitapi meg hasnyomkodás, utána szólt, hogy a bugyimat is le kell venni és ott is megvizsgált, meg pisilni kellett valami pohárba. Én alapból nem vagyok szégyenlős, de ezt nagyon cikinek éreztem. Lehet, hogy más lazán fogja fel, de nekem szörnyű volt.”

„Ilyen vetkőzős nálunk is volt 5. és 6. osztályban. Az még egy dolog, hogy teljesen le kellett vetkőzni nekünk is úgy, hogy többen vagyunk benn, de nem bírtak volna

válogatni, hanem mentünk szépen névrendbe aztán, hogy 2 lány néz 1 fiút?!”

„Túl vagyunk a vizsgálaton, annyira nem volt gáz, viszont a bugyi is le kellett hogy kerüljön a vizsgálat végére, de túléltük, az a lényeg.”

„Nem értem hogy miért kell egyszerre többen benn lenni, meg hogy mi értelme van, hogy nadrágot és melltartót is le kell venni. Nektek megvizsgálta egyáltalán a mellet? Mert nálunk tök mezítelennek kellett ugye lenni, de értelme nem volt az egésznek. Nem tudom megérteni, hogyha már van ez a procedura, akkor legalább miért nem lehet úgy, hogy egyszerre csak egy ember mezítelenkedik oda-benn.”

„Bementünk 5-en, védőnő mondta, hogy vetkőzzünk le bugyira, melltartót is vegyük le”

„Nekünk nemsokára lesz az orvosi vizsgálat, és eléggé be vagyok szarva, mert a honlapon le volt írva a vizsgálat, és egy-két sor nekem nagyon nem tetszett. Például ez: (...). nemi fejlődés értékelése (...)

Az iskolaorvos férfi és én nem vagyok hajlandó bugyira vetkőzni egy férfi előtt. (...) Nem nőgyógyászhoz megyek, hanem orvosi vizsgálatra, és ilyenhez márpedig NINCS JOGA egy... iskolaorvosnak!”

„Egy: a 10–15 perces beszélgetésnek nem félmeztelenül kellett volna történnie, másrészt a 11. osztályos lányoknak a mell körüli nyirokcsomójukat is megtapogatta (persze inkább a mellüket) és az egyik dagadt cigány csajnak egyszerűen nem tapogatta meg, mert nem volt gusztusa. (...) Akkor ez mégis milyen? A fiatal jó alakú csajokat tapogatom, a csúnyább du-cibbat meg nem? (...) És ő egyáltalán nem arra volt kíváncsi, hogy milyen a szívhangunk, hanem csak a mellünket akarta nézegetni a köcsögje. A másik csaj, aki levette a melltartóját, annak megnézte a szívhangját, utána pedig még vagy millió kérdést rakott fel neki, és a dokival szemben kellett álljon, és nem vehette fel a melltartót, és amikor oda akarta rakni a kezét a melle elé, hogy azért mégse egy szál csöcsbe beszélgessen a dokival, akkor rászólt, hogy nem kell takargatnia magát, rakja le a kezét! Na akkor ez mi?! Ez egy kiéhezett pedofil állapot”

II. rész

Az ombudsman választ kért

Dr. Szabó Máté az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, egy állampolgári bejelentés után vizsgálatot indított az iskolaorvosi vizsgálatok gyakorlatára és az iskola-egészségügyi szolgálat működésére vonatkozóan. Az ÁNTSZ Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központjának főigazgatója az országos házigyermekorvos-szakfelügyelőt kérte fel arra, hogy válaszoljon az ombudsman kérdéseire.

Dr. Kovács Julianna a megyei, kistérségi, fővárosi és kerületi házigyermekorvos-szakfelügyelők véleménye alapján foglalta össze válaszelevelét. Ebben részletesen kitért az iskola-egészségügyi ellátás helyzetére, a működését meghatározó jogszabályi háttérre, a falvakra, kisvárosokra, nagyvárosokra és a fővárosra jellemző működési körülményekre, az óvodákban, általános iskolákban és középfokú oktatási

intézményekben végzett szűrővizsgálatok gyakorlatára.

Az országos szakfelügyelő válaszában felhívta a figyelmet arra az alapvető elmentmondásra, miszerint a tankötelesek életkorhoz kötött szűrővizsgálatát – beleértve a teljes körű fizikális vizsgálatot – a jogszabályok az iskolaorvos és a házi gyermekorvos/háziorvos számára egyaránt előírják, sőt, a vizsgálat elvégzése az alapellátás teljesítményének indikátora lett.

Az iskolaorvosi feladatokat az országban összesen 2720 orvos látja el, melyből a főfoglalkozású orvosok száma 279 fő, a részfoglalkozású házi gyermekorvosok száma 1265, a részfoglalkozású házi orvosok száma 1026, egyéb részfoglalkozásúak száma 150.

Falvakban, kisvárosokban az iskola-egészségügyi ellátást elsősorban a házi gyermekorvos és a vegyes praxisú házi orvos végzi részállásban, többnyire az egyeb-

ként is saját praxisukhoz tartozó gyermekek számára. Jellemző, hogy általában a közeli házi orvosi rendelőben vagy a védőnői tanácsadóban történnek az ellenőrzések. A vizsgáló orvost és a védőnőt a gyermekek ismerik, a légkör bizalmas, a kapcsolat a szülővel egyszerűen megvalósítható, a kórelőzmény és a családi anamnézis az orvos számára könnyen hozzáférhető, a vizsgálat eredménye, a beutalás a gyermek kórtörténetében pontosan dokumentált.

