

**Az éves szakfelügyelői munka és a beszámolók értékelése.
Szakfelügyeleti feladatok a fekvőbeteg gyermekgyógyászati ellátásban.**

Dr. Mészáros József

a csecsemő- és gyermekgyógyászat, neonatológia országos
szakfelügyelő főorvosa

Kötelezettségek, teljesítések (1)

(a 15/2005. (V. 2.) EüM rendeletnek megfelelően)

- **OSZMK:**

A feladatok végzése az éves munkaterv alapján és ad hoc módon történik. Kötelező havonkénti beszámolók küldése a teljesítésekről

- **OTH:**

Ellátás minőségét ellenőrző kormányzati szervként feladatokat jelöl ki:

- **2008 „Kijelölt PIC III. szintű egységek 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet vonatkozó általános és speciális szakmai minimumfeltételeinek tételes ellenőrzése”**

- **PIC III és II szintek műszerezettségének a felmérése:** a 403 intenzív ágy mellett csak 222 lélegeztető gép van, a koruk 5-10 év közötti, az inkubátorok 10 év feletti, zömükben már selejtezésre szorulnának

- **2008-2009 Országos szintű komplex ellenőrzés IV. ütemének összehangolt végrehajtása a 0400 általános szülészeti-nőgyógyászat és 0500 általános csecsemő- és gyermekgyógyászat területén** (minimumfeltételek, kórházhygiénés és ápolásszakmai szabályok, orvosszakmai tevékenység vizsgálata)

- **Egészségügyi Minisztérium:**

- **WHO BCA projekt 2008- 2009: Szerkezetátalakítás hatásainak monitor rendszere**

(változások azonosítása, az ellátás minőségére gyakorolt várható hatások)

- **A szakállamtitkárság kérésére „A perinatális intenzív ellátás minőségének javítása - szakfelügyeleti koncepció”** elkészítése

Kötelezettségek, teljesítések (2)

(a 15/2005. (V. 2.) EüM rendeletnek megfelelően)

- **Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF): szakértői feladatok - ad hoc módon**
- **Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program Programtanácsa:**
Ad hoc bizottság létrehozása „Az újszülöttek életminőségének javítása, koraszülöttek és fejlődési rendellenességgel születettek arányának csökkentése, a túlélési arányok növelése” c. témában vizsgálat.
- **Az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága:**
Törvényelőkészítő ill. módosító munkájához rendszeresen bekér szakmai összefoglalókat, felméréseket.
- **Fővárosi Önkormányzat Egészségügyi Bizottsága:**
(konzultatív munkacsoport keretében)
„A Közép-magyarországi Régió perinatális intenzív, csecsemő és gyermek fekvőbeteg ellátása” és
„A Közép-magyarországi Régió szülészeti és perinatális fekvőbeteg ellátása” c. témák kidolgozása rendeletmódosítás céljából.
(Dr. Horváth Csaba főpolgármester helyettes a rendeletmódosítást az országgyűlés elé terjesztette)

Kötelezettségek, teljesítések (3)

(a 15/2005. (V. 2.) EüM rendeletnek megfelelően)

- **Az ANTSZ által elrendelt 2008-2009. évi országos szintű komplex ellenőrzés IV. ütemének előkészítése:**

Megszerveztük, a közös ellenőrzésben való részvételre, a gyermekgyógyász és szülész **szakfelügyelő főorvosok felkészítését**

- kidolgoztuk a szakfelügyelet egységes ellenőrzési szempontjait,
- a neonatológiai ellátás ellenőrzésének közös szempontjait,
- a ráépített szakmák ellenőrzésének menetét,
- megterveztük az adatok feldolgozásának rendjét.

- **Minimumfeltételek:**

Részt vettünk a szakmai minimumfeltételekről szóló rendelet revíziójában

Az ellenőrzések tapasztalatait és a minimumfeltételek jövőendő változását figyelembe véve saját álláspontot alakítottunk ki.

