

2006. április ■ XI. évfolyam 2. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



A dolgok rendje

A második forduló hétvégéjén tanácskozott egyesületünk vezetősége. A téma a Nemzeti Gyermekegészségügyi Programból ránk háruló feladatok sora volt. Többek között az, hogy az esélyegyenlőség érdekében miként lehetne gyermekorvossal „lefedni” az elmaradott térségekben élő gyermekeket. Vagyis: milyen esély van arra, hogy ahol más megoldás nincs, ott több önkormányzat például egymással társulva akár egy egész falubokor számára biztosítson gyermekorvost?

Hogy ehhez elavult, túlhaladott ellenérvek egész halmazát kell elfelejteni? Hát igen! El kell felejteni! Például azt, hogy azért nem kaphat a gyermekek egyharmada olyan ellátást, mint a kétharmada, mert „nem lehet minden kis faluba gyerekorvost rakni.” Hát persze, hogy nem. Mi sem mondunk ilyet. Már régóta állítjuk, hogy száz, meg ötven, meg húsz év alatt sok minden történt, sok minden megváltozott. Betegségek tűntek el, új gyógyszerek garmada jelent meg, más az orvos, mást, többet tud a nővér, a védőnő.

Azt is régóta hangoztatjuk, hogy alapesetben már nem az orvosnak kell a beteghez, hanem a betegnek az orvoshoz mennie. Meg hogy más ellátáshoz más finanszírozás jár. És amit a rendelőben kell elvégezni, azt nem kell az iskolában is megismételni, ott inkább tanítani kell. És jó lenne, ha végre mindenki megértené, hogy a gyerekekhez a gyerekorvos ért, faluban is, városban is, nappal is, meg éjjel is. A fejlődő és a leszakadó térségekben is. Hiszen a lemaradás csak fokozódik, ha még egy szakember sem érhető el. És pusztán azért, mert valahol szegények az emberek és kevesebb a lehetőség, rosszabb a táplálkozás és gyakran csak a sör meg a cigaretta nyomja el a gondokat, még nem kell fátumszerűen elfogadnunk azt, hogy az orvosi ellátásnak is rosszabbnak kell lennie. Sőt!

Nem kell ennek így lennie csak azért, mert mindig is így volt. Nem ez a dolgok rendje. Hanem a változás. Ami szemléletváltás, pénz, érdekegyeztetés, meg nyitottság nélkül nem megy. Meg anélkül, hogy hallgatnának ránk. Ránk, akik látjuk a gondokat, meg értünk is a szakmához. Ha hallgatnának ránk, ha lehetne szavunk, az jobb lenne a gyerekeknek is, meg nekünk is, és hogy még demagógabb legyek, az országnak is. Sőt, még a pártoknak is.

Mindegyiknek. Akármelyiknek.

Dr. Kőrösi János

TARTALOM

- Merre megy a szekér? . . . 2–4
- Nincs megfogható rendje a változásnak 6–9
- Szegénység 10–12
- Mi az a chikungunya? . . . 15
- A bíró 17
- Senki földje 18–19
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2006-ban:



Merre megy a szekér?

BESZÉLGETÉS SINKÓ ESZTER EGÉSZSÉGÜGYI KÖZGAZDÁSSZAL, AZ EGÉSZSÉGÜGYI MENEDZSERKÉPZŐ KÖZPONT PROGRAMVEZETŐJÉVEL, AZ „EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK ELEMZÉSE” C. TÁRGY OKTATÓJÁVAL

A választás, a küszöbönálló reform kapcsán látványos véleménykülönbségek voltak és vannak az egészségügyi intézmények tulajdonviszonyait illetően. Valóban a köz- vagy a magántulajdon a kulcskérdés?

Nem elsősorban a tulajdonviszonyokkal, sokkal inkább a működési forma korlátaival van baj. Az alapellátás például lényegében változatlan tulajdonformák ellenére működik sokkal rugalmasabb keretek között, mint 15 évvel ezelőtt. A változásra igazából a megváltozott működési forma adott lehetőséget.

Nemzetközi felmérések is bizonyítják, hogy a tulajdonviszonyoknak nincs döntő hatása az ellátás színvonalára. Aminek igazából jelentősége van, az sokkal inkább attól függ, mekkora felelősséget és önállóságot kap a kórházi menedzsment. Fontosabb ezért a tulajdonviszonyoknál, hogy az adott gazdálkodási egység milyen szervezeti formában működik. A kórházak többsége ma költségvetési gazdálkodású intézmény. Ez azt jelenti, hogy alkalmazottai közalkalmazottak, annak az összes kötöttségével. Majdnem minden egyes tétel beszerzésénél közbeszerzést kell kiírni, és még áfa-visszaigénylési lehetőség sincs. Tulajdonosi jogosítvány nélkül, rendkívül szűkre szabott gazdálkodási lehetőségek mellett hitelt sem tud önállóan felvenni ma egy költségvetési intézmény.

Az intézményvezetésnek jóval nagyobb rugalmasságot tudna biztosítani a jelenleg még létező közhasznú társaság mint működési forma, de úgy tűnik, hogy rövidesen megszűnik ez a vállalkozási típus nálunk is, így másfajta nonprofit vállalkozás nyújthat keretet a későbbi átalakulásokhoz. Az átalakulás után rugalmasabban lehet a helyi igényekhez alkalmazkodni, a munkaerővel is szabadabban lehet rendelkezni. Ami persze a közalkalmazotti munkaerőnek nem feltétlenül öröm, de a kórházigazgatónak mindenképpen tágabb lehetőségeket biztosít. Csak emlékeztetőül: amikor a háziorvos a korábbi alkalmazotti státuszából bt.-be vagy kft.-be ment át, akkor is szervezeti formaváltás történt, nem pedig tulajdonosváltás. A tulajdonos és a vállalkozó közötti megfelelően körültekintő szerződés-

kötés esetében a funkcionális privatizációnak, a működtetési jog átadásának semmi akadályát nem látom.

Elég-e a szervezeti formaváltás önmagában a boldogsághoz, amikor a megváltozott, lényegesen jobb morbiditási helyzet ma messze nem igényel annyi kórházat, amennyit a hatvanas, hetvenes években létrehoztak? Vagyis ha minden kórház kht.-vé vagy más nonprofit vállalkozássá alakul, már nincs is szükség az egészségügyben szerkezetváltásra?

Dehogynem. A rugalmasabb intézményi formák mellett persze hogy kell struktúraváltás is. A kórházi szektort jelenlegi formájában képtelenség fenntartani. Más kérdés, hogy ebben a túlzottan kórházcentrikus rendszerben nem lehet a kórházigazgatókra bízni azt, hogy a helyi igények alapján fenntartsák, átalakítsák vagy bezárják a kórházait. Mert ha rájuk bízunk, akkor az átalakulás nagyon lassú lesz. Az ellátórendszer szűkítése központi beavatkozást igényel. Nagyon nehéz azonban felülről jól beavatkozni. Amikor például '95–96-ban fent döntöttek és az egyeztetéseket a megyei fórumokra bízta, sok olyan kórházi ágyat megtartottak, amire nem volt szükség, és sok olyat megszüntettek, amit épp ellenkezően, meg kellett volna tartani. A megfelelő szerkezetátalakítást a helyi erőviszonyok sokszor akadályozzák, de a helyi önkormányzatoknak mégiscsak jobb a rálátása a helyi viszonyokra. Kényes kérdés, milyen metodika hoz megfelelő eredményt, ezért fent világos elképzeléssel és jövőképpel rendelkezve lehet csak belevágni egy helyi szinteket érintő átszabásba.

Az erőteljesebb beavatkozásra, tudatos tervezésre egyébként jelentős uniós támogatások állnak rendelkezésre. Úgy néz ki, ma már az egészségügy irányítói is hajlanak arra, hogy a korábbiól eltérő logika alapján tervezzék az ellátókapacitást. A központi tervezésnek a morbiditási helyzet és az infrastruktúra figyelembevételével elsősorban a kapacitásszervezésre kell korlátozódnia. Ha igaz, körvonalazódik már az egyetértés az aktív ágyak csökkentésében. Jó lehetőséget adna erre egyeb-

ként az egynapos sebészet térnyerése is, aminek a bevezetéséhez azonban nálunk még hiányoznak az ösztönzők, túl azon, hogy a nélkülözhetetlen kiegészítő szolgáltatások, az otthonápolás, a szociális gondozói hálózat rendszere sem épült még ki.

Mindez nem megy forrásbővítés nélkül. Mi az igazság azzal kapcsolatban, hogy az uniós pénzek nem fordíthatók közvetlenül az egészségügyre?

Egészségügyi infrastruktúrára fordíthatók. Éppen a beáramló hatalmas pénzforrások fogják katalizálni a változásokat. Ez év végéig létre kell jönnie az Európai Unió és a magyar kormányzat közötti egyezségnek arra vonatkozóan, mire kérünk és milyen projektekre kapunk forrásokat.

De ehhez előbb legalább a fő vonalakban konszenzusra kell jutnia kormányoknak és ellenzéknek. Lát-e esélyt a mai pártviszályok között arra, hogy megegyezzenek a pártok egészségpolitikusi?

Szerencsére voltak és vannak tapogatózó megbeszélések a felek között. Ezek nyomán kell a kormánynak június végig meghatározni a prioritásokat, amit majd követ egy Brüsszel és Budapest közötti fél éves egyeztetés. December végéig kell megszületnie annak a döntésnek, hogy az elkövetkező hét év alatt mire adnak, mire kapunk pénzt. A 700 milliárd forintnyi támogatás – ami akár 1000 milliárdra is felmehet – hét év alatt komoly változásokra ad lehetőséget.

Akadályozza-e a reformot az egészségügyi lobbis?

Is-is. De az egészségügy ellenállásának pozitív hozadéka is lehet. Az ellátásszervezésről szóló Radnai-féle törvénytervezet például két évvel ezelőtt többek között a szakma ellenállásán bukott meg. Szerencsére. Olyan valamit sikerült megállítani, ami megítélésem szerint veszélyes lett volna a magyar egészségügy szempontjából.

Kulcskérdés ugyanis, hogy a beteg megfelelő helyen és megfelelő időben kerül-e ellátásra. Az irányított betegellátási modellkísérlet annak bizonyítására, hogy van mit keresni ezen a téren Magyaror-

szágon is, jó lehetőséget adott. Az érdekelttség és az ellátási kötelezettség – az alapellátástól a kórházig – egy kézbe, egy felelőshöz került. A kísérlet értékelése még hátravan, rendszerszerű keretek között működik tovább, de már most látszik, bizonyos eszközökön változtatni kell ahhoz, hogy eredményesebben működhessen. A kísérlet nem ért el átütő sikert ott, ahol az ellátásszervezés háziiorvosi irányítás alá került, mivel a szervezők képtelenek voltak a járóbeteg-, és főként a kórházi ellátás mikéntjét hathatósan befolyásolni. És nem volt jobb a helyzet a kórházi vezérlésű IBM esetén sem, hisz a kórházaknak épp finanszírozási technikájuk miatt továbbra is érdekükben állt, hogy minél nagyobb betegforgalmat generáljanak. Amiben egyértelmű sikert lehetett elérni, az a háziiorvosok egységes szemléletű gyógyítási gyakorlatának meghonosítása, a közös képzések, tapasztalatok kicserélése, a betegutak nyomon követhetőségének megteremtése.

Nagy kérdés tehát, hogy lesznek-e olyan ösztönzők, amelyek valamelyik szereplőt végre valóban helyzetbe hozzák, de lehet, hogy egy új szereplőt, akár egy független intézményt kell találni, amelyik a betegért az egész ellátási folyamatban felelősséget vállal. Az előbb említett Radnai-féle törvénytervezet azonban nem kínált a kérdésre jó megoldást. Szakmai protokollokkal, standardizált ellátással kell biztosítani, hogy sem túlapolt, sem alulkezelt, rosszul ellátott betegek ne legyenek. Ellenőrizni kell azt, hogy szakmailag releváns-e az adott ellátás.

Szóval a szakma által képviselt konzervatívizmusnak pozitív és negatív oldala is van. A háziiorvosi forgalmi jelentés bevezetésének elodázása szeptemberig ennek a konzervatívizmusnak a megnyilvánulása. Az OEP kérésének jogosságát a többség szerencsére elismeri. Az egészségbiztosító szemléletváltását jelzi, hogy kér valamit a pénzéért cserébe, és megpróbál a dolgok mögé nézni.

Hogyan vélekedik az egy biztosító – több biztosító dilemmáról?