Nagyvárosokban és a fővárosban az általános iskolákat elsősorban részfoglalkozású házi gyermekorvosok látják el. Az intézményeknek csak minimális hányada rendelkezik komplett orvosi rendelővel. Az informatikai ellátottság elenyésző, de gyakran a minimumfeltételek is hiányosak.

Az iskola-egészségügyi ellátás szakmai és tárgyi minimumfeltételeit meghatározó 26/1997. (IX.3.) NM rendelet 1. számú

melléklete 2009. augusztus 31-ig tartalmazott „rendelő” és „váró” megnevezést, illetve nevesítette az ott szükséges tárgyi eszközöket is. A 2009. szeptember 1-től hatályos rendeletszövegben azonban ilyen megnevezések már nem szerepelnek, mintha a jogszabályalkotó nem tartaná indokoltnak az iskolaorvosi rendelő definiálását.

Levelében az országos szakfelügyelő emlékeztetett arra, hogy az elmúlt években történt jogszabály-módosításoknak köszönhetően az óvodákban a szülői jelenlét nélküli életkori szűrővizsgálatok megszűntek, az életkori szűrések végzése és a kötelező védőoltások beadása a választott házi gyermekorvosnál/háziorvosnál a praxisban és előzetesen a területi védőnőnél történik.

Az általános iskolákban szülői jelenlét nélkül zajlanak az életkori szűrővizsgálatok. Az előzetes írásbeli szülői tájékoztatás az életkori szűrővizsgálatok vonatkozásában esetleges, pontos anamnézis fel-

vételre – minthogy az csak szülővel lehetséges – az iskolában nincs lehetőség. Az írásbeli szülői tájékoztatók gyakran elvesznek, hiányosan vagy egyáltalán nem érkeznek vissza.

A gimnáziumokban és szakképző intézetek többségében főállású iskolaorvosok és iskolavédőnők dolgoznak önálló vizsgálószobában. A minimumfeltételek általában biztosítottak, az informatikai ellátottság viszont esetleges.

Dr. Kovács Julianna szerint az állampolgári jogok országgyűlési biztosa által jelzett anomália előfordulhat, de a házi gyermekorvosi szakfelügyelet felől érkező visszajelzések alapján országosan nem jellemző az ilyen jellegű esetek előfordulása.

A jelzett problémával kapcsolatban a szakfelügyelő kollegák egyöntetű véleménye, hogy jobb lenne, ha az iskola-egészségügyi ellátás körében végzett orvosi szűrővizsgálatok ebben a formán megszűnnének. Helyette egyrészt a főállású iskolavédőnői ellátást kell megerősíteni,

másrészt a kétévente kötelező teljes körű fizikális vizsgálatok a választott házi gyermekorvoshoz kerülnének (ugyanúgy, mint a 6 éves korig végzett vizsgálatok).

Ez a fajta ellátás a gyermek személyiségi jogait messzemenően figyelembe vevő körülmények között, lehetőleg a szülő jelenlétében történne. Ezzel a jogszabályváltoztatással a párhuzamos – ezért felesleges és költséges – és ma a gyermeki jogok szempontjából is kifogásolható eljárás megszűnne. A kiszűrt eltérések további követését a praxisok végeznék. Az iskola-egészségügyi ellátásban az egészségnevelés, az egészségfejlesztés, a népegészségügyi feladatok és a közösségi egészségügyi ellátás kerülne előtérbe.

Az elmúlt évek és évtizedek megváltozott körülményeihez igazodó ellátások kialakítására, az iskola-egészségügyi hálózat korszerűsítésére a gyermekellátók körében is széles körű és sürgető igény mutatkozik – hangsúlyozta válaszelevele befejezéseként dr. Kovács Julianna.

III. rész

Újra kell gondolni

Az iskolaorvosi hálózat Németh László idejében, az akkori népegészségügyi helyzetben, a házi gyermekorvosi rendszer kiépítettségének hiányában hasznos és előremutató volt. Ma már azonban változott a helyzet. A gyermekeknek (0–18-ig) a megelőzés, a gyógyítás, a gondozás tekintetében van egy (egyetlen és teljes körű!) gazdája, s ez a gyermekorvos, vagy kevésbé optimális esetben a háziorvos. Az a személy, akit a család, a szülők és maga a gyermek is a születésétől kezdődően feltétlenül bizalmával kitüntet. És van ennek az orvosnak egy rendelője, amelyet a gyermek kicsi korától megszokott és ez méltó körülményeket biztosít a gyermek, a serdülő mégoly intim vizsgálatához is. Amihez persze még itt is nagyon nagy tapintat és empátia szükséges.

Az iskolaorvosi vizsgálatok körül most kirobbant vita, mintegy tünetként rávilágít arra, hogy az iskolaorvoslás feladatait újra kellene gondolni. Az iskolaorvoslás körülményeiből, korlátaiból szükségszerűen bekövetkező „botrány” most éppen a nemi fejlődés vizsgálata körül csúcsosodott ki.