Az OTH által 2008-ban elrendelt, kijelölt PIC III. szintű egységek, soron kívüli ellenőrzése során keletkezett jegyzőkönyvi adatok értékelése

Cél: A 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet vonatkozó általános és speciális szakmai minimum feltételeinek tételes ellenőrzése.

Miért van szükség ilyen adatokra?

Azért mert, választ kellene adni a kérdésekre:

- a.) milyen legyen a minőségi ellátásért felelős tisztiorvosi szolgálat és a szakfelügyelet stratégiai állásfoglalása a PIC-ek működését illetően,
- b.) biztosítható-e és hogyan az esélyegyenlőség minden intenzív ellátásra szoruló koraszülött és beteg újszülött részére,
- c.) egyforma teljesítmény várható-e el minden PIC ágytól ill. centrumtól, stb.,
- d.) szükség van-e és miért, ezekre a PIC-ekre – ugyanis, vezető gyermekgyógyászok között is, van olyan vélemény, hogy Magyarországon elég lenne 10-12 PIC?

Országreszenként csoportosítva (de külön-külön is) a vizsgált PIC-ek adatait, eltérő következtetések vonhatók le a teendőket illetően.
A jelenlegi általános helyzet különböző módon befolyásolja az egyes PIC-ek működését ill. egyáltalán a létét.

Csecsemőhalálozás régióként (2008)

régiók	élveszületések (n)	csecsemő halott (n)	halálozási arány (‰)
Budapest	17300	80	4,62
Pest m.	13300	70	5,26
Közép-Magyarország	30600	150	4,90
Fejér m.	4100	20	4,88
Komárom-E.	3050	20	6,56
Veszprém	3350	20	5,97
Közép-Dunántúl	10500	60	5,71
Győr-M-S.	4250	10	2,35
Vas m.	2200	20	9,09
Zala m.	2500	10	4,00
Nyugat-Dunántúl	8950	40	4,47
Baranya m.	3650	20	5,48
Somogy m.	2800	20	7,14
Tolna m.	2100	10	4,76
Dél-Dunántúl	8550	50	5,85
B-A-Z m.	7400	70	9,46
Heves m.	3000	20	6,66
Nógrád m.	1800	10	5,55
Észak-Magyarország	12200	100	8,20
Hajdú m.	5500	20	3,64
J-N-Szolnok m.	3850	20	5,19
Szabolcs-Sz-B. m.	6200	30	4,84
Észak-Alföld	15500	70	4,50
Bács-Kiskun m.	5050	40	7,92
Békés m.	3100	20	6,45
Csongrád m.	3850	20	5,19
Dél-Alföld	12000	80	6,66
Ország összes	99200	555	5,60

KSH Statisztika 2008
6.1.4. Népmozgalmi események

	2006	2007	2008
Élveszületések száma:	99871	97613	99200
Magzati veszteségek száma:	64217	61117	61809
Terhességmegszakítások száma:	46324	43870	44300
Magzati halálozások:	17847	16762	17500
	17,9%	17,7%	17,6%
Csecsemőhalálozás:	571	577	555
	5,7‰	5,9‰	5,6‰

Országos Perinatológiai Adatszolgáltató Rendszer (Tauffer)

Éves (0-12. havi) összesítőkből

Perinatális halálozás

exitus	2005		2006		2008	
	érett	kora	érett	kora	érett	kora
intrauterin	121	378	122	351	118	301
intrapartum	12	19	17	23	9	22
postpartum	41	154	43	144	52	225
összesen	174	551	182	518	179	548
érettek	(24%)		(26%)		(25%)	

Ad hoc bizottsági jelentés

Ikt.szám: OSZMK 30-17/2009

Mottó: A gyermekgyógyászat a szülészeten kezdődik. A gyermekek jövője két szakma, a szülészet és a gyermekgyógyászat közös működésének színvonalától függ!

A Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program keretében, az Egészségügyi Minisztérium szakállamtikára által megbízott ad hoc bizottság jelentése azokról a koraszülésekről, amelyek 2008-ban nem a PIC III. szintű koraszülött ellátással rendelkező szülészetenek zajlottak le annak ellenére, hogy az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003.(X.20) ESzCsM, rendeletnek ez az eljárás nem felel meg.

Dr. Csákány M. György, Dr. Mészáros József

Nem (PIC III) kompetens szülészeten ellátott 24-34 hetes, élve született koraszülöttek részletes adatai

Kh.kód	Kh. név	Naplósz.	Szül.idő	Terh.h.	Betegsz.	Osztály	Kora/%	Perinat.%	PIC III-ba
115	Uzsoki	182	2008.02.13	34	7	újsz	57(3,76)	5,28	20
115	1495	318	2008.03.17	34					
115	1514	438	2008.04.14	34					
115		968	2008.08.11	33					
115		1227	2008.10.06	33					
115		1327	2008.10.28	28					
115		1392	2008.11.11	34					
118	Nyíró	18	2008.01.12	31	2	újsz	24(4,22)	0,00	2
118	569	137	2008.04.23	27					
119	Margit	22	2008.03.08	33	9	újsz	39(4,44)	2,28	7
119	872	116	2008.04.15	34					
119	879	123	2008.04.18	34					
119		136	2008.04.23	34					
119		560	2008.09.06	33					
119		840	2008.11.22	34					
119		841	2008.11.22	34					
119		900	2008.12.08	29					
119		950	2008.12.21	34					
121	Péterfy	441	2008.04.11	34	14	PIC II	76(4,66)	3,68	3
121	1601	812	2008.07.02	32					
121	1632	838	2008.07.08	31					
121		1006	2008.08.13	33					
121		1017	2008.08.18	32					
121		1048	2008.08.23	34					
121		1057	2008.08.26	33					
121		1116	2008.09.08	33					
121		1256	2008.10.05	33					
121		1286	2008.10.11	34					
121		1349	2008.10.27	34					
121		1490	2008.11.29	33					
121		582	2008.05.13	34					
121		184	2008.02.09	34					

Nem (PIC III) kompetens szülészeten ellátott 24-34 hetes, élve született koraszülöttek gesztációs kor szerinti megoszlása

gesztációs kor (hét)	betegek (n)
24	15
25	10
26	19
27	12
28	36
29	20
30	38
31	50
32	90
33	139
34	315
összes	744

Miért nem várható el?

PIC III nélküli szülészeten minden 35. hét alatt megindult koraszülésben:

- 1./ felvételnél megtörténne az im. steroid profilaxis - ami a nagyon kisműlyúaknál életmentő,**
- 2./ valamint im. profilaktikus antibiotikus kezelés indulna**
- 3./ és azonnal elkezdenék a megtartó kezelést,**
- 4./ ezt követően a terhest mentővel az illetékes PIC III szinttel rendelkező szülészetre szállítanák, ahol megtörténhetne a definitív ellátás,**
- 5./ majd biztosítanák a koraszülött kivizsgálását és utógondozását az utóképek tisztázása érdekében!**

Összegzés a gyermekgyógyászati szakfőorvosi véleményekből

A perinatológiában a szülészeti oldal alulteljesít:

- a terhesgondozás lényegesen - helyenként kritikus mértékben - romlott,
- másfél tucat kis szülészetén nincs állandó gyermekgyógyászati háttér,
- a koraszülési és a perinatális halálozási arány nem javul,
- a perinatális halálozáson belül az intrauterin és intrapartum adatok évek óta stagnálnak, annak döntő részét teszik ki,
- a perinatálisan elhaltak 25%-a érett magzat!,
- a szülések kétharmadának környezetében nem tartják be sem a szakmai protokollokat, sem a rendeleteket: a megindult koraszüléseknél csak esetlegesen alkalmaznak steroid profilaxist, nincs in utero szállítás,
- a koraszülött mentést nem a rendeltetésének megfelelően használják: az in utero szállítást elmulasztva a koraszülött resuscitációhoz hívják a mentőt,
- az anyát és a koraszülöttet a legkritikusabb időben elszakítják egymástól (Eü. Törv.!),
- a szülészek nem szembesülnek tevékenységük „eredményeivel”, mivel a PIC III szintek, ill. azon megyei PIC II-k mellett, ahol nincs PIC III (5 ilyen osztály van), nem működnek koraszülött szakambulanciák,
- a szaporodó magánszülészetek semmilyen szakmai kontrollnak nem vetik alá magukat!

Egészségügyi Minisztérium
Fejlesztéspolitikai és Stratégiai – Elemzési Főosztály
NFÜ

- **EU források: 2009-ben 1,2 Milliárd Ft pályázható PIC informatikai fejlesztésre**
- PIC/NIC igény: 3,0 Milliárd Ft, eszköz + informatikai fejlesztésre

Az egészségügyi kormányzatot meggyőzve, akaratának megfelelően, a Fejlesztéspolitikai Főosztály közreműködésével sikerült meggyőzni a Nemzeti Fejlesztési Ügynökséget, hogy a PIC-ek részére eszköz + informatikai pályázat legyen kiírva és a hiányzó pénzt a sürgősségi alapból csoportosítsák át!

- **TIOP 2.2.2/C – PIC/NIC fejlesztési pályázat kiírása a napokban megtörténik!**
 - Egyéni pályázat, 10% önrésszel (a tulajdonosokon kívül civil szervezetek segítségével is igénybe vehető),
 - Az EU szabályai szerint a 6 vidéki régió pályáztatása külön történik a Közép-magyarországi Régióétól.

Az OTH által 2008-ban elrendelt komplex fekvő gyermekgyógyászati ellátás ellenőrzése során keletkezett jegyzőkönyvi adatok értékelése

(1)

Cél: A 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet vonatkozó általános és speciális szakmai minimum feltételeinek tételes ellenőrzése.

- Már áprilisban elkészült a Dél-alföldi Régió **(Kalocsa – gyermekorvos nélküli gyermekosztály!)**, majd a többi régió értékelése is. Az eredmények különböző működtetési lehetőségekre mutatnak rá!

A kollégiummal közösen el kell dönteni:

- a Debrecen - Kazincbarcika,
 - a Fehérgyarmat – Vásárosnamény
 - vagy az Esztergom példa lehet-e a modell, vagy mindegyik?
-
- 2009 első negyedében lezajlott a 60 / 2003. (X.20) ESzCsM minimumfeltételekről szóló rendelet revíziója – **a változtatásokat a szakmai kollégium terjesztette elő, mert az ő feladata** – „az előző kollégium utolsó tevékenységeként, az idén márciusban, a minisztérium kérésére - hosszas egyeztetés után! – azt az anyagot küldtük be, amellyel az OSZMK és a szakfelügyelet is egyetértett” (Dr. Békefi)!
- Az új Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium azonban, mint jogutód fenntartotta a változtatás jogát és változtatott azon.**

Az OTH által 2008-ban elrendelt komplex fekvő gyermekgyógyászati ellátás ellenőrzése során keletkezett jegyzőkönyvi adatok értékelése

(2)

35 súlyponti kórházban (ill. klinikákon és szakosodott egységeken) 2422 rendeletben kijelölt aktív ágy van.