Érdekes, hogy az Európa Tanács két-három éve közreadott tanulmánya szerint Magyarország kimagaslóan modern körülmények között működteti egészségügyét. A keretfeltételek alakulását pozitív példaként emlegették a többi kelet-európai ország számára. A működési feltételek tehát hasonlóak a nyugat-európaiakhoz. Nincs igaza az SZDSZ-nek, amikor azt mondja, hogy az egybiztosítós rendszer nem kompatibilis. Franciaországban is egyetlen biztosítóhoz tartozik az állam-

A gyermekorvos-kereslet és -kínálat várható alakulása az alapellátásban

A házi gyermekorvosok élet- és munkakörülményei

Reformdiktatóra

A házi gyermekorvosok élet- és munkakörülményei

A gyermekgyógyászat jövője

– a jövő gyermekgyógyásza

KÖZÖS NEVEZŐ

Egészségház-koncepció

Tiszta vizet a pohárba

polgárok 70-80 százaléka. Németországban sincs különösebb verseny a biztosítási alapok között, ott persze mások a biztosítási szisztéma történelmi hagyományai. Nincs azonban olyan ország, ahol a központi biztosító kettévált, vagy tovább osztódott volna, vagy mellette olyan magánbiztosítókat hoztak volna létre, amelyek alapszolgáltatásokat vállaltak. Szlovákiában és Csehországban létezik ugyan több biztosítási alap, de a nyugdíjasok, a rosszabbul keresők mind az államilag garantált alapnál vannak, a magánbiztosítók főként a fiatalok és egészségesek ellátására szerződtek. Ráadásul úgy néz ki, hogy Szlovákiában a három biztosítási alapot épp most vásárolja fel apránként egy pénzügyi befektetési csoport. Ugyanaz, amelyik a kórházakat is.

A sokat emlegetett amerikai rendszer is úgy rossz, ahogy van. Az ottani elemzések egy része szerint azért rossz, mert nincs elég verseny, sokkal szabadabbá kellene tenni, túl sok benne a közpénz, mások szerint pedig épp ellenkezőleg, feleslegesen sok biztosító van versenyben egymás-

sal és a kötelező biztosítós rendszer bevezetése a megoldás a gondokra. Nem vagyok versenyellenes, de nagyon költséges egy versenyt közpénzből finanszírozni. Úgy vélem, hogy közpénzből nemhogy a biztosítók, de a szolgáltatók közötti versenyt sem lehet fenntartani. Ez ugyanis arra utalna, hogy a rendszerben van finanszírozott szabad kapacitás, azaz, hogy felesleges kapacitásokat is finanszírozunk.

Miért? Nem így van? Hát szükség van ennyi kórházra, szakrendelésre, praxisra?

Háziiorvosi praxisból biztos hogy nincs elég, nemzetközi összehasonlításban sem. De aktív kórházi ágyból, nincs szükség akkora kapacitásra, mint amivel rendelkezünk. Az ellátási struktúra racionalizálása, tehát a felesleges kórházak, szakrendelések megszüntetése után azonban már nem lesz annyi szabad kapacitás, amelyeket versenyeztethetne a biztosító.

Ha élhetek egy példával, a pénzpiacon, a bankok esetében nem lehet látni, hogy

a verseny jegyében, a vevők érdekében valamelyik pénzügyi intézet lényegesen olcsóbban adna hitelt. Emiatt egyébként már megrótt bennünket az Európai Unió is, mivel a drága hitelkihelyezések következtében nagyon magas profitot realizálnak a bankok Magyarországon.

De minőségjavulást azért kikényszeríthet a verseny?

Igen, a verseny változtathatja a szolgáltatások körülményein. Szebb lehet a rendelő, kedvesebb, barátságosabb lehet a személyzet, ehetővé válik a kórházi étel, de a szakmai ellátás szintjén nem feltétlenül változtatna. A telki kórház például magántulajdonban van. Teljesen. De mert a szakmai profiljuk szűk, a szolgáltatások jelentős részét kihelyezik, azaz a műtétek jó részét közkórházakban végeztetik el és csak az utókezelést vállalják. A szorosan vett szakmai szolgáltatás tehát nem lett jobb, ugyanaz, mint a közszférában, a kiegészítő ellátás színvonala azonban kétségtelenül javult. Fontos, hogy megcírógassák a beteg arcát, menjen az orvos, ha hívják...

Háziorvosok XIV. Ráckevei Konferenciája

Savoyai Kastély, 2006. június 9–11.

A programban:
szakmapolitikai tájékoztató,
továbbképző előadások,
konszenzuskonferencia
a MOK, a MOK HOSZ,
a FAKOOSZ
és a HGYE részvételével.

A szakmai program
18 ponttal akkreditált.

Regisztrációs díj: 10 000 Ft.
Ebéd, pénteki vacsora: 2 500 Ft
Szállás: Savoyai Kastélyban
és Márton Csárdában
6 500 Ft/fő/nap,
Kék Duna Wellness Hotelben
12 000 Ft/fő/nap.

Jelentkezés:
Dr. Békássy Kocsis Györgyi,
2315 Szigethalom,
Dobó Katica u. 27,
tel./fax: 06-24 407-110,
mobil: 06-20 961-1120.
e-mail: bekassyne@freemail.hu

Szeretettel várjuk!

Mi úgy gondoltuk, hogy egy több-biztosítós rendszerben a biztosítók csak a jó kórházaktól vesznek szolgáltatásokat, a rossz így automatikusan elsorvad, szóval a keresletkínálat szabályozza a piacot.

Ez nem így van, illetve ha ez az állítás igaz lenne, akkor a piaci alapon működő egészségügyi rendszerek lennének a legjobbak a világon. Nem ez a helyzet. A kórházstruktúra megváltoztatása önmagában nem megoldás. Kevés. Említem már, hogy az ellátási felelősséget és az érdekeltséget kell egy kézbe adni, annak a kezébe, aki az egész ellátási folyamatot átlátja. Hogy ez valamelyik már meglévő vagy egy teljesen új szereplő lesz, indifferens. De a rendszernek a beteg igényeire sokkal jobban kell reflektálnia. Ennek kell döntőnek, meghatározónak lennie.

A daganatos betegek ellátása például a közelmúltig tömegében volt megoldatlan. Úgy operáltak kórházak tumoros betegeket, hogy tudták, a műtétet követő sugárkezelésre már sem eszközeik, sem lehetőségeik sincsenek. Mégis felvették őket és utánuk ugyanazt a pénzt megkapták, mint amennyi a sugárkezeléssel követett műtétért járt. Zavartalanul teheték, miközben a daganatos betegek minimum harmada nem kapta meg az adekvát ellátást.

Ezért kezdett a kormány ellátócentrumok szervezésében gondolkodni, amelyek végre szakmai szempontok alapján ellenőrizhetik az ellátás egész folyamatát. Megjelent végre a betegutak központi tervezése, a daganatos beteg gondozása a központi felügyelete alá került. Ugyanezt a biztosítók, a több biztosító megjelenése nem feltétlenül garantálná. Nekik ugyanis nem feltétlen érdekük a költséges ellátás.

Képes lesz-e az egészségügy a szükséges átalakítások élére állni?

A társadalom alrendszerit érintő átalakítások esetében nem jellemző, hogy az ott dolgozók állnak a változások élére, már csak azért sem, mert demokráciákban az átalakítás nem az ő felelőségük, hanem a politikusoké. Nélkülük, vagy ellenükben persze nem lehet semmilyen elképzelést végigvinni. Párbeszéd kell, mert ha megpróbálunk valamit erőszakkal lenyomni az egészségügyben dolgozók „torkán”, olyan ellenállás alakulhat ki, ami mindent ellehetetlenít. A változásokat csak apránként, nagyon ésszerűen lehet bevezetni. A reformot csak kis lépésekben tudom elképzelni. Az orvos kulcsszereplő. Amikor receptet ír, amikor valakit valahova beutal, amikor diagnosztikai

vizsgálatot rendel, jelentős pénzek felett diszponál. Olyan érdekeltségi rendszert kell ezért teremtenünk számára, hogy egyrészt munkaerőként a hazai egészségügyben maradjon, másrészt a helyzetnek megfelelő betegellátást nyújtson. Erőszakkal semmit nem lehet elérni. Az egészségügy ugyanis „jó” ellenálló.

Összefoglalná végül, hogy ha a jövőben szeretnénk nyomon követni, hogy halad-e a szekér, és jó irányba halad-e, mire kell odafigyelnünk?

Érdemes odafigyelni, hogy a szervezeti forma váltásával egyidejűleg csökken-e az aktív fekvőbeteg-ellátó kapacitás, és közben emelkedik-e a rehabilitációs, pszichiátriai ágyak száma. Szaporodnak-e vajon az alapellátás területén a kiegészítő szolgáltatások, szorosabb kapcsolat alakul-e a szociális szférával, kellő támogatást nyújtanak-e ehhez az önkormányzatok, javul-e a párbeszéd velük? Vagy emelkedik-e az alapellátásban a definitív ellátás aránya? Nem a házi gyermekorvosok körében, mert közismert, hogy ők sokkal jobbak a befejezett ellátásokat illetően. Vagy olyan intézkedések várhatók, aminek a nyomán meg kell szűnniük a járóbeteg-ellátásban a teljesítménypörgetéseknek. Az OEP is ebbe az irányba megy, amikor meghatározza és számon kéri a beutalások rendjét. Kérdés az is, hogy növekszik-e az ellátások szakmai felügyelete. A mai gyakorlat következménye – és ez véleményem szerint a mai magyar helyzet egyik rákfenéje –, hogy a beteg számára kiszámíthatatlan, hol, milyen ellátáshoz jut. Ha szerencséje van, jóhoz, ha nincs, rosszhoz. Ez a fajta kiszolgáltatottság elfogadhatatlan. El kell mozdulni az egységes gyakorlat, szabályozás irányába, a szakmai irányelvek, protokollok betartatása sokat javíthat az ellátáson.

A költségek féken tartása, az ellátás hozzáférhetősége mellett egyre inkább az ellátás minősége lesz a súlyponti kérdés a jövő egészségügyében. A szolgáltatás minőségi mutatóit a szolgáltatás vásárlóinak, használóinak is ellenőrizniük kell. Fogyasztóvá, tudatos, jól informált vásárlóvá kell válnia az embereknek. Megváltozott magatartásformájuk lehet átmenetileg kellemetlen az orvosnak, a nővérnek, mégis fel készülniük a tudatos betegre. Az Európai Unió ennek alakítására, általános elterjesztésére nagyon komoly erőforrásokat biztosít. A betegek informáltsága is kikényszeríti az ellátási színvonal emelkedését.

Köszönjük a beszélgetést.

KÁDÁR FERENC, KÁLMÁN MIHÁLY



Nincs megfogható rendje a változásnak, nincs mihez alkalmazkodni

A utóbbi másfél évtizedben rengeteg reformelképzelésről hallottunk, olvastunk. Valahogy mégsem lettünk okosabbak. A mindmáig uralkodó tájékoztatatlanságról nekem az oktatásügyben zajló ún. bolognai folyamat jut az eszembe. Erről is mindenki hallott, ám a laikusnak még sincs róla fogalma. Pedig a bolognai folyamat egy már működő reformfolyamat, míg az egészségügyben – úgy tűnik – a kérdések szintjéig sem jutottunk el. Az alábbiakban sem ígérünk megoldást. Csupán néhány probléma felvillantását. Dr. Pusztai Erzsébet egészségpolitikust, Dr. Falus Ferencet, a budapesti Nyíró Gyula Kórház főigazgatóját és Dr. Weltner Jánost, a SE I. Sebészeti Klinikájának docensét arra kértük, hogy egy-egy kiemelt témában fejtsék ki gondolataikat. Hogy honnan hová tartunk, illetve hová kellene tartanunk.

Következetlen változások

P. E.: Nem igaz, hogy a rendszerváltozás óta nem történt semmi. '90 előtt minden állami tulajdonban volt, mindenki állami alkalmazott volt. Tehát a kiindulási pont az állami tulajdonú rendszer, a lobbierdekeken alapuló, forgalomtól szinte független finanszírozás, a közalkalmazotti lét és az egyre intenzívebben jelentkező hiánygazdálkodás volt.

1989-ben tették meg az első lényeges lépést. A Társadalombiztosítási Alapból kivették a családi pótlékot, és betették helyére az egészségügy finanszírozását. Megerősödött a biztosítási elv, végre szétvált és önállóvá vált az Országos Egészségbiztosítási Pénztár.

A házi orvosok vállalkozóvá váltak, megváltozott a finanszírozás, bevezették a fejkvóta-, más néven kártyaalapú rendszert. A járóbeteg- és kórházi ellátásban elindult a teljesítményalapú elszámolás, és ez így van azóta is.

Eközben – és ez a lényeg – a változási folyamat nem volt következetes. Megtorpanások, nagyon durva váltások, néha egyenesen visszalépés és főleg a kiszámíthatatlanság jellemezte és terheli ma is a rendszert. Ezt a következetlenséget, bizonytalanságot érzi és sínyli meg egészségügyi dolgozó és a beteg egyaránt.

Kórházközpontú egészségügy

F. F.: A gyógyítás presztízse, hitele a fekvőbeteg-intézményekhez kötődik, ez alig változott. A vizsgálatok jelentős részét kórházakban végzik, a vizsgálóeszközök többsége a kórházakban koncentrálódik. A fekvőbeteg-intézményekben azonban jelentős, sőt a rendelőkkel összehasonlítva, túlzottan nagy a járóbeteg-forgalom. Ráadásul az évi 16 millió kórházi betegápolási napnak csak mintegy huszad részét teszi ki az otthonápolás volumene. Pedig amikor a home care elindult, ígéretesebbnek, gyorsabbnak hittük a változást, természetesen a finanszírozását is. Az arányoknak pont fordítva kellene lenniük: tízmillió otthoni betegápolási napra és nyolcmillió kórházi bennfekvés napra lenne szükség.

Betegelégedettség, kórház, politika

F. F.: Az összes „külső” felmérés azt igazolja, hogy a magyar egészségügy állapota rémes. Kivéve azokat a felméréseket, amiket a kórházakban, a betegek között végzünk el, mindig szigorúan a legvégén, eltávozásukkor. Nagy többségük nagyarányban elégedett! Főleg az egészségügyi ellátással elégedettek. A legtöbb kifogás az élelmezést illeti. A második helyen az elhelyezési körülmények és a mellékhelyiségek sanyarú állapota áll.