Nemcsak az volt azonban a kifogás, hogy egymás előtt történik a testi vizsgálat, hanem hogy egyáltalán megtörténik. A kérdés az, hogy vajon a gyermekek és

főleg a serdülők számára nagyrészt ismeretlen, mindenesetre nem választott iskolaorvos még a legnagyobb körültekintéssel is, el tudja-e kerülni, hogy a jelenlegihez hasonló gyermeki vélemények és vélemények alakuljanak ki. Vagy, hogy ne legyen kínos a vizsgálat. Több évtizedes tapasztalatom alapján mondhatom, hogy ha az intim vizsgálatokat továbbra is a szülő távollétében, az iskolában végezzük – erre nincs és soha nem is lesz semmi garancia. Ide nagyon nagy tapintat kell! Ezeket a vizsgálatokat a választott, és ezért nagyobb bizalmi szinttel megajándékozott házi gyermekorvos/háziorvos rendelőjében kevesebb félreérthetőséggel, humánusabban, a gyermek személyiségi jogainak messzemenő figyelembevételével tudná elvégezni.

Hangsúlyozom azonban, hogy a rossz körülmények ellenére sem tudom elképzelni, hogy a gyermekek, elsősorban a serdülők egymás jelenlétében kerülnek „intim” orvosi vizsgálatra. Főleg nem a nemi szervek fejlődését illetően. Egy-egy kirívó kivétel persze előfordulhat.

Az iskolaorvosi vizsgálatok körülményei az esetek többségében messze elmaradnak a gyermekorvos/háziorvos rendelőjében biztosítható körülményektől. A legtöbb iskolaorvosi rendelő a torna-

termi öltöző („dühöngő”) tőszomszédságában van, többnyire kulturált várakozóhelyiség nélkül. A gyermekek a folyosón várakoznak. Időről időre a védőoltások iskolai beadása is szülői méltatlankodások és panaszlevelek tárgya. Sok szülő ugyanis gyermeke házi gyermekorvosával, és nem a számára nagyrészt ismeretlen iskolaorvossal kívánja a védőoltást beadatni.

A jogszabályokat ezért a fentiek szellemében kellene megváltoztatni, vagyis, hogy az orvosi fizikális vizsgálatot igénylő szűrővizsgálatok (51/1997 alapján) a választott gyermekorvos rendelőjében méltó körülmények között történjenek. Az iskola pedig maradna az egészségnevelés, a népegészségügyi szempontból releváns egészség-magatartások vizsgálatának, az inspekcióval végezhető szűrések (testsúly és magasság percentilisek, tartási rendelkezések, RR-mérés, golyva stb.), az érzékszervi szűrés, a kötelező kampányoltások és a járványügyi tanácsadás színtere.

Amíg ez nem így lesz, addig a fennálló jogszabályok szerint kell eljárni. Így azonban kevés esély marad a jelenleg tárgyalt esetek ismétlődésének megakadályozására.

KÁLMÁN MIHÁLY

(folytatás a 21. oldalon)

Margarinyártás - tények és tévhitek

Mindannyian ismerünk olyan élelmiszerekről szóló véleményeket illetve állításokat, amelyeket nem tudunk racionális információkkal alátámasztani, mégis tényként kezeljük őket. A legtöbb esetben ezeket hiteles állításoknak tartjuk, mert több helyről, ismerősöktől, esetleg szakemberektől is folyamatosan halljuk őket. Érdekes azonban utána járni egy-egy ilyen véleménynek, mert lehetséges, hogy korábbi tudásunk hamis, vagy elavult információkra támaszkodott. Cikkünkben a margarinnal és főként annak gyártási eljárásával kapcsolatos félreértéseket szeretnénk volna tisztázni. Dr. Somogyi László, a Budapesti Corvinus Egyetem Élelmiszertudományi Karának egyetemi docense válaszolt kérdéseinkre.

A margarínokat felhasználásuk szempontjából két csoportra oszthatjuk. Az egyik csoport a fogyasztói margarínok csoportja. Ebbe a csoportba azok a margarínok tartoznak, amelyekkel a fogyasztó nap-mint nap találkozik az élelmiszerboltokban és jellemzően szendvicsek, öntetek, mártások elkészítésére használják, valamint ebbe a csoportba tartoznak a sütőmargarínok is. A margarínok másik csoportjába az úgynevezett ipari margarínok tartoznak. Azokat a készítményeket nevezzük így, amelyekkel a fogyasztók közvetlenül nem találkoznak, mert az élelmiszeripar egyes ágazatai, például a sütőipar, az édesipar, vagy a cukrászat használja fel nagy mennyiségben mindazokhoz az élelmiszerekhez, amelyek jellemzően zsiradékot tartalmaznak. Azonban mindkét margarín típus az alábbi, egyszerű technológiával készül:

HOGYAN ZAJLIK A MARGARINYÁRTÁS?