- A minimumfeltételek érvényesülése szerint, közülük a **4 gyermekklinika és Miskolc GYEK, valamint az AEK PIC és az Országos Kardiológia Gyermekosztálya**, mint szakosodott egységek **III. szintű** ellátó helyek, valamint a **II. szinteken működő PIC III-ak zöme**, a minimumfeltételeknek megfelelnek, a finanszírozási gondok ellenére, szakmailag jól működnek.
- **II. ellátási szintű 15 súlyponti gyermekosztály** (Kecskemét, Kiskunhalas, Gyula, Kaposvár, Szekszárd, Nyíregyháza, Szolnok, Eger, Salgótarján, Székesfehérvár, Tatabánya, Veszprém, Győr, Szombathely, Zalaegerszeg – **Kiskunhalas kivételével mind megyei kórház gyermekosztályai**) és 1 PIC II. (Dél-Pesti Kh.) szakosodott egységként.

A komplex ellenőrzés adataiból kiderül:

- 1.) Kecskemét, Nyíregyháza, Veszprém, Győr, Szombathely, Zalaegerszeg működése kifogástalannak mondható,
- 2.) Kiskunhalas, Gyula, Kaposvár, Szekszárd, Székesfehérvár a pénzügyi és személyi ellátottság hiányosságaival küzd (az 1 PIC II egyaránt személyi és tárgyi feltételekben is hiányt szenved),
- 3.) **Szolnokon** személyi és tárgyi feltételek is komolyan veszélyeztetik a II.szintű besorolást, **Egerben** súlyos személyi és szakmai, valamint tárgyi hiányosságok vannak, **Salgótarjánban súlyos orvoshiány miatt** az ügyeket nem tudják biztosítani, **Tatabányán** szakorvoshiány van !

Az OTH által 2008-ban elrendelt komplex fekvő gyermekgyógyászati ellátás ellenőrzése során keletkezett jegyzőkönyvi adatok értékelése

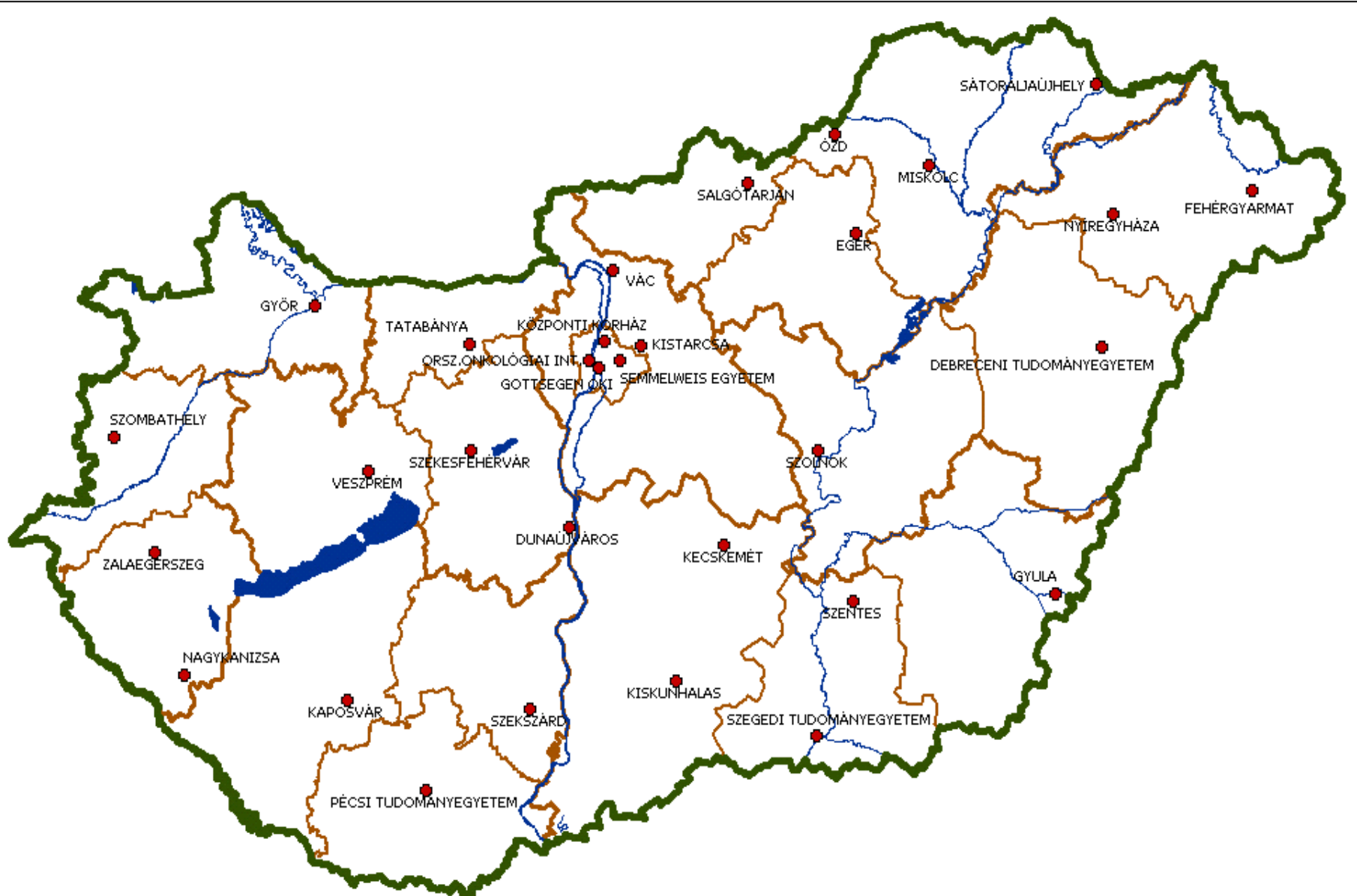
(3)