W. J.: Állandóan tetten érhető az a politikai cél, hogy amikor az egészségügyből – makroszinten – éppen forrásokat kell kivonni, akkor ezt a lakossággal hamis módon próbálják „megetetni”.

Minden költségvetés-tárgyalás idején megjelenik valamelyik újságban olyan fénykép, amely bemutat egy koszos kórházi vécét. Vagy riport arról, hogy az orvosok lopnak. Halott betegek taj-számaikat használják fel, lopják a közpénzt. Tipikusan ilyen hangulatkeltő cikkek jelennek meg a költségvetési sarokszámok és szavazások idején. Vissza lehet lapozni és egy naptári grafikonra rátenni azt a görbét, hogy mikor jelennek meg negatív cikkek az egészségüggyel kapcsolatban. Ha egyáltalán megjelenik pozitív cikk, akkor valamikor a holt szezonban. Amikor éppen semmi sem érdekel senkit. Lehet, hogy ez egy csúnya vád, de utána lehet járni.

Választás, minőségbiztosítás, paraszolvencia

W. J.: Az áruházban látja a vevő az árut, annak alapján dönt. Látja, hogy a

porszívó piros vagy kék, mi az ára, mi a választék. Mikor egészségügyi probléma miatt keres megoldást, nem tudja eldönteni, mit válasszon. Elsősorban információhiány miatt. Mert az egész egészségügyben nem működik minőségügy. Én most nem az akkreditációt, ISO-t, akármit értek minőségen, hanem azt, hogy ha valamilyen problémával bekerülök az egészségügybe, milyen eséllyel, milyen eredménnyel kerülök onnan ki.

Monomániám, hogy a paraszolvenciával a beteg minőséget akar vásárolni. Nem kivételezést, nem korrupciót, hanem – mert erre nincs más eszköze – minőséget. Az egészségügyben a hiánygazdálkodás elsősorban a minőségre terjed ki, de olyan burkolt formában, hogy a minőségről még akkor sem kapunk visszajelzést, ha már megvettük a szolgáltatást.

Ha valaki epeműtétre jelentkezik – Magyarországon több mint 22 ezret végeznek belőle évente –, akkor ebből a 22 ezerből durván 20 ezer minden további nélkül meggyógyul. A páciens azt hiszi, hogy ő a lehető legjobban gyógyult meg, és ez valószínűleg igaz is. Ezért azt fogja mindenkinek mondani, hogy kérem szépen, tessék ehhez, meg ahhoz a doktorhoz menni, mert milyen jól meggyógyított engem.

Ez egy olyan fajta vélemény, ami nem felel meg a minőségügyi módszereknek. Ha viszont azt mondom, hogy ebben a kórházban a betegek 99 százalékának az epeműtéttel kapcsolatos várható kilátásai nagyon jók, mert mindenki életben marad, mindenki gond nélkül, szövődménymentesen meggyógyul, akkor ez valóban jó kórház. Ha meg tíz százalék fölött van a szövődmények gyakorisága, az nem jó kórház.

A betegek egyenként nem tudják elvégezni ezt a minőségvizsgálatot. Kellene hát egy működő minőségügyi rendszer, amelyben a páciens tudja, hogy ahova megy, ott milyen minőségre számíthat. És ha talál ilyen kórházat, azért nem ad külön pénzt.

Információhiány

F. F.: Kétoldalú az információhiány. Egyrészt az egészségügyi intézmények sem tudják magukról, hogy milyen szolgáltatást nyújtanak, hisz nincs semmilyen mérhető kvalitatív paraméterük. Gyakorlatilag azt, hogy egy sebész hogyan dol-

gozik, csak egy másik sebész tudja megítélni, aki vele van a műtőben. Kívülről tulajdonképpen már csak a reklám- (meg a rém-) hírek terjednek. Másrészt a beteg sem tud semmit, mert az egyetlen „hiteles” információforrása a szomszédaszony.

W. J.: Amerikában, amikor megcsinálnak egy coronaria bypassst, minden intézetnél figyelik, hogy X év múlva hány százaléka lesz átjárható ezeknek az új ereknek. És ebből egy intézeti sorrendet publikálnak, amely a köz számára interneten hozzáférhető.

Németországban például megvizsgálták, milyen a rákbetegek gyógyulása, öt-éves túlélése. Kiderült, hogy amíg csak a kórházi időszak alatti gyógyulást nézték, addig a kis kórházaknak voltak jobb az eredményei. Mikor elkezdtek a hosszú távú túlélést is vizsgálni, akkor kiderült, hogy ott azért voltak jók a kiskórházi mutatók, mert a radikalitásban kompromisszumot kötöttek, azaz a nagy, a nehéz eseteket nem vállalták föl, továbbküldték. Így a letalításuk csekély volt. A nagy intézetekben, melyek radikalitásban előrébb voltak, az akut halálozás ugyan magasabb volt, de az ötéves túlélés aránya az összes betegre számolva jobb volt.

Tehát nagyon alaposan kidolgozott módszerek kellene a valódi minőségellenőrzéshez. Az intézet tulajdonosa – nálunk főleg az önkormányzat – az ellátás minőségére is odafigyelhetne, nem csak a „cash flow”-ra.

Legkevésbé az egészségügy a felelős a lakosság egészségi állapotáért

P. E.: Klasszikus számítások szerint az egészségügyi mutatókat csupán 10–15 százalék körül befolyásolja maga az egészségügy. A többit az életmód, az étrend és sorolhatnám az összes ismert tényezőt.

W. J.: Továbbmegyek: egy ország lakosságának egészségi állapota és az egészségügyre fordított kiadások között semmiféle összefüggés nem mutatható ki. Éppen azért nem, mert annyi egyéb faktor játszik benne szerepet. De ha megfordítod a dolgot, és azt hasonlítod össze, hogy a megnyert életévek számát tekintve egy bizonyos állapotú betegnek milyen a túlélési esélye egy nyugati államban és nálunk, akkor ki fog derülni, hogy nagy a baj. Azért az nem véletlen, hogy az Európai Unión belül a magyar férfilakosság átlagéletkora a legrövidebb, a nők pedig alulról a harmadik helyen állnak!

F. F.: Magyarország világelső az orvos-beteg találkozások számát tekintve, ami azért ellentmondás ebben a kérdés-

ben. A tízmillió lakosból kb. hatmillió rendszeresen orvoshoz jár, sokszor feleslegesen is. És van a másik négymillió, aki nem. Egyrészt mert azt hiszi, paraszolvenciát kell adnia. Másrészt mert annyi rosszat hall, hogy nem akar odamenni. Harmadrészt pedig a kultúra olyan Magyarországon, hogy nem megy el orvoshoz. Ha fáj a hasa, majd elmúlik holnapra. Ha ezt a hozzáférési lehetőséget bármilyen módon korlátozni akarjuk, akkor ezek a mutatók nyilvánvalóan tovább fognak romlani. Mert nem azt a hatmilliót fogjuk korlátozni, aki egyébként is elmegy tűzön-vízen át az orvoshoz.

W. J.: Magyarországon évi harmincezer körüli a rákhalálozás. Jelentősen rosszabb az európai átlagnál, mert a szűrővizsgálatokra nem kerül sor. És most nemcsak a nagy, szervezett szűrésekre gondolok. Például évek óta beszélünk a vastagbélrák-szűrésről, és még mindig nincs mögötte megfelelő struktúra. Hiányzik az a kultúra, hogy viszonylag korai panaszokkal a beteg elmenjen a háziorvoshoz, a háziorvos pedig fülön fogja a beteget, és A-tól Z-ig kivizsgálja. Miközben a háziorvosok azt mondják – el kell hinnem nekik, nem tudom cáfolni –, hogy nincs is igazán idejük erre. Eközben a háziorvosok munkájának minőség-ellenőrzésében nem jelenik meg, hogy az általuk felismert betegségek milyen stádiumban kerülnek felismerésre, és ennek idejéhez képest a betegek meddig élnek.

Ezért elsősorban mindig az alapellátási vonalat kellene megsegíteni. Viszont mielőtt megsegítjük, felmérések alapján tudni kellene, hogy mit kell rajtuk segíteni. Mert lehet, hogy nem is akarják, hogy segítsünk rajtuk!

F. F.: Tíz évvel ezelőtt egy elegáns éttermi társasági vacsora során az amerikai házaspár férfitagja – a leves és a hús között – odafordult a feleségemhez. Megkérdezte, hogy mikor volt legutóbb mamográfia, amitől én majdnem beestem a barokk étkészletbe. Akkoriban itt még a manuális vizsgálatot propagáltuk...

Minőségkontroll

P. E.: Ebben nem vagyunk lemaradva a világtól, félreértés ne essék... Más országokban sem alakult ki a minőség-ellenőrzésnek az a fajta kontrollja, amire nálunk is szükség lenne. Hogy a háziorvos munkájának tartalmára is oda tudjunk figyelni. Pontosan azokat a mutatókat kellene értékelni, hogy hányszor küldött tovább bizonyos kórképpel betegeket, hányszor végeztetett szűrővizsgálatot, milyen a stroke-előfordulás, gondozza-e a hipertóniáit stb. Ha a biztosító ilyen

adatok alapján vizsgálódna, ha a szakfelügyelet ennek alapján tudna konzultálni az orvossal, és ha lennének finanszírozási következményei az el nem végzett vagy szakmailag nem megfelelő munkának, akkor nagyon sok minden megváltozna.

Nem biztos, hogy több lenne az orvos dolga. Még kórházi gyakorlatom ideje alatt tapasztaltam, hogy ha én nem járok a végére a beteg bajának, nem szánom rá az időt, hogy rendesen „beállítsam”, akkor a páciens állandóan visszajár. És az orvos-beteg találkozások száma úgy fog szaporodni, hogy közben nem lett jobb a helyzet.

Szegény és pazarló egészségügy

W. J.: A rossz minőségű munka következményeiről beszélünk. Meg a szegénységről, a túlterheltségről. Ahhoz kell az idő, hogy spórolni tudjunk. Ha minden rendelésem hatvan-nyolcvan beteg jelenik meg, a többiek meg az ajtó előtt topognak, akkor én egy beteg tisztességes ellátását sem tudom soha befejezni. Hiába világos, hogy ha rá tudnék szólni egy órát, akkor kevesebbet jönne vissza később.

Ha egy orvos a spórolás okán nem egyedül, hanem öt segítővel dolgozna, akik között akad két főiskolát végzett nővér, akik akár receptet is írhatnak, akkor kevesebb orvossal jobb minőségű ellátást lehetne nyújtani.

És egy oldalvágás a paraszolvencia káros hatásához: a szegénység, az egy-egy tevékenységért fizetett szegyenletesen alacsony összeg stabilizálja a hálapénz létét – és közvetve hozzájárul ahhoz, hogy az orvos-beteg találkozások, benne a kórházi felvételek száma, ne csökkenjen.

Kis kórház – nagy kórház

P. E.: Egyrészt, szeretjük az aranyos kis kórházakat, amelyeknek száz-kétszáz ágyuk van. A helyi lakosság is szereti, meg bízik is benne. Munkahelyteremtő is az a kórház. Ugyanakkor a bevételéből nem tudja biztosítani azt a technológiát, a beszerzést és az üzemeltetést, ami egy mai korszerű egészségügyben nélkülözhetetlen.

Azaz a finanszírozás szintjétől függ a kórházméret. Minél gazdagabb egy egészségügy, annál inkább engedheti meg magának, hogy egy viszonylag kihasználatlan CT-t vagy röntgent működtessen. Minél szegényebb, annál inkább nagyon jó kihasználtságra kellene törekedni.

Másrészt a politika számára kedvesek a kis kórházak. Viszonylag sok megy el a rekonstrukciójukra, miközben az ott megvalósuló ellátási színvonalban ez nem mutatkozik meg. Ha jó a betegszelekció, ha továbbküldik azt, ami helyben nem látható el, akkor nincs nagy baj.

Viszont a mai magyar finanszírozási rendszer nem tesz különbséget a progresszív ellátás szintjei között. És ehhez hozzáadódik a negatív érdekeltség. A kórház, ha már bent fekszik a beteg, meg akarja fogni: mert abból lesz a bevétel.

F. F.: Kivéve, ha a HBCS túl alacsony összegű, mert akkor továbbküldi egy másik ellátási szintre, hogy ne az ő kiadásai nőjenek... Ilyenkor merül fel a kérdés, hogy a szakmai tisztesség és a nélkülözhetetlen bevétel hogyan viszonyul egymáshoz. Mert ha három-négy napig (vagy egy sürgősségi osztályon 24 óráig) csak azért fogom bent, hogy addig is kapjak érte valamit, utána meg átteszem a betegsége szerinti osztályra, akkor itt súlyos szakmai kompromisszumok születnek a bevétel növelése érdekében. Ez szintén hozzájárulhat a rosszabb mutatókhoz.

Elegendő kórház – csak túl nagyok

P. E.: Nálunk – minden ellenkező propaganda ellenére – nincs sok kórház, ez statisztikai tény. Magyarországon 56 ezer páciens jut egy kórházra, miközben Európában átlagosan 30-40 ezer fő.