„A margarín szerkezetét tekintve zsírok és olajok, valamint ivóvíz stabil keveréke, emulziója. A gyártástechnológiának az a feladata, hogy ezt a keveréket létrehozza, és úgy stabilizálja azt, hogy a létrejött termék forgalomba hozható legyen. Ez elsősorban az alapanyagok gondos megválasztásán, a helyesen elvégzett keverésen, és a stabilitást segítő adalékanyagok használatán múlik. Az keverék spontán szétválását az ún. emulgeáló szerekkel lehet megakadályozni. A margarinyártás lényegét tekintve tehát emulziókészítés, amelynek lépései a következők” - fejtette ki Dr. Somogyi László

- Az alapanyagok kiválasztása
- Zsírfázis összeállítása, keverése
- Vízfázis összeállítása és keverése
- Előemulzió készítése a zsírfázis és a vízfázis összekeverésével
- Kristályosító hűtés, a termék jellegétől függően akár több lépésben
- Az emulzió egyneműsítése, átgúrása
- Pihentetés a végleges szerkezet kialakulása érdekében
- Csomagolás
- Raktározás

„Nem nehéz észrevenni a felsorolt műveletek alapján, hogy a margarinyártás a vajkészítéssel analóg módon történik,

azzal a különbséggel, hogy a vajkészítésnél a kiinduló alapanyagul szolgáló tejszín már eleve egy emulzió, és ennek víztartalmát a köpülés során csökkentik a szükséges mértékig, miközben vizes fázis, az ún. író távozik a rendszerből. A köpülés egyben a kristályosításnak megfelelő művelet, és az ezt követő gyúrás pedig ugyanaz, amit a margarinyártásnál egyneműsítésnek, átgúrásnak neveznek. A vajgyártásnál is ugyanúgy szükség van szerkezetstabilizáló pihentetésre. A vajkészítés alapanyaga a tejszín, a margarinyártásnál azonban jellemzően, de nem kizárólagosan növényi zsírokat használnak.” hívta fel a figyelmet a vaj és margarinyártás hasonlóságára Dr. Somogyi László. A margarín, mint emulzió, kenhető állományú zsiradék, és ezt a tulajdonságát elsősorban a zsírfázis biztosítja. A zsírfázis zsírok és olajok keverékét jelenti.

A MARGARINT MA MÁR NEM HIDROGÉNEZETT OLAJKAL KÉSZÍTIK

Az előbb felsorolt gyártási folyamatban észrevehettünk valamit. A hidrogénezés folyamata kimaradt a felsorolásból. Hogy miért? Ezzel kapcsolatban Dr. Somogyi László így válaszolt: „Mert valójában ma már a korszerű gyártási technológiának köszönhetően a gyártók nagy része nem alkalmazza ezt az eljárást. Természetesen a hidrogénezés vádja nem légből kapott. Csaknem az 1900-as évek végéig a margarinyártásban használtak hidrogénezéssel előállított zsírt. A nagy margarinyártókat azonban a különböző állatkísérletek, klinikai megfigyelések és epidemiológiai elemzések negatív eredményei gyors cselekvésre készítették. A hidrogénezett olajok helyett visszatértek a trópusi zsiradékok használatához (pálmaszír) és ma már lényegében teljesen visszaszorult a részlegesen hidrogénezett zsírok alkalmazása a fogyasztói margarinyártásban.”

A margarínok előállításához tehát zsírok szükségesek. A zsírforrás elvileg lehet hidrogénezett zsír is, de nem szükségképpen az. A gyártó vállalat döntése határozza meg, hogy melyik zsírforrást használja fel. Mint a korábban ismertett technológiai folyamatból is kitűnik, a margarinyártás technológiájának nem része az olajok hidrogénezése. A hidrogénezés a margarintól teljesen független élelmiszeripari eljárás.

„...figyelmét felhívom...”

Tisztelt Kolléga Nő/Úr!

Tájékoztatom, hogy Prof. Dr. Szabó Máté, az állampolgári jogok országgyűlési biztosa egy bejelentés kapcsán – mely szerint az iskola-egészségügyi vizsgálatok során általános gyakorlat, hogy a gyermekeket egymás jelenlétében vizsgálják – megkereséssel fordult az Országos Tisztifőorvosi Hivatalhoz az iskolaorvosi vizsgálatok gyakorlatát, illetve az iskola-egészségügyi szolgálatok működésének körülményeit illetően.

Ezért valamennyi iskola-egészségügyi ellátást végző orvos, védőnő figyelmét felhívom arra, hogy a jövőben minden körülmények között biztosítsa valamennyi ellátandó tanuló részére azt a jogot, hogy a vizsgálat közben egyidejűleg csak egymaga tartózkodjon a vizsgálóhelyiségben, illetéktelenek jelenlétében vizsgálat ne történjen.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV tv. 10.§-a – korhatárra tekintet nélkül – külön nevesíti az emberi méltósághoz való jog érvényesülésének fontosságát, kiemelve azt is, hogy: „a beteg ellátása során szeméreméretére tekintettel ruházata csak a szükséges időre és szakmailag indokolt mértékben távolítható el.”

Ugyanezen törvény 27.§-a értelmében továbbá a betegnek joga van ahhoz, hogy vizsgálata és gyógykezelése során csak azok a személyek legyenek jelen, akiknek részvétele az ellátásban szükséges, illetve azok, akiknek jelenlétéhez hozzájárult, kivéve, ha a törvény másképp nem rendelkezik.

Több gyermek egyidejű jelenlétének gyakorlata során felmerül a gyermekek emberi méltósághoz, valamint az orvosi titoktartáshoz való jog sérelmének a gyanúja.

Fentiek alapján valamennyi iskolaorvosi ellátást végző kolléga (orvos, védőnő) figyelmét felhívom az állampolgári jogok országgyűlési biztosa által kifogásolt esetleges helytelen gyakorlat megszüntetésére.