- **I. szintű osztály 12 súlyponti kórházban** (10 városi kórház gyermekosztálya: Szentes, Siófok, Fehérgyarmat, Karcag, Ózd, Sátoraljaújhely, Dunaújváros, Vác, Sopron, Nagykanizsa), valamint Kistarcsa, mint megyei kórház és a Fővárosi Szt. János Kórház.
- 1.) **A Fővárosi Szt. János Kh-ban** jelentős rekonstrukciókat hajtottak végre (új PIC III épült, a gyermeksebészeti osztályt felújították), **Vácon** szervezeti átalakítások, személyi feltételek javítása mellett emelkedett a szakmai színvonal, **Sopronban** javítottak a személyi feltételeken, a koraszülött osztály felszereltségét fejlesztették.
 - 2.) **Siófok, Fehérgyarmat, Karcag, Ózd, Sátoraljaújhely, Dunaújváros, Nagykanizsa** visszatérően, időnként súlyossá váló személyi hiányosságokkal küzdenek, emiatt a szakmai színvonal nem felel meg a súlyponti kórházzal szemben támasztottaknak, a tárgyi eszközök hiányosak, elavultak, de törekvés van a színvonal javítására
 - 3.) **Kistarcsán** nem biztosítják a PIC II működés szakmai és tárgyi feltételeit!
 - 4.) A legsúlyosabb gond **Szentesen** van – a személyi feltételek és a szakmai színvonal sem felelnek meg a követelményeknek, a betegellátás itt veszélyeztetett !

„Súlypontiságukból eredően” - a rendeletben meghatározott aktív ágyak számánál fogva - földrajzi elosztásukból következően, az egyenlő hozzáférés jogát biztosítva a fejlesztésüket kellene ösztönözni - náluk a komplex ellenőrzést is rendszeressé kellene tenni. – mert csak így lehet a biztonságos gyermek fekvőbeteg ellátás országos rendszerét működtetni.

Ilyen mértékben biztosan van személyi és tárgyi kapacitás, ezen túl viszont kétséges.