Viszont elég sok a nagy kórház, főleg az ország keleti felén. Ezekben az egy betegre jutó kiadások – a hatalmas rezsiköltségek miatt – jóval nagyobbak, mint a kisebbekben. Az ésszerű struktúra megteremtése nem feltétlenül azt jelenti, hogy zárjunk be kórházakat itt, és majd amott ellátják őket.

Ki legyen a tulajdonos?

F. F.: El kellene dönteni, hogy amint a gyárak tulajdonosi struktúrája megváltozott, változzon-e az egészségügyi szolgáltatók tulajdonosi szerkezete is. Nagyon leegyszerűsítve: maradjon-e az állami tulajdon? Vagy kapják-e meg „ajándékba” a kórházakat az államtól az osztályvezető főorvosok, esetleg együtt a kórházi dolgozók? Vagy vegye át az intézményt a szakszervezet, és majd az működteti? Hagyjuk, hogy bagóért megvegyék bt.-k, kft.-k, aztán majd csinálnak valamit? Mindegyik mellett, de mindegyikkel szemben is vannak érvek – és közben a döntés nem várthat sokat.

A politika diszkrét bája

P. E.: Nagyon szép és látványos dolog, ha egy adott megyében azt lobogtatja egy országgyűlési képviselő, hogy hoztam a kórháznak ennyi meg ennyi beruházási forrást. Sokkal kevésbé látványos és népszerű azt mondani, hogy kérem szépen, itt az országos terv, és annak nem felel meg az egészségügyi intézmény, túl sokba kerül az országnak. Ez nem népszerű.

Roppant szomorú több cikluson át megélni, hogy azért élnek tovább az eseti döntéshozatalok, mert több szavazatot hoznak, népszerűbbek, mint azok, amelyek bizony csak hosszú távon járnának eredményel.

W. J.: Nekem ennél is rosszabb a véleményem. Amikor a 90-es évek elején bevezetésre kerültek az új finanszírozási rendszerek, akkor nyilvánvalóvá vált, hogy nemcsak betenni lehet pénzt, de ki is lehet vonni belőle.

És bizony, '92 óta az egészségügyből a benne lévő pénznek majdnem a felét kivonták! Ha mondjuk egy beteg ellátására 1990-ben volt kétszáz ezer forintunk, a mai értéken nézve erre a célra 134 ezer forintunk maradt. Legalább egy évnyi finanszírozás tűnt el az utóbbi tíz évben.

Ez azért történhetett meg, mert a gazdaság teljesítőképessége a rendszerváltást követően nagyot zuhant. Nyilvánvalóvá vált, hogy az elszegényedett gazdaság nem tud egy relatíve drágább egészségügyet eltartani. Ráadásul nem is akart, a prioritások máshova kerültek.

Amikor meg a gazdaság elkezdett kivackolódni a mélypontból, az egészség nem kapta vissza működési költségének ezt a felét. A tulajdonosok sem gazdagodtak meg annyira, hogy az amortizáció fedezetét, a gép- és műszervásárlásokat a mai technológiai színvonalon finanszírozni tudják.

Magyarországon 2006-ban, GDP-arányosan, fél százalékkal csökken az egészségügy részesedése a nemzeti össztermékből, aminek azért nyilvánvalóan súlyos következményei lesznek. Franciaországban jelenleg évente tíz százalékkal növelik az egészségügyre fordított kiadásokat.

Ma egy fő egészségügyi ellátására kb. hatszáz dollár jut. Évekkel ezelőtt azt mondták, hogy a magyar lakosság igény-szintje kb. az 1000 és 1200 dollár között mozog. Nyugat-Európa most 2500 eurónál tart, Amerika 4500 dollár körül.

Kriminális bérezés – elrontott rendezési próbálkozás

P. E.: 2002-től jelentősnek tekinthető béremelés volt az egészségügyben. Négy év alatt kb. hatszázmilliárdot tettek bele, de közben ebből alig látni valamit.

F. F.: Mert másra nem jutott. Hogy az emelt béreket ki lehessen fizetni, el kellett szegényíteni a szolgáltatások többi részét, az ágyneműcsérét, a villanykörte teljesítményét, a takarítás gyakoriságát. Az állam egy évig ugyan odaadta cash-ben, „zsebből” a pénzt, de rendszeridegen technikát alkalmazott, amely a következő évtől elkezdett visszaütni.

Prioritások

F. F.: A prioritásképzés mechanizmusában ki lehetne alakítani szakmai és társadalmi konszenzust. Példa erre a dagantos betegek gyógyítására vagy a gyermekgyógyászat fejlesztésére kidolgozott program. A széles körű politikai egyeztetéseken alapuló folyamatot az Egészségügyi Minisztériumnak kell kezdeményeznie és irányítania.

Ki dönt?

P. E.: 1999-ben a Miniszterelnöki Hivataltól a Pénzügyminisztérium alá helyezték az Egészségbiztosítási Pénztár felügyeletét. Akkor került bele a jogszabályokba, hogy a pénzügyminiszternek egyetértési joga van szakkérdésekben is.

Ha például egy adott egészségügyi intézmény arra pályázik, hogy bizonyos járóbeteg-ellátáshoz többletórásámot kapjon, ha be akar indítani egy vizsgálatot, vagy ha egy CT-t szeretne beüzemelni, megtörténhet, hogy a pénzügyminiszter nem járul hozzá.

A végső döntés előkészítésében a középvezetőknek döntő szerep jut. A befogadási eljárásnál az Egészségbiztosítási Pénztár előkészíti a befogadási tervet, az Egészségügyi Minisztérium ezt szakértői egyeztetéseken jóváhagyja, de a lényegi döntés a Pénzügyminisztérium ismeretlen munkatársainak kezében marad, amit azután a miniszter szignóz – vagy nem.

Peches és szerencsés önkormányzatok

W. J.: Több mint 3000 önkormányzat van Magyarországon, de közülük csak százötvennek van kórháza. Ma nincs a finanszírozásban arra technika, hogy a kórházzal rendelkező kevés és az azzal nem rendelkező sok önkormányzat az arányos teherviselés elve alapján miként vállaljon részt az intézmények fenntartásában.

Előre menekülni

P. E.: Azt az eretnek gondolatot hangoztatom hosszú ideje, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszer számára az igazi megoldás, ha előre menekül. Fejleszteni kell, mégpedig azért, mert az egészségipar komoly gazdasági hasznot hoz az országnak, nem beszélve arról, hogy milyen óriási gazdasági haszna van annak, ha a populáció egészségesebb.

Mondok egy példát. A határon túli területek ellátásában a mi egészségügyi intézményeink nagyon komoly szerepet játszhatnak. Ennek nagy jelentősége lehetne a nemzet „határok fölötti” újraegyesítésében, hogy ezt a nagyon szép szófordulatot használjam.

De nemcsak a határon túli ellátásra gondolok, hanem az európai betegellátásra is. Nagyon jók az adottságaink. Itt van a fantasztikus gyógyvízkincsünk. Ha fejlesztjük a rehabilitációs kapacitásunkat, az ellátórendszerünk alkalmassá válna arra, hogy európai betegeket is ellássunk. És nemcsak a gyógyturizmus keretében, hanem a nyugati egészségbiztosítókkal szövetkezve. Ismertek a hosszú uniós várólisták. Ha nem a mi orvosaink mennének el csípőprotézist operálni, hanem hozzánk jönnének a betegek, milliárdos bevételhez jutna a magyar egészségügy.

Egyetemisták terjesztik a jó hírünket – meddig?

W. J.: Az egyetem első évfolyamán most már több a külföldi, döntően európai medikus, mint a – szintén európai – magyar. Ez évekre visszanyúló folyamat. Európában már lassan nincs olyan város, ahol ne lenne legalább egy olyan orvos, aki pontosan tudja, hogy Magyarországon mit lehet nyújtani a betegnek. Jól tudja, hogy nálunk az orvosszakmai ellátás színvonala magas, a hotelkörülmények azonban borzasztóak.

Ha kórházainkban olyan fejlesztés indulna el, amely európai szintű kórtermekeket hozna létre, akkor fogadni lehetne a nyugati betegeket. Hisz az ellátás költsége nálunk még mindig sokkal olcsóbb. Amennyiben a betegek elfogadnák a magyarországi körülményeket, egy épeszű osztrák biztosító ide küldené a betegeket, itt ugyanis olcsóbban jutnának ugyanahhoz a szakmai ellátáshoz, mint otthon.

A fogorvosok – tessék megnézni a nyugat-magyarországi puccos fogorvosi rendelőket – ezért tudnak jelentős külföldi betegforgalmat bonyolítani. Nálunk a Kútvölgyben egy miniszternek nincs olyan szobája, mint ahogy ott egy fogorvosi rendelő kinéz. Mindennek az ellenkezője is igaz: ha továbbra sem jut az egyetemek fejlesztésére állami pénz, akkor előbb-utóbb leszoknak rólunk a külföldi hallgatók.

Egészségügy nincs szociális ellátórendszer nélkül

F. F.: Ahhoz, hogy gyorsan haza tudjunk engedni egy kórházi beteget, mondjuk egy combnyaktöröttet, kell hogy legyen, aki ellátja otthon, aki tornáztatja, aki átkötözi, aki megtanítja a családot arra, hogy mikor mit kell csinálni. Hiába vannak meg az ehhez szükséges struktúrák, ha nincsenek megfelelően összehangolva. Az ellátórendszereket különböző csatornákon át finanszírozzák, amelyeket nagyon nehéz összehangolni. Így a hatékonyságuk sem olyan jó, mint hogyha egységes rendszerben működnének.

Nővérhiány

F. F.: Tragikusan kevesen jelentkeznek nővérképzésre. Tudjuk, ennek sok az oka: pénz, munkaidő-beosztás stb. De lényeges – és befolyásolható – tényezője a differenciálatlan képzés is.

Egyre inkább preferáljuk a főiskolai vagy egyetemi végzettségű, nem orvos szakdolgozókat, miközben rajtuk marad a munka „szakképzetlen” része is. Egy diplomás nővérnek nem lesz sikerélménye az ágytálak mosásától, márpedig ez kevés az önmegvalósításhoz. A háziápolásban résztvevőknél a szociális munkás és a hágyományos nővér közötti képzést kellene serkenteni. Specializálódtak a különböző ellátási szintek, és a képzésnek is ezt kellene szem előtt tartania. Ha ezen nem változtatunk, előbb-utóbb csak azok mennek nővériskolába, akik a magasabb fizetés reményében végzés után Ausztriában keresnek állást.

Orvoshiány

W. J.: Az orvosoknál is hasonló a helyzet. Az uniós csatlakozásunkig folyamatosan csökkent az orvosi egyetemekre jelentkezők aránya. Ezt annak tulajdonítottuk, hogy az orvos népszerűsége, megbecsültsége, fizetése alacsony. Aztán az európai csatlakozással váratlanul megnőtt a jelentkezők száma. Mert akit itthon kiképeznek, az valóban érvényesíteni tudja a tudását, bárhol Európában. Jobb körülmények között és jobb bérezés mellett.

Évente maximum kétszáz embert vonz kizárólag az elhivatottság az orvosi pályára, de hétszázra lenne szükség. A többi öt- vagy hatszáz motivációját is meg kellene oldani. Talán ha anyagi értelemben is megbecsült tagjai lehetnének a társadalomnak.

Nem működő felelősségbiztosítás

F. F.: Ma Magyarországon az orvosi fizetésből lehetetlen akkora értékű felelősségbiztosítást kötni, amennyit a bíróság könnyedén megítél egy betegnek. Mert harmincmillió kártérítési kötelezettség mellett az én biztosításomnak nem öt, hanem öt plusz harminc millióról kell szólnia. Attól felelősségbiztosítás. Extrém káreseményt, például ha egy óceánjáró azért süllyed el, mert én rosszul operáltam meg a kapitányt, nem kell fedeznie a felelősségbiztosításnak, de a szokásos szintet, reális díjért, nyújtania kell a biztosítónak.

A magyar biztosítási rendszer erre nem képes. Mindegy, hogy azért nem, mert a pénzt az emberek paraszolvenciára költik, és a munkavállaló és munkáltató egészségügyi hozzájárulása alacsony, vagy azért, mert a biztosító nem vállal értékhatár nélküli biztosítást. Annnyit viszont nem

tud az orvos fizetni, amennyi a biztosítónak kellene ahhoz, hogy korlátlan felelősségbiztosítást nyújtson.

Még egy mellékesnek tűnő mondat: felelősségbiztosítási rendszer Magyarországon csak az állami tulajdonú intézményekben működik. Mert míg egy önkormányzati tulajdonban álló kórházat hiába marasztalnak el akár 150 millió forinttal, nem képes anyagilag helytállni, az állami tulajdonú kórháznál a költségvetés fedezi a kárt. Ha valaki egy plasztikai sebészhez megy el, aki mögött van egy hárommilliósi kft., mire a bírósági eljárás befejeződik, a cégben egy csipészen kívül már úgy sincs semmi. Ott hogyan kap a beteg kártérítést?

Közgazdász vagy orvos?

F. F.: Értékválság van. A menedzsertulajdonságok már nemcsak a vezetői, hanem osztályos szinten is überolják a szakmai szempontokat. Tisztelet a kivételnek, de ma már egy osztályvezetőt is aszerint választanak, hogy tudja-e gazdaságilag menedzselni az osztályt. Nem az a fontos, hogy milyen szakmailag. Egy egyetemi tanár lassan már nem a tudományos közlemények tartalmával foglalkozik, hanem azzal, hogy a holnaputáni feladatokhoz meg tudja-e venni a szükséges eszközt.