Amennyiben a figyelemfelhívást követően az attól eltérő gyakorlat tudomásomra jut, megteszem a szükséges intézkedéseket.

2010. december

Üdvözlettel

kistérségi tisztai főorvos

Megújul a szakmai kollégiumi rendszer

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága megújítja a szakmai körökben sokat vitatott egészségügyi szakmai kollégiumokat. Az átalakítás célja egy megbízhatóan működő egészségügyi struktúra létrehozása, amelyhez elengedhetetlen, hogy a szakmai testületek megválasztásának és összetételének legitimitását, valamint a testület által adott állásfoglalások megalapozottságát az orvostársadalom elfogadja.

Az új koncepció értelmében a jelenlegi rendszer kétszintűvé válik. Az operatív szintet a 180 fős szakmai kollégium képezi, ezen belül szakmai kollégiumi tagozatok jönnek létre 60 szakterületen, háromfős létszámmal. A tagok kiválasztásakor a szakmaiságon túlmenően figyelembe kell venni az eltérő földrajzi, ellátási szinteket, valamint az oktatási és korosztályos szempontokat is.

A tagozatok fő feladata a szakmai kollégiumi tanácsok által előkészített anyagok, jogszabály- és egyéb tervezetek (pl. oktatási, finanszírozási) véleményezése, valamint koncepcióalkotás az adott szakterület stratégiai kérdéseiről.

Az elsősorban szabályokat alkotó szintet a szakmai kollégiumi tanácsok alkotják, amelyek ugyancsak 60 szakterületen, egyenként 5 és 15 fő közötti létszámmal jönnek létre. Feladatuk a szakmai irányelvek, protokollok és módszertani levelek összeállítása, valamint a tudományos, a gyakorlatban problémás kérdések továbbítása a szakmai kollégium érintett tagozata felé, illetve a főorvosi és egyéb vezetői státuszok követelményeinek meghatározása és a pályázatok bírálata.

A tagozatok tagjait az érintett szakterületen működő kamarák, szakmai szervezetek, képző intézmények javaslatai alapján az egészségügyért felelős államtitkár jelöli ki. A szakmai kollégiumi tanácsok tagjait a szakmai társaságok és egyesületek delegálják. A szervezetek megbízatása 4 évre szól.

Dr. Szócska Miklós egészségügyért felelős államtitkár megköszönte a Prof. Dr. Gógl Árpád és Prof. Dr. Fülesdi Béla vezetésével működő 12 tagú szakmai előkészítő bizottság konstruktív munkáját, és felkérte a grémiumot az új kollégiumi rendszer felépítésével kapcsolatos további együttműködésre.

FORRÁS: NEFMI

A homeopátiáról

„Látom, milyen rútul becsapják a baleket...” (Szabó Lőrinc)

Napjainkban egy gyógyszer, gyógymód egy-két évtized alatt elavul, olyan gyors ütemben fejlődik az orvostudomány. Ezért furcsállom, hogy vannak, akik több mint kétszáz éves gyógymódban hisznek, miközben csak a legújabb típusú autókat, televíziókészülékeket vagy mobiltelefonokat használják. Vajon miért nem kétszáz éves közlekedési vagy hírközlő eszközöket használnak ezek az emberek?

Hahnemann 1790-ben ismertette homeopátiátanát. Úgy gondolta, hogy hasonlót a hasonlóval kell kezelni, vagyis olyan szert kell a betegnek adni, ami hasonló tüneteket vált ki, mint maga a betegség. Mivel a betegek rosszul tűrték, ha a hányónak hánytatószer, a hasmenőnek hashajtót stb. adott, arra gondolt, hogy hígítani kell a szert. Decimális és centimális (százszoros) hígításokat használt, a hígítást 10–30-szor vagy még többször ismételve. Vagyis 1 g hatóanyagot centimális hígításkor 99 g vivőszerbe kevert, majd ennek a hígításnak egy grammját újra 99 g vivőszerbe, egymás után 10–30-szor. Hahnemann úgy gondolta, hogy az anyagban lévő hatóerőt felszabadítja az anyagból, és azt viszi tovább a hígítás során. Hogy a hatóerő felszabaduljon, hígítás során a por alakú szert dörzsöléssel, a folyékonyt rázással potenciálta. Állítása szerint minél erősebben hígította a szert, annál hatékonyabb volt. Ma is így készítik a homeopátiás szereket (nem gyógyszer, homeopátiás szer a neve). A lényeg a dörzsölés és a rázás. Könnyen belátható, hogy 20–30-szoros hígítás után egyetlen molekula hatóanyag sem jut a hígításba. Ezt a homeopaták is képtelenek elismerni, ezért azt találták ki, hogy a víznek memóriája van, emlékszik a hatóanyagra. Tehát a 30. hígítás után, amit C30-nak neveznek, folyékony hatóanyag esetén csak a víz marad, no meg állítólag a hatóerő. Hatóanyag nincs benne. Jó pénzért adják el a semmit. Hogy egyszerűbb legyen a szer kezelése, a vizet, pardon a homeopátiás szert cukorgolyócskákra cseppentik, rászáritják. Tehát még a víz is elpárolog, csak az anyag nélküli memória marad. (A fejekben pedig a memória nélküli anyag.)