Súlyponti kórházak elhelyezkedése



Az OTH által 2008-ban elrendelt komplex fekvő gyermekgyógyászati ellátás ellenőrzése során keletkezett jegyzőkönyvi adatok értékelése (4)

- **A nem súlyponti területi kórházak osztályain kritikus a helyzet!**

Orvoshiány miatt 13 osztály (szakorvosok száma 3 vagy kevesebb) működtetése a hagyományos struktúrában lehetetlen!

Ezek a helyeken, minél hamarabb létre kellene hozni az olyan I/a szintű ellátást, amely 24 órás kistérségi gyermekgyógyászati sürgősségi (ügyeleti?) ellátást jelentene és ennek a kategóriának a minimumfeltétel rendeletben is részletesen meg kellene jelennie!

Problémák:

- 1./ Nincs részletesen kidolgozva a lehetséges új egységek működési elve, nem tisztázottak a finanszírozás lehetőségei.
- 2./ Nincs tisztázva továbbá, hogy az új rendszerben hogyan vesznek részt a házi gyermekorvosok .
- 3./ 2008-ban új kódkarbantartás kezdődött, 2010-ben pedig új finanszírozási paraméterek kerülnek kiadásra – az I/a szintek finanszírozása ebben nem tisztázott!

Kapcsolódás az alapellátáshoz

Kérdőíves felmérést végeztünk a gyermek fekvőbeteg ellátás és terület viszonyáról: a működési feltételekről, betegforgalomról, személyi állomány létszámáról, aktív ágyak kihasználtságáról, beutalási szabályokról, ügyeletek teljesítéséről stb. érdeklődtünk.

Megállapítottuk:

- **Jelenleg sincs megfelelő együttműködés (munkakapcsolat) az ellátási szintek között,** nevezetesen a területen működő egységek (házi gyermekorvosi rendelők, szakrendelések, kórházi osztályok melletti és egyéb ambulanciák) és a kórházi osztályok között.
- A jelenlegi betegutak, beutalási irányok és lehetőségek (ügyeleti, sürgősségi; nappali, nem sürgősségi rendszere) nem felelnek meg a követelményeknek, **nem szolgálják a helybeni definitív ellátást!**
- **A fekvőbeteg osztályok szükségtelenül terhelődnek nem a kompetenciájukba tartozó feladatokkal!**

Mit támogathat a szakfelügyelet?

- **Nem támogathat működésképtelen struktúrákat, mert az veszélyezteti a betegellátást** – a hagyományos gyermekosztályt 2 fő szakorvossal (és akárhány gyakornokkal, vagy beügyelővel) nem lehet 24 órában folyamatosan, biztonságosan működtetni!
- A szakfelügyelet kifogásolja, hogy a kollégium eddig nem tett javaslatot olyan új működő struktúrákra, amelyeket az eü. kormányzat, a helyi szakemberek és a tulajdonosok is elfogadhatnának a „megszűnő” osztályok helyett.
- **Az új struktúrákba a házi gyermekorvosi ellátásnak is be kell épülni, az eddigi elkülönülő stratégia nem folytatható tovább!**

Feladatok

Javaslataink változatlanok:

Szakfőorvosi értekezletek, kollégiumi és különböző munkabizottsági ülések kapcsán az alábbi vélemények alakultak ki

1./ A struktúraátalakítás segítése:

a./ **Ellenőrzések, auditok** szervezése, az OSZMK útmutatása alapján, konzultációs jelleggel.

b./ **Mielőbbi átalakulások ösztönzése - javaslatok jogszabályi módosításokra:** korai hazaadás a szülészetről, szűrések átszervezése, minimumfeltételek aktualizálása, ügyeleti ellátás és beutalási rend korrekciója, stb.

c./ **Javaslatétel működőképes formákra**, mert vannak :