Konceptió nélkül nem megy

P. E.: Csak az egészségüggyel kapcsolatban gondolják a magyar közgazdászok, hogy átalakul akkor is, ha kiveszik belőle a pénzt. Ha egy gyárról van szó, tudják, hogy tőkét kell befektetni, de ha az egészségügyről van szó, ez nem evidens.

Kellene egyszer egy világos koncepció, kellene tőke és kellenének hozzá megfelelő szabályozások. Ha ez mind együtt van, akkor lesz majd képes az egészségügy az átalakulásra. Most mi történik? Azt mondja a döntéshozó, hogy nincs pénz, de te alakulj át! És utána olyan szabályozókat léptet életbe, amelyek tökéletesen megakadályoznak minden változást. Nincs pénz, nincs tőke, lassan ember sincs. Totális csapdahelyzet. És miközben azt mondják a közgazdászok, hogy a változáshoz pénz kell, nem hogy investálnának bele, hanem kivonják belőle, mondván, úgy is elpazarolja.

Az érem másik oldala: a bizonytalan, kiszámíthatatlan, túl gyakori változások, a felelősség ide-oda tologatása, a szabályozók ötpercenkénti változtatása erodálja a rendszert. Nincs megfogható rendje a változásoknak, és ezért, miután minden mozog, egyszerűen nincs mihez alkalmazkodni.



A többgyermekes családok 36 százaléka szegénységben él

A Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Programot szakemberek és civilek készítették el, majd széles társadalmi vita után a miniszterelnök mutatta be a nyilvánosságnak. Reméljük, a továbbiakban is meglesz a politikai szándék és anyagi erőforrás a szükséges lépések megtételéhez. A program kapcsán beszélgettünk Ferge Zsuzsa akadémikussal és munkatársával, Farkas Zsomborral.

Milyen a gyermekszegénység helyzete a világban, Európában és Magyarországon?

A Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program kidolgozását a szegénységben élő családok, gyermekek magas aránya és szegénységük mélysége indokolja. A gyermekek szegénysége súlyos társadalmi és gazdasági kérdés, amely nagymértékben befolyásolja az ország jövőbeni fejlődőképességét. Ezért halaszthatatlanok a szegénység, a gyermekszegénység elleni intézkedések, a leszakadó társadalmi csoportok támogatása, hátrányaik csökkentése.

Az Európai Unió országaiban – a régiókban és az újakban egyaránt, bár eltérő mértékben – szintén megoldandó társa-



dalmi probléma a gyermekek szegénysége. A világ legfejlettebb országait tömörítő OECD államok között is nagy különbségek vannak a szegénységben élő gyermekek arányában, ugyanakkor a szegénység szélsőséges formái elsősorban Ázsia egyes területein, Latin-Amerikában és Afrikában jelennek meg. A gyermekszegénység aránya a jóléti államokban, Svédországban, Dániában, Norvégiában és Finnországban a legalacsonyabb, három és hét százalék között mozog, de hasonló a helyzet például Luxemburgban vagy Belgiumban is. Meglepő azonban, hogy

olyan gazdaságilag fejlett országokban, mint az Egyesült Államok, Nagy-Britannia, Kanada vagy Olaszország komoly, jelentős beavatkozást igénylő problémaként jelenik meg a gyermekek szegénysége. A környező országok között a miénknél sok szempontból jobb a helyzet Csehországban és Szlovéniában, de rosszabb például Szlovákiában – nem beszélve a tagjelölt országokról.

Mi a szegénység kritériuma? Mi a gyermekszegénység kritériuma? Mi a mélyszegénység?

Az Európai Unióban elfogadott és legfontosabbnak tekintett közös mutató szerint az a szegény, aki az átlagkeresetek 60 százaléka alatti jövedelemből él. Természetesen ilyen szintű családi jövedelem mellett szülők és gyermekek egyaránt szegénységben élnek. Ezen kritérium alapján, Magyarországon 2005-ben az országos szegénységi arány 14 százalék volt. Az összes gyermekes család esetében ez az arány 19 százalék, a három és többgyermekesek körében pedig 36 százalék, azaz egyértelmű, hogy a gyermekek száma növeli a szegénység kockázatát. Eltérő módszerrel készül a KSH által számított létminimum, de az eredmény hasonló: a létminimum alatt a lakosság 28 százaléka, míg a gyermekek 40 százaléka élt 2004-ben.

A mélyszegénység fő oka a tartós munkanélküliség, a nagyon alacsony jövedelem, vagy épp a teljes jövedelemhiány, a gettósodó lakóhely. Egyik fontos kritériuma a komfort nélküli lakás, melyből a legalapvetőbb civilizációs eszközök is hiányoznak. A mélyszegénység az átlagosnál gyakoribb a romáknál és azoknál, akik hátrányos helyzetű régiókban élnek.

Miben szegények a szegények?

A szegénység elsősorban jövedelmi és fogyasztási szegénységet jelent, amely az iskolázatlanság, a rossz munkaerő-piaci pozíció következménye. A kirekesztettség ennél többet, komplexebb helyzetet jelöl. Az anyagi lemaradás mellett utal arra, hogy a kirekesztettek nem tudnak részt venni egy sor fontos társadalmi gyakorlatban, például az őket is érintő döntési folyamatokban, nem jutnak hozzá elég információhoz, jó minőségű szolgáltatásokhoz (például iskola, egészségügy).

Gyakran éri őket hátrányos megkülönböztetés, intoleráns ítélet a többségi társadalom részéről. Lakóhelyük különösen rossz vagy éppen szegregált. A gyermekek szegénységének tünetei az alultápláltság (10% körül), az új ruha vagy cipő hiánya. A szegénységben élő gyerekek ötöde sem jut nyaraláshoz vagy különórához (például nyelvtanuláshoz).

A gyermekszegénység Magyarországon az utolsó 1–2 évben nem növekedett, sőt egyes összetevői javultak. Ugyanakkor a helyzet egésze gyakorlatilag változatlan, a mélyszegénységben élők helyzete pedig valószínűleg fokozatosan romlik: belefáradnak, belebetegszenek a létért folytatott mindennapi küzdelembe. Ezekben a helyzetekben különösen fontos lenne a gyors segítség.

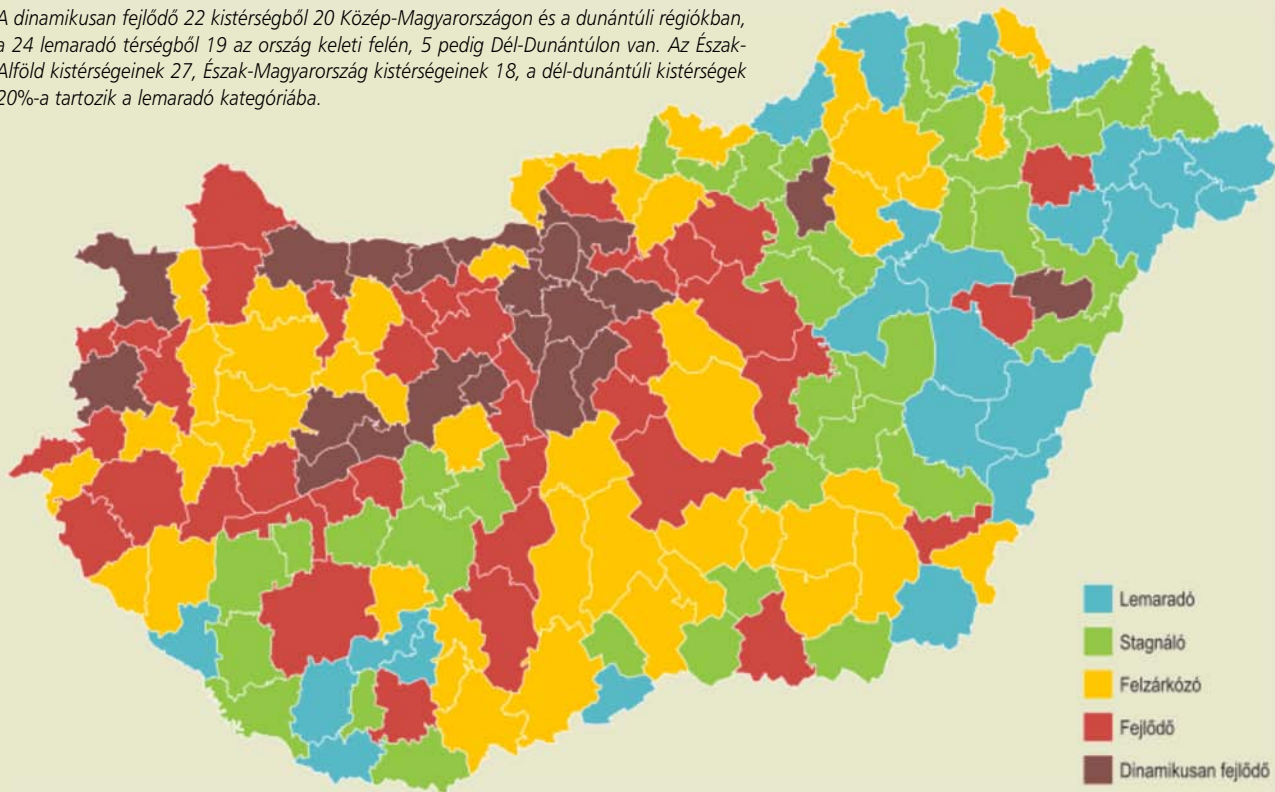
Néhány mutató 1000 család 2001-es adatai alapján, amelyekben mindenki 60 éven aluli, és a legalacsonyabb jövedelmű 30 százalékhoz tartoznak (ELTE Szegénységkutató Központ, ILO-POV vizsgálat).

Mennyiben roma kérdés a gyermekszegénység?

A gyerekszegénység nem roma kérdés. A szegények 20–30, a szegény gyerekek 30–40 százaléka lehet roma, attól függően, hogy hol húzzuk meg a gyerekszegénység határát. Minél alacsonyabban, annál nagyobb a roma arány. Több probléma mégis nehezíti a romák, illetve a roma gyerekek helyzetét. A legnagyobb baj az előítéletesség, amelynek egyik következményeként mára súlyossá vált az iskolák közötti és iskolákon belüli etnikai szegregáció. Ez egyben sokkal rosszabb színvonalú oktatást is jelent. A másik probléma az, hogy a munkanélküliség és a lakásköltségek miatt egyre több szegény, köztük egyre több roma menekül vagy kényszerül az olcsóbbnak látszó faluba. Itt aztán mind a felnőttek, mind a gyerekek számára végképp beszűkülnek a lehetőségek.

A Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Programban horizontális célként jelenik meg a roma gyermekek szegénységének csökkentése, esélyegyenlőségük megvalósítása, hátrányaik csökkentése. Ez azt jelenti, hogy folyamatosan figyelemmel kell kísérni, hogy mennyire és hogy eléggé segítette-e a program a cigánygyerekeknek. E figyelemmel kísérést ma nehezíti, hogy

A dinamikusan fejlődő 22 kistérségből 20 Közép-Magyarországon és a dunántúli régiókban, a 24 lemaradó térségből 19 az ország keleti felén, 5 pedig Dél-Dunántúlon van. Az Észak-Alföld kistérségeinek 27, Észak-Magyarország kistérségeinek 18, a dél-dunántúli kistérségek 20%-a tartozik a lemaradó kategóriába.



adatvédelmi, személyiségjog-védelmi okokból alig lehet megszerezni a szükséges információkat.

Mi a helyzet a bevándorlók gyermekeivel?

A bevándorló családok a szegénység és társadalmi kirekesztés szempontjából fokozottan veszélyeztetett csoportot jelentenek. A nyelv, a kultúra, az adott érték- és normarendszer ismeretének hiánya jelentős hátrányt jelent az élet minden területén, a nevelési-oktatási intézményekben, a munkaerőpiacon, az államigazgatás útvesztőiben. Emiatt a bevándorló szülők általában csak gyengébb, alacsonyabb jövedelemmel járó állásokat tudnak betölteni, illetve kirekesztettségüket növeli a többségi társadalom felől érkező hátrányos megkülönböztetés is. Ebben az értelemben a gyermekszegénység elleni lépéseknek fokozott figyelmet kell fordítaniuk a bevándorló családok gyermekeire. Ez a probléma az Európai Unió régi tagállamaiban jóval aktuálisabb, mint Magyarországon.

Milyen szemléleti hibák hátráltatják a gyermekszegénység elleni erőfeszítéseket?

Szemléleti hiba a jövedelem szerinti rászorultság erőltetése olyan esetekben is, amikor ennek hatása inkább megbélyegző és kirekesztő, mint segítőkész. A rászorultság elvét a program, ha lehet a „fokozatos univerzalizmussal” vagy a „differenciált univerzalizmussal” helyettesíti. A „fo-

kozatos univerzalizmus” úgy értelmezendő, hogy valamilyen rendszer, ami később univerzális lesz, mint például a Biztos Kezdet program, először a legrosszabb helyzetű településeken kerül bevezetésre. Ha szükségesnek és ésszerűnek látszik, akkor a források bővülésével a rendszer kiterjeszhető. Differenciált univerzalizmussal azt értjük, hogy az univerzális ellátáson belül az állam többleteltelést, -figyelmet, -forrást biztosít a tartósan legrosszabb helyzetű – például a három- vagy többgyermekes – csoportoknak.