Az orvosi módszerek, köztük a gyógyszerek hatékonyságát szigorú rendszerben ellenőrzik. Kettős vak módszerrel, hatóanyag nélküli, ún. placebóval összehasonlítva vizsgálják hatásukat. Ha a gyógyszer hatása nagyobb, mint a placebóé, az

a valódi hatás. A placebónak is szokott kisebb-nagyobb hatása lenni. Ez nem valódi hatás, egy súlyos beteg nem gyógyul meg tőle, csak tünetei javulnak. Tudatunk becsap bennünket, ezért kell a kettős vak vizsgálat. A beteg hinni akar a gyógyszerben, ezért úgy érzi, hogy használ. (L.: „A te hited meggyógyított téged.”) A homeopátiás szerekkel vagy nem történtek hasonló vizsgálatok, vagy rendre az derült ki, hogy nem hatásosabbak a placebónál. Ha mégis javulnak a beteg tünetei, az placebohatás, nem a homeopátiás szer, hanem a gyógyulásba vetett hit mérsékli a tüneteket.

A homeopaták néhány közleményre hivatkoznak: Benveniste 1988-ban a Nature-ben közölte, hogy az IgE homeopátiás hígításban is degranulálja a hízósejteket. A kísérlet nem vakvizsgálat volt, az utánvizsgálók nem tudták megerősíteni. Linde 1997-ben a Lancetben közölte az addig megjelent homeopátiáról szóló cikkek metaanalízisét, és a homeopátiát hatékonyknak találta. Mások kimutatták, hogy rossz minőségű cikkeket is bevett a tanulmányba. 1999-ben Linde maga módosította véleményét a Lancet hasábjain, miután a gyenge minőségű munkákat kizárta a metaanalízisből. A kegyelemdőfést Shang adta a homeopátiának: 2005-ben a Lancetben ismertette a 2003-ig megjelent, jó minőségű vizsgálatok metaanalízisét. A tanulság: a homeopátia hatása placebohatás. De a homeopaták olyanok, mint a Bourbonok voltak: nem tanulnak és nem felejtenek.

Hahnemann idejében a homeopátia még haladó lehetett, hisz akkor az orvoslás inkább elképzeléseken, mint tapasztalatokon alapult. A betegeket a legdrasztikusabb módszerekkel „gyógyították”: hánytatták, hasát hajtották, vérért lebocsátották, köpölyözték, állati és emberi ürületet, más undorító dolgokat etettek velük. Jó, ha túléltek a kezelést. Ehhez képest a homeopátia szelíd gyógymód volt, nem csoda, hogy rohamosan terjedt. Hatása nem volt rosszabb, mint a többi hatástalan, de durva gyógymódé. Annyiban jobb is volt, hogy nem terhelte a beteget, hagyta meggyógyulni.

De azóta eltelt 220 esztendő. Az orvostudomány sokat fejlődött, egyre hatékonyabb a diagnosztika és a terápia. Csak a bizonyítottan hatásos eljárásokat fogadják el az orvoslás. A gyógyszereket szigorú el-

járás után törzskönyvezik, a homeopátiás szereket csak egyszerűen beírják a homeopátiás szerek listájára. Mit is vizsgálnának a vízen? (Különösen, miután elpárologtatják.) Közben a homeopátiát hol elfelejtették, hol újra felfedezték, mint általában a divatokat. Ma újra divatba jött. Agresszívan reklámozzák, miért is? Talán azért, mert a homeopátiás szabad rablás Magyarországon évente milliárd Ft nagyságrendű jövedelmet biztosít a szerek gyártóinak, világszerte pedig sokmilliárd dollárt, nem számítva a homeopaták vizitdíját. A homeopaták vagy maguk is tudatlanok, vagy tudatosan becsapják ügyfeleiket. Ne feledjük: a homeopátia alappillére a dörzsölés és a rázás. Dörzsölt üzletemberek átrázzák a balekokat. A homeopátia kedvező hatása Hahnemann idejében az volt, hogy a kártékony orvosi beavatkozás helyett használták. Most ugyanaz a kára, a hatékony orvosi beavatkozás helyett alkalmazzák.

Ki kell végre mondani: a király meztelen. Vízrel nem lehet gyógyítani. Akkor sem, ha habosra rázzák. Jó lenne, ha az orvostudomány kizárná köreiből a sarlatánságot: orvosi lapok ne fogadjanak el homeopátiás hirdetést, az orvostovábbképzésben ne adjanak kreditpontokat a homeopátiás tanfolyamokért, ahogy a többi természetgyógyászati módszert sem akkreditálják. Az emberekben él a vágy az irracionális iránt. De nem fogadható el, hogy természettudományosan képzett emberek nem bizonyított, nem bizonyítható, sarlatán módszereket alkalmazzanak. Az ún. természetgyógyászatot nem tudjuk megszüntetni, de ne engedjük keveredni az orvostudománnyal! Ne váljunk az emberek hiszékenységét kihasználók cinkosává hallgatásunkkal! Krisztus korbáccsal kergette ki a kufárokat a templomból. Van természetgyógyász-folyóirat, a homeopaták és egyéb sarlatánok abban boldondítsák egymást!

Ha valaki a homeopátia lényegét megismerve még hisz benne, próbát javaslok. A legközelebbi névnapra, születésnapra vagy akár szilveszterre készítsen homeopátiás konyakot: 1 ml konyakot hígítson 99 ml vízzel, majd a hígítást 1 ml-jét újabb 99 ml vízzel, és így tovább 20–30-szor. De rázza, mint Krisztus a vargát! A kész italt tálalja vendégeinek, majd meglátja a hatást.