- **kis szülészetek** állandó gyermekorvosi elérhetőség nélkül,
- alacsony szakmai színvonalú **városi kórházi** gyermekosztályok,
- **krónikus és rehabilitációs ellátási hiányosságok**,
- nem megfelelően szervezett és támogatott **perinatális ellátási egységek**.
- **Nem megfelelő a koraszülött és csecsemő fekvőbeteg ellátás konziliáriusi rendszere - a beteg megy konzíliumba, pedig ezek kiválthatók speciális, mozgó szakorvosi szolgáltatással, pl. ROP laser teammel, saját hordozható UH-gal rendelkező kardiológus konzíliummal, stb.!**
- Külön figyelmet érdemel a **Közép-magyarországi Régióban**, a főváros budai oldalán hiányzik egy koncentrált, a szülészettel is szorosan együttműködő, járóbeteg ellátást is végző gyermekgyógyászati központ.

Feladatok

2./ Az újszülött – koraszülött ellátás fokozott ellenőrzése!

a.) A szülészeten, ahol nincs párhuzamosan gyermekosztály gyakorlattá vált, hogy telefonügyeletes gyermekgyógyászt alkalmaz a tulajdonos, vagy a felnőtt aneszteziológusra hárítja a szükségessé váló újszülött élesztés feladatát. Továbbá gyakori, hogy újszülött osztályokon 35-36 hetes koraszülötteket, 2500 gramm alatti kisműlyúakat, gyakran ikreket kezelnek.

b.) Az olyan szülészeten, ahol nincs PIC III vagy PIC II, a koraszülési arány nem érheti el a 4-5%-ot

Ezekben az esetekben most már szigorú gyermekgyógyász szakfőorvosi ellenőrzésekre és ANTSZ szankciókra van szükség!

3./ Kapcsolódás az alapellátáshoz - definitív ellátás megfelelő helyen és szinten - racionális betegutak!

a.) **Első helyen szereplő teendő, amelyet a házi gyermekorvosokkal, a védőnői és gyermekvédelmi szolgálattal közösen kell megoldani, hogy a házi gyermekorvosi és gyermek járóbeteg ellátás megfelelően szűrje és lássa el a betegeket**

b.) **Alapvetően rossznak tartjuk, hogy a házi gyermekorvosok zöme nem vállal ügyeletet, de azt is, hogy a kórházi gyermekorvosok sem közelednek megfelelően az alapellátás felé! Ha ez nem változik, akkor a kistérségekben nem lesz megszervezhető az állandó gyermekorvosi elérhetőség.**

Feladatok

4./ **Nagyobb figyelmet az utógondozás szervezésének!**

a.) Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény a koraszülés alsó határát a betöltött 24. hétben szabta meg. Az azóta eltelt 10 évben 7- 8000 olyan nagyon kissúlyú koraszülött született és maradt életben, akiknek az ellátása során nyert tapasztalatok azt mutatják, hogy ebben a kérdésben is más szemléletre van szükség.

b.) Az életben maradt, nagyon kissúlyú koraszülöttek komplex korai rehabilitációját az intenzív terápia befejeztével már a centrumban el kell kezdeni és folytatni kell egészen az iskolás korig. Az elmúlt 10 év tapasztalata ugyanis bebizonyította, hogy ők csak akkor képesek megfelelni a normális iskolai követelményeknek, ha ez megvalósul.

Kapcsolódó teendők:

- Fenn kell tartani a fejlődésneurológia eddigi központjait, országos hálózatot kell létrehozni a PIC-ek mellett, ahol az egységes szomato-mentális rehabilitációra is nagy súlyt kell helyezni.
- A gyógyító teamnek a gyermekorvosokon, speciális konzíliárus szakorvosokon kívül pszichológust, gyógypedagógust, fejlesztő pedagógust és szociális munkást is kötelezően foglalkoztatni kellene: **Oktatási Minisztérium – Eü. Minisztérium**
- Ezek a koraszülöttek - a rendelet szerint - 3 éves korukig emelt családi pótlékot kapnak. Ezt a továbbiakban is folytatni kellene legalább 7 éves korig – ekkorra dől el csak a **sajátos nevelési igény**