A gyermekszegénység elleni küzdelem jegyében javasolja a program az univerzális ellátások kiterjesztését, a sok adminisztrációt igénylő rászorultság helyett a két újfajta elvet. Ezek kevesebb adminisztrációs költséggel és társadalmi feszültséggel járnak, alkalmazásuk révén csökken azon családok száma, akik ügyintézési nehézségek, információhiány miatt esnek el a támogatásoktól.

Szemléleti probléma például, ha a szegényeket „önhibásnak” tekintik, és ezt a gyerekekre is kivetítik. Gyermekes esetekben egyáltalán nem beszélhetünk önhibáról. Részben közhibáról, részben a családok hibájáról van szó. Kérdéses azonban, hogy a család megbüntetése nem a gyereken csattan-e. Amikor például a családi pótlék folyósításának megszüntetése a válasz arra, ha egy gyerek nem jár rendszeresen iskolába, akkor a család hibáját feltételezzük, és a családot, gyereket egy-

szerre büntetjük a szegénység növelésével. Ha ráadásul (a törvénynek megfelelően) pénzbüntetés is kirogható, és ez az anya elzárásával kiváltható (mert a család fizetni persze nem tud), akkor a vélelmezett önhiba büntetése szülő, gyereket, családot rombol. A program szerint ilyen esetekben jó jelzőrendszerre, a feltételek megértésére és javítására, továbbá hatékony segítő szolgáltatásokra van szükség.

Részben szemléleti, részben gyakorlati probléma az együttműködés, az együttgondolkodás hiánya. Magyarországon ma párhuzamosan futnak intézkedések, programok a gyermekek jóllétének javítása érdekében. Vannak programok, például az oktatás, az egészségügy, a gyermekvédelem terén, amelyek egy-egy, a gyermekszegénységgel kapcsolatban álló részterületet céloznak meg. A Humánerőforrás Fejlesztési és a Regionális Fejlesztési Operatív Program szintén tartalmaz olyan elemeket, melyek a hátrányos helyzetű gyermekek esélyegyenlőségét hivatottak előmozdítani. A probléma az, hogy a különböző programok „nem tudnak egymásról”, alig van együttműködés az egyes területek, szakmák és intézmények között.

A program sikerének elengedhetetlen feltétele olyan társadalmi szemléletváltás, amely szerint a gyermekszegénység felszámolása közös prioritás, vagy más szavakkal: amely szerint a gyerekszegénység elviselhetetlen, a helyzeten változtatni kell.

Azon háztartások aránya, amelyekben a gyerekeknek biztosítani tudják az alábbi tételeket

	A teljes szegény-mintában (%)	A szegény minta alsó (legszegényebb) harmadában ha nincs roma (%)	A szegény minta alsó (legszegényebb) harmadában ha van roma (%)
Meleg téli felsőruha	96	97	82
Legalább 3 váltás fehérnemű	95	98	91
Napi három étkezés (óvodai, iskolai étkezéssel együtt)	94	96	92
Külön ágynemű	94	99	87
Ünneplőruha	90	95	72
Saját könyvek	85	87	57
Naponta egyszer gyümölcs (óvodai, iskolai étkezéssel együtt)	81	75	67
Bicikli – új vagy használt, örökölt	73	77	52
2 pár – nekik újonnan vásárolt – cipő	59	62	47
Évente egyszer egy hét üdülés, nyaralás (iskolai szünetben is)	22	25	8

Hogyan lehetne javítani a családok támogatási rendszerét?

Nem csak a pénzbeli ellátások jelenlegi összegét kell emelni. Fontos, hogy minden család hozzáférhessen olyan alapvető szolgáltatásokhoz, mint a gyermekorvos, a bölcsőde, az óvoda, az iskola, a gyermekjóléti szolgálat. A magasabb szegénységi kockázatú családok számára a természetbeni támogatások körét is bővíteni kell, ingyenessé vagy lényegesen olcsóbbá téve például az iskolai étkezést vagy a tömegközlekedést.

Van-e esély a szegények helyzetét javító szociálpolitikai intézkedésekre?

Az utolsó másfél évben számos olyan törvénymódosítás történt, amelyek esélyt adnak egy jobb szociálpolitikára, ennek feltétele azonban a forrásbővítés. Megfelelő keretet biztosít a módosított családi pótlék és a módosított segélytörvény, vannak jó lépések a lakásadósságok kezelésére is.

A családtámogatási rendszer átalakítása igazságosabb és méltányosabb rendszert eredményezett, hiszen a gyermekek utáni adókedvezmény csak azon családoknak jelentett támogatást, akik minden adókedvezményt igénybe tudtak venni. Főként a sokgyermekesek közül maradtak ki sokan a kedvezményből. A rendszeres gyermekvédelmi támogatás „beépítése” a családi pótlékba megszünteti ugyanis az ellátás segély jellegét, melynek negatív hatásai ismertek. Az új rendszer azért is ígéretes, mert különböző vizsgálatok

szerint a gyermekszegénység csökkentésének leghatékonyabb eszköze az univerzális családi pótlék. A 2006-tól érvényes családpótlék-emelés fontos lépés, de az ellátás szintje ettől még nem lesz lényegesen magasabb. Pedig különösen fontos az ellátások szintjének emelése az olyan csoportok esetében, ahová a három- vagy többgyermekes családok, vagy a gyermekeket egyedül nevelő szülők is tartoznak. Hiszen a körükben az átlagnál nagyobb a szegénység aránya.

Fel lehet-e számolni belátható időn belül a szegénytelepeket?

Kérdés, hogy mennyi a belátható idő. Minthogy a feladat roppant komplex – munka, közlekedés, infrastruktúra, korai képességfelismerés és -fejlesztés, jobb iskola, lakás, szakértő szolgáltatások, integrációs lehetőségek – akkor is hosszú évek kellenek, ha sok energia és pénz van e célra. Ráadásul a jó lakásban élők spontán szegregálódása újratermeli a telepeket és szegénygettókat.

Az elmúlt években elindult települészámolási programok jelentősége egyfelől az, hogy egyáltalán elindult végre valami, másfelől az, hogy a telepi környezetben élő lakosság társadalmi integrációját is igyekeznek előmozdítani. A jelentős forrásokkal induló program lehetőségei azonban leszűkültek. A komoly eredmények eléréséhez elengedhetetlen a települések lakosságának, a többségi társadalomnak az együttműködése, a települési önkormányzatok elkötelezettsége.

Mennyi idő alatt van esély a gyermekszegénység látványos jeleinek megszüntetésére? Milyen nyugat-európai példák vannak erre?

2006. március elején elkészült a Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program első része, amely az induló három évre vonatkozik. Most kezdünk hozzá a 25 évre szóló Generációs Programhoz. A „rövid” program alapvető célkitűzése az, hogy már három év alatt érzékelhetően (ha nem is látványosan) csökkentse a szegénységben élő gyermekek számát és arányát, és hogy jelentősen javítsa a mélyszegénységben élő, végzetesen kirekesztett gyermekek életkörülményeit. A hosszú távú, generációs program a szegénység arányának és mélységének további csökkentése mellett át kell hogy alakítsa azokat a mechanizmusokat és intézményeket, amelyek ma újratermelik a szegénységet és a kirekesztést.

A legfontosabb eszközöknek – a szülők munkavállalásának elősegítésén túl – a Rövid Programban a következőket tartjuk: a családpótlék-rendszer javítása, a három- és többgyermekesek súlyos jövedelmi hátrányának kiigazítása; a korai életkortól induló fejlesztések; a legrosszabb lakáskörülmények között élők helyzetének javítása. A Generációs Programban két további súlyponti kérdés szerepel, nevezetesen az iskolai szegregáció csökkentése szemléletváltoztatással, a rossz iskolák feltételeinek javításával, új adminisztratív szabályokkal; továbbá a közösségi és személyes segítő szolgáltatások kiemelt fejlesztése.

Európában látható, érzékelhető javulást értek el a britek a gyermekszegénység terén azok után, hogy egy 1990-es UNESCO-felmérés szerint az Egyesült Királyságban a vizsgált országok között az egyik legmagasabb volt a szegénységben élő gyermekek aránya. Ehhez természetesen szükség van kellő politikai akaratra, a családi ellátások jelentős növelésére, amit az angolok egy adóhitelezési formájában nyújtott jövedelemkiegészítéssel oldottak meg. De szükséges a gyermeket és a családot körülölelő szolgáltatók, intézmények és szakemberek együttműködése is. Ez utóbbira jó példa a sikeres „Sure Start” program, amelyet Biztos Kezdet néven adaptált Magyarország.

A legjobb példát a skandináv országok adják, amelyek rengeteget fordítanak univerzális és jó ellátásokra. Teljesen ingyenes iskolára étkezéssel, tanszerekkel együtt. Ott tényleg gyerekközpontú a társadalom.

Köszönjük a beszélgetést!





Mi az a chikungunya (sikungunya)?

A magyar napilapokban néhány héttel ezelőtt hír jelent meg a Franciaországhoz tartozó Reunion szigetén kitört chikungunya-járványról. A 2006. április eleji adatok szerint a betegség több mint 230 ezer embert érintett a szigeten, és közben már másutt is, például a Seychelle-szigeteken, Mauritiuson és Malaysiában is megjelent. Néhány beteget már Franciaországban is kezelnek.

Mi ez a betegség? A chikungunya szó a szuahéli nyelvből származik, és meggömbölyt embert jelent, utalva a betegség egyik legfontosabb tünetére – a néha hónapokig fennálló – erős izületi fájdalomra. Először az ötvenes években írták le Kelet-Afrikában és hamarosan Ázsiában is megjelent. Időről időre nagyobb járványokat okoz, a legutóbbi a kilencvenes évek végén zajlott Indonéziában.

A chikungunyavírus az arbovírusok közé, a togavírusok családjába, az alfavírus törzshöz tartozó RNS vírus. A betegséget

szúnyogcsípéssel lehet megkapni, emberről emberre nem terjed. Tünetei 3–12 napos lappangás után jelennek meg, magas, 40 fok feletti lázzal, hidegrázással, poliartitisszel és makulopapulózus bőrkiütéssel. (Elkülönítése elsősorban a szintén egy arbovírus okozta, a trópusokon előforduló dengue láztól szükséges, melynek tünetei hasonlóak, és amely szintén szúnyogcsípés útján terjed.) A betegség tenyésztéssel, ill. a vírusspecifikus IgM kimutatásával diagnosztizálható. Többnyire 3–5 nap alatt spontán gyógyul. Sok a tünetmentes fertőzés. Egyes betegeknél a poliartitisztes tünetek hónapokig panaszokat okozhatnak, de a betegségnek halálózása szinte nincs. Megelőzésére vakcina nem áll rendelkezésre, és specifikus terápiája sincs. A járványokat szúnyogirtással lehet leállítani, illetve megelőzni. Az Európában előforduló megbetegedéseket olyanoknál diagnosztizálták, akik

a trópusokról tértek vissza, máskor az ázsiai kontinensről származó áruk között áthajózó szúnyogok csípése okozta. A globális felmelegedés járványügyi hatásaival foglalkozó, a *Lancet* 2006. március 11-i számában megjelent közlemény szerint 2100-ra 1,4–5,8 °C közötti felmelegedés várható. A tengerszint megemelkedése, az extrém időjárási jelenségek, és a valószínűleg fellépő hevesebb esőzések nemcsak gazdasági, szociális, természeti és demográfiai, hanem egészségügyi következményekkel is járnak. Bizonyos fertőző betegségek, mint a fent említettek vagy a vírus encephalitisek, a schistosomiasis, leishmaniasis, a Lyme-kór gyakoribb és a jelenleginél kiterjedtebb megjelenése várható.

M. Enserink: Infectious diseases: massive outbreak drew fresh attention to little-known viruses. *Science* **311**: 1085, 2006

A. J. McMichel, R. E. Woodruff, S. Hales: Climate change and human health.: present and future risks. *Lancet* **367**: 859–869, 2006

A humánpapillomavírus-vakcina hamarosan hozzáférhető

A HPV (humán-papillomavírus) az Egyesült Államokban évente mintegy 6,2 millió embernél okoz genitális fertőzést. A *New England Journal of Medicine* 2006. márciusi számában R. Steinbrook vázolja fel a HPV-vakcináció perspektíváit. A legtöbb genitális HPV-infekció átmeneti és többnyire észrevétlen marad, de az emberek egy része tartósan hordozza a vírust. A perzisztens HPV-fertőzés a méhnyakrák, az anus, penis, vagina és vulva carcinómák nagyobb részének okozója. A méhnyakrákszűrés elterjedésével a méhnyakrák előfordulása az Egyesült Államokban 75%-kal csökkent, de még így is a 11. leggyakoribb rosszindulatú daganat, és évente mintegy három és félezer ember hal meg ennek következtében. A fejlődő világban, ahol a szociális körülmények rosszabbak és az egészségügyi ellátás sokkal elmaradottabb, a helyzet ennél sokkal súlyosabb, a méhnyakrák a nők második leggyakoribb tumora, és a rák okozta halálózások között az első helyen áll.