DR. JÓIÁRT GYÖRGY

Mediátor az ellátásban

A gyermek orvosa minden család életében jelen van, szinte attól a pillanattól kezdve, amikor az újszülött világra jött. Sok mindent tud a családról, és sokkal többet tud a gyerekről, mint úgy általában egy orvos, akihez az mondjuk allergiás tünetek miatt, vagy ne adj' isten, kórházi kezelés céljából kerül. A gyerek, még ha egyedül is jön a rendelőbe, akkor sem jön egyedül. Magával hozza családjá gondjait, konfliktusait. Láthatatlanul, mégis ott vannak a családtagok valamennyien, és meghatározzák az orvos munkájának sikerét vagy kudarcát. Mert hiába a sok bölcs tanács, ha annyi otthon a „papás-mamás”, a veszekedés, annyi gond tereli el az anya figyelmét, hogy képtelen az orvos tanácsait megjegyezni.

De dolgoz-e a gyerekorvosnak a konfliktusokat oldani? És van-e rá érkezése, ideje, ha tele a rendelő?

Volt idő, nem is olyan régen, amikor még kevés gyerekorvosnak fordult meg a fejében, hogy egyes esetekben pszichológus segítségét kérje. Mára változott a helyzet, tudjuk jól a gyermekpszichológusok beszámolóiból. Lenne azonban más lehetőség is, olyan, amelyet a gyerekorvosok még nemigen használnak, pedig a

gyermekpszichológusok már régen felismerték, hogy hiába reparálják meg a gyereket, ha az ugyanabba a családi felállásba, „hadállásba” tér vissza, mint ahol tüneteik kialakultak. Ilyenkor kérik őket a mediátor segítségét.

Ezt a lehetőséget javasoljuk a gyerekorvosnak is. Mit tehet, mit tesz a mediátor? Közvetít a vitában, konfliktusban, látszólag oldhatatlan feszültségben élők között, akik reménytelen játszmáik közepette már nemigen tudnak úgy szóba állni egymással, hogy meghallják, mit is mond igazából a másik. Olyan megegyezés lehetőségét képes a mediátor ajánlani, amiben nincs vesztes, csak két győztes. Amikor nem igazság osztatik, hanem béke. Hogy túlságosan idillinek hangzik? Lehet. Magam azonban családi mediátorként dolgozva számtalanszor éltem meg a pillanatot, amikor először az egyik ember hallgat el, azután felnéz, ránéz a másikra, és valamit végre megért, sőt elfogad. És ebben a nem könnyű folyamatban hamarosan követi őt a másik. Gyötrődéssel teli a megnyugváshoz vezető út, de egy pártatlan, kívülálló szakember segítségével, egy szabályozott folyamatban – amelyet ne nevezünk terápiá-

nak – mégis oldást, „gyógyulást” találnak a küzdő felek, a helyzet megvilágosodik, a kapcsolat normalizálása elkezdődik.

Szomorú, hogy Magyarországon, ahol több éve törvény teszi lehetővé – akár a börtön alternatívájaként is – a mediációt, éppen azokkal az esetekkel találkozunk ritkán a kiképzett mediátorok, amelyekben még időben jöhetne a segítség, ahol még megelőzhetőek lennének az akár tragédiába torkolló fordulatok. Egy kamaszlány anorexiája már akkor jelez, csönget, amikor a házasság működése még csak akadozik. Senkinek se jó, ha egy valamikori házaspár tagjai még a válás után több évvel sem találnak megnyugvást. A panaszos kislánnyal elsők között a gyerekorvos találkozik. Elképzelem, hogy mediátorhoz küldi a családot, és nem csupán pszichiáterhez a kislányt. Talán nincs messze az idő, amikor ez így is lesz, csupán egy új segítő szakma gyakorlatának ismerete szükséges hozzá. Azt gondolom, a polihistorok idejének múltával mindazok, akik segítő szakmát választottak, csak együtt boldogulhatnak.