Az elmúlt időben két cég is megjelent a piacon egy HPV elleni vakcinával. A Merck által kifejlesztett quadrivalens vakcinát a

nők mellett a férfiak oltására is javasolják, hogy ezzel csökkentsék a transzmisszió esélyét. Az oltóanyag a leggyakrabban előforduló, a megbetegedések 90%-át okozó 6, 11, 16 és 18-as számú HPV törzsek okozta fertőzések ellen véd, és háromszor kell adni ahhoz (0, 2 és 6 hónap), hogy teljes védelemmel nyújtson. A GlaxoSmithKline bivalens vakcinája csak a 16-os és 18-as törzset tartalmazza, így a fertőzések 70%-át előzi meg. Ezt az oltást is háromszor (0, 1 és 6 hónap) kell beadni. Mindkét oltóanyag papillomavírus-szerű részecskékből áll, ez a vírus struktúraproteinjének „üres héja”, mely neutralizáló antitestek képződését váltja ki. A védőoltást a szexuális élet megkezdése előtt, a fiúk és a lányok 9–15 éves kora között kellene alkalmazni, a jelenlegi legelfogadottabb álláspont szerint 11–12 éves korban, hiszen amerikai adatok szerint a gyerekek 7,4%-a már 13 éves kor előtt szexuális életet él. Mindkét készítmény szinte 100%-os védelmet nyújt, de hogy mennyi ideig, arra még nincs elég adat, pillanatnyilag csak azt lehet tudni, hogy 2,5–3,5 éven át biztosan hatáson véd. Kérdés, hogy a vakcina beve-

tése mennyiben változtatja meg a kamaszok szexuális attitűdjét, hiszen a HPV elleni vakcina nem óv meg a többi szexuálisan terjedő betegségtől, és nem teszi feleslegessé a méhnyakrák szűrését sem. A szűrésre továbbra is szükség lesz, mert egyrészt más HPV típusok is okozhatnak fertőzést, másrészt nem mindenki részesül védőoltásban, és sokan már az oltás beadása előtt megfertőződtek. A védőoltás bevezetése azonban a fejlett világban nagyságrendekkel csökkentheti az orvosi beavatkozások, biopsziák, invazív műtétek számát és jelentős költségmegtakarítást eredményezhet. A fejlődő világban, ahol a nők kevesebb mint 5%-a vesz részt méhnyakrákszűrésen, még fontosabb lenne a vakcináció, de ezt a magas költségek egyelőre nem teszik lehetővé. A védőoltás ára miatt (300–500 dollár) még az Egyesült Államokban sem valószínű, hogy a HPV elleni vakcina a következő évtizedben a rutin immunizálási program részévé válna.

R. Steinbrook: The potential of human papillomavirus vaccines. *N. Engl. J. Med.* **354**: 1109–1112, 2006

I. T. Katz, A. A. Wright: Preventing cervical cancer in the developing world. *N. Engl. J. Med.* **354**: 1110, 2006

Kik vannak veszélyben a kullancs- betegségek szempontjából?

A tavasz a kullancsok ébredését is jelenti. Jogosan merül fel tehát a kérdés, hogy kiket érdemes védőoltásban részesíteni.

Az Európai Unió országainak jelentős részében a kullancskérdés minimum 30 éves múltira néz vissza. A legalaposabban a Lyme-kór és a kullancsok által terjesztett agyvelő/agyhártyagyulladás témakörében mélyedtek el a kutatók.

A központi idegrendszeri gyulladás kutatói minden év márciusában rendeznek egy páneurópai kongresszust, amelyen kicserélik nézeteiket, kutatási eredményeiket egymással.

Az esetszámok növekedése alapján megállapítható, hogy

- nem csak a kirándulók vannak kitéve a kullancsok által terjesztett agyvelő- vagy agyhártyagyulladásnak (Sőt! Az összes esetszámhoz viszonyítva csökken az arányuk);
- leginkább a hétvégiház-tulajdonosok, valamint az életvitelszerűen zöldövezetben lakók veszélyeztetettek (az esetek több mint 70%-a!)
- növekszik a szabadtéri sportolók aránya az összes beteg között (közel 20%).

A kullancsok által terjesztett agyhártya- és agyvelőgyulladás a felnőtteket és a gyermekeket egyaránt érinti. A szövődmények kialakulásának aránya is viszonylag magas (10–30%), ezért érdemes a teljes családot védőoltásban részesíteni.

AZ EURÓPAI ADATOK FÉNYÉBEN AZ ALÁBBI TEVÉKENYSÉGET FOLYTATÓK VANNAK VESZÉLYBEN:

	2002	2003	2004
	(az összes esetszám százalékában)		
Hétvégiház-tulajdonosok	45%	49%	37%
Zöldövezetben lakók	24%	16%	34%
Kirándulók	19%	14%	11%
Szabadtéri sportolók	11%	21%	18%



KULLANCSVESZÉLY!



Bemutakoznak a társszakmák – a bíró

Amióta beástam magam a szociálpediátriai problémákba, sok emberrel találkoztam, akik más aspektusból foglalkoznak a gyermekekkel, mint mi. Bármelyikünk kerülhet olyan helyzetbe, hogy egy-egy ügy kapcsán együtt kell működnie a társszakmákban működő szakemberekkel. Úgy gondolom, nem árt közelebbről is megismerkedni velük.

Ezúttal Dr. Dénes Vera bírót mutatom be, aki a Pesti Központi Kerületi Bíróságon dolgozik, és sokat foglalkozik gyermekekkel érintő ügyekkel. Személyisége teljesen elmentmond a bíróról kialakult sztereotípiáknak, mélyen érző, humanista, aki az akták között képes meglátni a nyomorult, megtévedt, nemritkán büntudattól szenvedő embert. Véleménye az, hogy ezen a speciális területen a bírónak tisztában kell lennie azzal, hogy az egész eljárás alatt, de még inkább a meghozott döntésével a családok legintimébb szférájába avatkozik bele igen keményen. Az ítéletnek egyrészt „védeni” kell az áldozatot, másrészt elő kell segíteni a bűnelkövető visszavezetését a makro- és mikrotársadalomba. Ez a bűnisméltés speciális prevenciója, ami a büntetőeljárás meghatározott célja.

Tudjuk, hogy évente kb. 30 gyermek hal meg bántalmazás, elhanyagolás következtében. Mely bíróságok ítéleznek ezekben az ügyekben?

Valamennyi, halállal végződő bűncselekmény megyei hatáskörbe tartozik. Budapesten a Fővárosi Bíróság jár el ezekben az ügyekben. Amennyiben a gyermekbántalmazás vagy elhanyagolás nem halálos kimenetelű, akkor a helyi bíróságok járnak el, de a veszélyeztetés speciális esetei megingint csak a megyei bíróság, a fővárosban pedig a Központi Kerületi Bíróság illetékességébe tartoznak.

Vannak-e kiskorúak ügyeire specializálódott bírók?

A bírák specializációjának nincsen hivatalosan kialakult rendszere, azonban a csoportvezető, aki az ügyeket a bíróra szignálja, hallgatólagosan figyelembe veszi kollégája évek alatt felhalmozódott tapasztalatát, empatikus készségét. Kezdő bírók nemigen kapnak ilyen ügyeket. Nincs elő-

írt posztgraduális továbbképzés, de a szakmai előmenetel szempontjából előnyt jelenthet az ilyen ügyekben való jártasság.

Ismerjük azt a törekvést, hogy a gyermekek sérelmére elkövetett bűnügyek tárgyalása ne szenvedjen késedelmet. Hogyan működik ez a gyakorlatban?

A büntetőeljárás törvény már kimondja ezen ügyek soronkívüliségét, ami a gyakorlatban azt jelenti, hogy 2–5 hónapon belül kitzúzik a tárgyalást. Összehasonlításképpen: a soronkívüliséget nem élvező ügyek esetében az első tárgyalásra egymásfél évet is várni kell. További „gyorsítást” jelent, ha a vádlott előzetes letartóztatásban van, ezekben az esetekben az első tárgyalásra 2–3 hónapon belül sor kerül.

Sikerül-e kiméletes körülmények között kihallgatni a gyerekeket? Eljárási rutin-e a videóra vett vallomás?

A 2003. július 1-től hatályos büntetőeljárás törvény erről is rendelkezik. Eszerint 14 éven aluli gyermek csak kivételes esetekben hallgatható ki. Akkor, ha a vallomásától várható bizonyíték mással nem pótolható. Ezzel a jogszabályalkotó a sértett gyermekek reviktimizációját kívánta elkerülni. A 14 éven aluli tanúkat egyébként a nyomozási bíró hallgatja ki. A kihallgatáson és a tárgyaláson a gyermek törvényes képviselője mellett célszerű, ha a gyermeket korábban vizsgáló pszichológus is ott van, akit a bíróság szakértőként meg is hallgat. A vádlottat ki lehet küldeni, ha jelenléte zavaró a kiskorú számára. A „zárt célú távközlő hálózat” útján történő tanúmeghallgatás, ami egyebek között éppen a 14. életévét be nem töltött gyermekek tanúvallomását szolgálná, a gyakorlatban nem működik.

Amerikában a gyermeket ellátó egészségügyi intézményben, erre alkalmas helyiségekben végzik a gyermekkorú sértettek kihallgatását, a rendőr vagy a vizsgálóbíró megy el a kórházba. Elképzelhetőnek tartasz-e ilyen gyakorlatot hazánkban is?

Budapesten – tudtommal – már van két gyermekbarát kihallgatószoza, ami valóban elég kevés. Ettől függetlenül azonban semmi nem zárja ki, hogy ha a sértett kór-

házban van, a rendőr – illetve bírói szakban a bíró – ott hallgassa meg. Az ötlet egyébként nem rossz, köszönöm.

És mennyire specializálódtak a gyerekekkel kapcsolatos ügyekre a bírót segítő szakértők? Van-e lehetőség egyéb szakemberek igénybevételére? És vitatott esetben kinek a szakmai véleménye a perdöntő?

Nincsenek hivatalosan kinevezett igazságügyi gyermekpszichológus szakértők, a felnőtt szakértők pedig – legyenek bármilyen jó szakemberek – nem igazán értenek az abúzust elszenvedett gyerekekhez. Az eljárás során a bírónak van arra lehetősége, hogy külső szakembereket rendeljen ki eseti szakértőként. Ha ilyen különleges szakértelemre van szükségem, én rendszeresen a Vadaskert úti Kórház munkatársaihoz fordulok. Ennek az intézménynek a vezetője nemcsak gyermekpszichiáter, hanem igazságügyi elmeszakértő is.

Mesélted, hogy az utóbbi időben két olyan eseted is volt, ahol a csecsemőt úgynevezett „öneteteses” módszerrel táplálták, azaz a cumisüveget a gyermek szájához támasztva felügyelet nélkül hagyták a kisbabát. Ez az egyik esetben a gyermek halálához vezető aspirációs pneumóniát okozott, a másik esetben pedig súlyos alultápláltsághoz vezetett.

Beszélgetésünknek ez az egyik legfontosabb szakmai üzenete. Figyeljenek oda az orvosok és a védőnők, hogy ez a módszer nemcsak életveszélyes, de mint súlyosan kötelességsértő szülői-gondozói magatartás, büntetendő is.

A mi mindennapjainkat nagyon megkönnyíti a gyermekek mosolya, Te az emberi élet nagyon szomorú szeletével foglalkozol. Tudsz-e tenni valamit a kiégés ellen?

Hát, mi tagadás, nem könnyű. „A romlás virágai” között élek, szoktam mondani, meg írni is Presser Picit idézve: „napi ötven bánat az átlagom.” Sokat segítenek a fiaim, a kutyáim, a könyvek, a versek. Ezek nálam az öngyógyítás eszközei. Barlangrajzeffektus: ha a mamut le van lándzsázva, akkor az le is van győzve.

Senki földje?

Gyermekkori pszichés problémák felismerésének és kezelésének interdiszciplináris megközelítése – irodalmi összefoglaló

SONNEVEND MÁRIA¹, PÁSZTHY BEA²

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, V. évfolyam

²Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Cikkünkben számos külföldi kutatás eredményeit felhasználva arra kerestünk választ, hogy melyek azok a tényezők, amelyek a házi gyermekorvosokat befolyásolják gyermekkori pszichés problémák felismerésében és kezelésében, valamint hogy külföldön hogyan valósul meg a gyermekorvosok és a gyermekpszichiátriai szakellátás közti együttműködés.

Az Egészségügyi Világszervezet kutatásai szerint a közepes és súlyos mentális zavarok prevalenciája gyermekkorban 12–20%-ra tehető. (1, 3) E nagy betegpopuláció kezelésére nincs megfelelő számú szakember: a gyermekpszichiáterek száma egy 35 országban végzett összehasonlító felmérés szerint 1 fő/5300 gyermek és 1 fő/51 800 gyermek közt változik. Az érintett gyermekek csupán 2%-a részesül szakellátásban, egy részüket (10–20%) az alapellátás kezeli, többségük pedig egyáltalán nem kap ellátást. A házi gyermekorvos szerepe a pszichés problémákkal küzdő gyermekek kiszűrésében kulcsfontosságú, mert a gyermekpszichiátriai szakellátáshoz tartozó szakemberekkel ellentétben páciensét hosszú éveken át gondozza, valamint a gyermekek családjáról és környezetéről is széles körű ismeretekkel rendelkezik. (1, 2).

Tényezők, amelyek befolyásolják a szülő és a gyermekorvos közötti információátadást

1. Az orvos és a szülő közti kommunikáció

Wissow (4) kutatásában egy éven keresztül vizsgálta gyermekorvosok és szülők (többnyire édesanyák) interakcióját. Az orvos kommunikációjának egyes elemei – empátia, a szülő megerősítése és az orvos–szülő közti partneri kapcsolat kiépítését célzó mondatok, az orvos betegközpontúsága és kérdésfeltevése – szignifikánsan korreláltak a szülő pszichoszociális információ feltárásával, a szülői megelégedettséggel és nyitottsággal.

2. A szülő észlelése és hozzáállása a gyermek problémájával kapcsolatban

Horwitz és munkatársai kutatásai során azt vizsgálták, hogy a szülők mennyire hajlandók megosztani gyermekük pszichoszociális problémáit a gyermekorvossal, milyen tényezők képeznek indíttatást a szülők számára, hogy gyermekorvosuktól tanácsot kérjenek a gyermek érzelmi, szociális és fejlődésbeli zavaraival kapcsolatban, és ez a megosztott információ milyen hatással van a gyermekorvos diagnosztizálására (5).

Egy hipotetikus szituációban a szülők 81%-a kikérné kezelőorvosa véleményét a gyermek érzelmi és magatartásbeli fejlődésével kapcsolatban, ám azok között a szülők között, amelyek gyermekénél az elmúlt fél évben ténylegesen jelentkezett pszichológiai, pszichiátriai zavar, csak 41% kért orvosi tanácsot. A szülők gyakrabban tárnak a gyermekorvos elé olyan magatartásbeli problémákat – ezek közé tartoznak a gyermek rossz szokásai is –, amelyek akadályozzák a gyermekek életvitelét, szokásait, míg az olyan eltéréseket, amelyek elsősorban a gyermek érzelmi életét érintik, és nincsenek közvetlen negatív hatással a család hétköznapijaira (levertség, kortárskapcsolati zavar, szorongás) kevésbé osztják meg házi gyermekorvosukkal.

A kutatás eredményeinek másik idetartozó, fontos része, hogy nem találtak összefüggést a szülői attitűd és a gyermekorvos pszichiátriai diagnosztizálása között, vagyis a gyermekorvost döntésében nem befolyásolták a szülő nézetei.

A gyermekorvos pszichiátriai diagnosztizálását befolyásoló tényezők:

1. A gyermek neme

Gardner kutatásának eredményei azt mutatták, hogy az orvosok fiúknál szignifikánsan gyakrabban diagnosztizáltak pszichés zavart, gyakrabban tu-

lajdonítottak a vizitnek pszichoszociális okot, és összességében több pszichoszociális, mentális problémát jelöltek meg náluk, mint lányoknál. Ennek oka feltehetőleg az, hogy a magatartászavar és hiperaktivitás – mindkettő jelentősen befolyásolja a család életminőségét – erőteljesebb tünetekkel bír, s inkább a fiúkra jellemző. A fiúknál észlelt problémákat szintén jelentős mértékben minősítették régebbi keletűnek, és több intervenciót alkalmaztak (6).

2. A gyermekorvosok meglévő ismereteinek és a diagnosztizálásban való biztonságérzetének hatása a pszichés problémák felismerésére és kezelésére

Williams és munkatársai 47, alapellátásban dolgozó gyermekgyógyással készítették részletes interjút (7). A vizsgálat eredményei azt támasztják alá, hogy a gyermekorvosokat váratlanul érte a mentális problémák magas arányú előfordulása területükön, és biztonságosabban, gyakrabban és szívesebben diagnosztizálnak olyan gyermekpszichiátriai betegségeket, amelyekkel kapcsolatban megfelelő információkkal rendelkeznek.

A pszichiátriai diagnosztizálást gyakran említett nehézségei:

- A gyermek mentális zavara sokszor nem felel meg az összes diagnosztikus kritériumnak (BNO-10, DSM-IV).
- Kevert vonások a tünetek megjelenítésében, komorbiditás jelenléte.
- Kevés a gyermekkel kapcsolatos ismeretük.
- A szülők gyakran inkoherens képet adnak a gyermek általuk észlelt viselkedéséről.
- A pszichiátriai diagnózis negatív, megbélyegző hatású. A szülők ellenállása a diagnózissal szemben gyakran megakadályozta a gyermekorvosok pszichiátriai diagnosztizálását.
- Hiányzik a személyes komfortérzet a pszichiátriai diagnosztizálásban. Kevés a továbbképzés és a tapasztalat a gyermekpszichiátriai megbetegedésekkel kapcsolatban.



3. Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok saját maguk által értékelt készségei pszichiátriai megbetegedések terén

Heikkinen országosan reprezentatív kutatása 499 finn, az alapellátásban dolgozó orvossal készített kérdőívek alapján alkotott képet arról, hogy az orvosok hogyan értékelik saját képességeiket a gyermekkori pszichés zavarokkal kapcsolatban (8). A kapott eredmények alapján a válaszadók többsége kifejezetten kritikusan véleményezte saját készségeit, összességében kevesebb, mint 5 százalékuk ítélte képességeit minden részterületen megfelelőnek. Minél fiatalabb volt a gyermek, annál inkább tartották bizonytalannak a gyermek pszichés zavarainak felmérését és annál kevésbé tudták megbecsülni a szülő-gyermek kapcsolat jellegét. Kissé kevesebb mint 50% tudná saját bevallása szerint felmérni a gyermekpszichiátriai kezelés szükségességét, és csak 25% bizakodó a gyermekpszichiátriai gondozásba vétel becsült szükségességét illetően. A résztvevők egyértelműen szegényesnek tartották saját képességeiket a szülőkkel való együttműködési nehézségek elsimításában.

A gyermekorvos és a gyermekpszichiáter közti interdiszciplináris együttműködés: lehetőségek és akadályok

1. Külföldön megvalósult együttműködési formák

1.1. *A gyermekpszichiáter, pszichológus, gyermekvédelmi szakemberek részt vesznek az elsődleges ellátók továbbképzésében*

Az alapellátásban dolgozó orvosok döntő többsége szeretne továbbképzést kapni a mentális betegségek diagnózisa és terápiája terén (8, 9). A háziorvosok által javasolt továbbképzési programok között szerepeltek rendszeres esetmegbeszélések, Bálint-csoportok, ebédidőben vagy esti órákban tartott előadások, szemináriumok, konferenciák.

1.2. *Liaison-pszichiátria: konzultációs megközelítés*

Ennek lényege, hogy a gyermekpszichiáter szakember az alapellátásban dolgozó kezelőorvost tanácsadóként segíti a beteg kezelésében. A Kanadában elindított rendszerben a pszichiáter meghatározott időközönként felkeresi a hozzá tartozó háziorvosi praxisokat, konzultál a háziorvossal és szük-



Kávészünet-8

2006. május 19–21.

Vészhelyzetek

ség esetén maga is vállalja néhány beteg kezelését. Ez a modell a háziorvosok széles körű meglegedését váltotta ki, valamint lehetővé teszi, hogy a beteg saját környezetében maradván részesüljön kezelésben. Ám a pszichiáter tevékenységének finanszírozása – miután munkahelyén kívül esik – nem megoldott. E rendszer kialakítására Magyarországon is tettek kísérleteket. Míg a felnőttek ellátásában néhány megyében működik a liaison-pszichiátria, gyermekgyógyászatban a rendszeres liaison-ellátás még nem valósult meg. 1.3. *A pszichés betegek ellátására szakosodott szakemberek integrálása az alapellátás keretei közé*

Ennek az elképzelésnek azok a megfigyelések képezték alapját, melyek szerint az interdiszciplináris együttműködés akkor a legintenzívebb, ha a két szakma képviselői egy épületben dolgoznak (9). A pszichiáterek kórházhoz kötöttségét, valamint az ebből származó finanszírozási nehézségeket tekintve Nagy-Britanniában létrehoztak egy új foglalkozást: A „primary mental health care worker” – alapellátásban dolgozó szakember feladata, hogy segítse az alapellátásban dolgozókat a pszichés problémák felismerésében, az enyhébb esetek kezelésében, a mentális egészségfejlesztést célzó intézkedések tervezésében és megvalósításában, valamint a súlyosabb problémákkal küzdő gyermekek megfelelő továbbküldésében (10).

2. Az együttműködés akadályai

Az együttműködés legfőbb akadályai a gyermekpszichiáter elérhetőségének

hiánya. Ennek csak egyik összetevője a gyermekpszichiáterek alacsony létszáma: Heikkinen felmérésében a finn háziorvosok több mint 70%-a nem ismert név szerint körzete mentális szakellátásában rendelkezésre álló gyermekpszichiátert. Az eddigi együttműködés során az alapellátók csak 47%-ban számoltak be pozitív tapasztalatokról (11). Heikkinen vizsgálatai alapján kulcsfontosságú kommunikációs elem, hogy a beutalást követően a pszichiátriai szakellátás kellőképpen tájékoztassa a háziorvosokat a diagnózisról és a terápiás tervről (9).

Referenciák:

1. WHO – Conference on Mental Health of children and adolescents, Helsinki, 2005. 01. 12-15.
2. The Surgeon General's National Action Agenda on Children's Mental Health 2002
3. No care for most young people with mental illness- WHO Preconference on Mental health of children and adolescents, Luxembourg, September 2004
4. Wissow L.S., Larson S., Roter D.: Longitudinal care improves disclosure of psychosocial information, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; **157**: 419-424
5. McCue Horwitz S., Leaf P., Leventhal J.: et al.: Identification of psychosocial problems in primary care, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998; **152**: 367-371
6. Gardner W., Pajer K., Kelleher K.: Child sex differences in primary care clinician's mental health care of children and adolescents, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002; **156**: 454-459
7. Williams J., Meschan J., Klinepeter K., Palmes G., Pulley A.: Diagnosis and treatment of Behavioral Health Disorders in *Pediatric Practice, Pediatrics Vol. 114 No.3 September 2004*
8. Child psychiatric skills in primary health care: self-evaluation of Finnish health centre doctors, *Child Care, Health & Development*, 28, 2, 131-137
9. Lucena R. M., Lesage A., Élie R.: Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: a survey of practitioners' opinions and characteristics, *Can J Psychiatry*, Vol. 47, No.8, October 2002
10. Macdonald W., Bradley S., Bower P., Kramer T., Sibbald B., Garralda E.: Primary mental health care workers in child and adolescent mental health services, *Journal of Advanced Nursing*, 2004 46 (1), 78-87
11. Heikkinen A., Puura K., Ala-Laurila E., Niskanen T., Mattila K.: Child psychiatric networks of health centre doctors, *Scand J Prim Health Care* 2003; 00:1-5. ISSN 0281-3432

Praxisok

- Bejáratott, 680 fős gyermekpraxis eladó, Budapesten a III. kerületben. Érdeklődni: 06/30-811-4110, kizárólag az esti órákban vagy szombat-vasárnap lehet.
- Debrecen közeli városban működő gyermekpraxisba alkalmaznék gyermekgyógyász szakvizsgával rendelkező kollégát hosszabb távra. Érdeklődni: 06/30-391-2427.
- Budapesten, belvárosi házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: 06/70-205-3192.
- Nyugdíjas gyermekorvos tartós helyettesítést vállal Budapesten (esetleg vonzáskörzetében) vagy Veszprémben. Tel.: 06/30-237-3656.
- A VIII. kerület legjobb részén területi ellátási kötelezettséggel, mérsékelt áron 700 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó, nyugállományba vonulás miatt. Tel.: 06/20-363-9971.

„Az iskolások egészsége, egészségfejlesztése, betegségeik és az iskola-egészségügyi ellátás” címmel

2006. május 26-án, 10.00 órai kezdettel
kerül megrendezésre

a „Fodor József” Iskolaegészségügyi Társaság,
a Magyar Gyermekorvosok Társasága,
a Magyar Higiénikusok Társasága,
a „Pápai Páriz” Országos Egészségnevelési Egyesület,
a Házi Gyermekorvosok Egyesülete,
az Országos Alapellátási Intézet,
a Védőnői Szakmai Kollégium
és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet
közreműködésével

a **MOTESZ 2006. évi,**
hetedik interdiszciplináris fóruma.

Helyszín: MOTESZ Székház konferenciaterme
(Budapest V., Kossuth tér 6–8.)

Bővebb információ: www.motesz.hu,
vagy telefonon 312-3807 MOTESZ Szervezési Osztály

Madárka Magánóvoda 2 éves kortól
Budapest, XV., Platán u. 4.
Tel.: 306-5631, www.madarka.hu.

2006. május 15–16-án kétnapos
továbbképző tanfolyamot tartunk
„Gyakorlati gyermekpszichiátria
gyermekorvosoknak. Etiológia, tünettan,
diagnosztika és terápia” címmel.

Helyszín: Semmelweis Egyetem
I. sz. Gyermekklinika, Koós Aurél terem
A tanfolyam indítása: 2006. május 15., 9 óra
A tanfolyam felelőse: Dr. Pászthy Bea
A tanfolyam díja: 9600 Ft
Kredit: 32 pont (vizsga esetén)

Jelentkezni lehet:
Sümei Ágnes titkárnőnél
Telefonon: 334-3186/2785 Faxon: 334-1134
Elektronikus levélben: sumeji@gyer1.sote.hu



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

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**
Címlapfotó: Vajda Vera: „Juli és Áron”, belső fotó: Fekete Éva