MAJOR KLÁRA
www.mediacios-iroda.hu

- **Óbudai-békásmegyeri** házi gyermekorvosi praxisomat eladnám, vagy tartós helyettesítés is lehetséges. Ár megegyezés szerint. További információkért keressen telefonon: +36 30 3811-616.
- **Miskolci**, 740 fős gyermekorvosi praxis eladó. Korszerűen felújított önálló rendelőhelyiség, jó közlekedési viszonyok, központi ügyelet, gyakorlott és megbízható asszisztencia, naprakész informatikai rendszer biztosított. Fizetési feltételek személyes tárgyalás alkalmával. Érdeklődni lehet: +36 20 9235-015 telefonszámon.
- Gyermekorvos helyettesítést vállal: **Székesfehérvár, Velence, Gárdony, Erd környékén**. Hétvégén nappali ügyeletet, számlaképesen is. Tel.: +36 20 3461-953, Dr. Valkó Péter Tamás
- Házi gyermekorvosi praxis eladó. 950 fős, **Budapest, XXI. kerület**. Érdeklődni: Dr. Küzdényi Viktória, tel.: +36 30 6442-614
- Az ország egyik legszebb részén a **Dunakanyarban**, 30 éve működ-tetett kb. 930 fős gyermeklétszámú praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. TEK, igen megbízható asszisztencia. Érdeklődni este 6 és 8 óra között +36 27 350-002 telefonszámon.
- **Gödöllőn**, kertvárosban 1000 fős házi gyermekorvosi praxis eladó, precízen vezetett adminisztrációval és tervezhető helyettesítéssel. Érdeklődni a +36 20 9623-120 telefonszámon, vagy a ferencgabororosz@gmail.com e-mail címen lehet.
- **Pécsen** házi gyermekorvosi praxisjog kedvező áron eladó. Érdeklődni lehet a +36 70 537-6748 telefonszámon.
- **Nagyszénáson** házi gyermekorvosi praxis kedvező áron eladó. Lakás van. Érdeklődni: tel.: +36 30 4956-615
- **Kisszállási** praxisba (Bács-Kiskun megye) állandó helyettesítésre jelentkezőket várok. Későbbi praxisátvétel is szóba jöhet. Tel.: +36 20 9374-392, agnes.nagy.decse@gmail.com
- 650 fős attraktív házi gyermekorvosi praxis **pesti metrómegállónál** családi okok miatt áron alul sürgősen eladó. Tel.: +36 30 5885-559
- Házi gyermekorvosi praxis **Pécs közelében**, nagyon szép természeti környezetben eladó. Tel.: +36 20 2800-541
- **Pécelen**, Budapest határától 1 km távolságban, helyettesítő gyermekorvos kollégát keresek. A szokásos éves szabadságolások időszakára, illetve megbeszélés szerint heti 1 fix nap. A praxis 800 fős. Jelentkezés a javorszuzsannadr@freemail.hu e-mail-re, vagy telefonon: +36 20 4449-476
- Házi gyermekorvosi praxisjog a **XI. kerületben, Sasadon** eladó. Akár megegyezés szerinti ideig tartó fokozatos átvétellel. Érdeklődni lehet a +36 1 247-1221, illetve a +36 30 4836-219 telefonszámokon.
- **Isaszegen** 1040 fős gyermekorvosi praxis, nyugdíjazás miatt eladó. A hűtő-fűtő klímás, felújított rendelő önkormányzati tulajdonú, bérleti díj nincs. Ügyelni nem kell, de lehet. További információk a +36 20 5426-404 számon.
- **Sárvár** fűrdővárosban 600 fős gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: +36 30 2178-604, e-mail: dr.desits@freemail.hu.
- Gyermekpraxisban vagy szakrendelőben helyettesítést válllok **elsősorban Budapesten és Pest megyében, illetve Budapest 50 km-es körzetében**. Dr. Lakos Gábor, telefon: +36 30 2112-325
- **Szeged mellett** 530 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Területi ellátási kötelezettség, megbízható asszisztencia, korszerűen felújított rendelő, központi ügyelet. Érdeklődni: este 6 és 8 óra között a +36 30 6229-428 számon.
- Betegség miatt áron alul, részletfizetéssel is, sürgősen eladó házi gyermekorvosi praxis **Budapesten, a XIX. kerületben**, 500 fős. Tel.: +36 30 8144-625
- Fizetési könnyítéssel eladó **Siklóson** 1100 kártyás gyermekorvosi praxisjog. Kitűnő asszisztencia. Gyermek-központiügyelet működik. Érdeklődni: +36 30 2657-766
- Békés megye szívében, Kecskeméthez, Szolnokhoz, Békéscsabához, Gyulához közel, **Szarvason** gyermekorvosi praxis jutányos áron, területi ellátási kötelezettséggel eladó. Kedves kollégák, reális jövedelem (840 kártya). Lakás az önkormányzat révén megoldható. Ügyelet önkéntes alapon. Tel.: +36 66 400-371
- 900 kártyás **belbudai** házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. Tel.: +36 30 6863-842, este.
- **Budapest környékén** házi gyermekorvosi praxis eladó. Kártyaszám: 900. Érdeklődni: +36 70 7733-034 telefonszámon.
- Helyettesítést vállal (tartósan is) **Budapesten**, előzetes megbeszélés alapján friss nyugdíjas gyermekorvos. Tel.: +36 20 9166-966, +36 1 3381-928 (üzenetrögzítővel), e-mail: medpobt@gmail.com
- Kedves családszerető fiatal Kollégák!
Káposztásmegyeren (IV. ker.) nagyon nívós, gyermekbarát, jól felszerelt gyermekrendelőben várom azt a fiatal kollégát, akivel együtt tudnánk dolgozni, majd átvehetné a praxist. Nagyon előnyös lenne azon kollégának, aki családalapítás előtt áll, vagy kisgyermekai vannak és teljes munkaidőben nem tud dolgozni. Érdeklődésüket várom. Dr. Csiszár Katalin +36 30 9219 679, email cím: kadr@freemail.hu
- Vas megyében, **Csepregen** 800 fős gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni a +36 20 4542-302 telefonon lehet. E-mail: varghaj@citromail.hu.



Egyesületünk címe:
1136 Budapest
Tátra u. 52.
Egyesületünk telefonszáma:
Tel.: +36 1 330-0900
Fax: +36 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.: +36 20 944-3540, fax: +36 1 339-3704 e-mail: mediconsult.kft@upcmail.hu

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



A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1800 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** A címlapon Neta Bendor, belső fotók: Szamosi János

