

*Mottó: „A gyermek a mi mai befektetésünk
a holnap társadalmába.”*
WHO

„Közös kincsünk a gyermek”

Nemzeti Csecsemő-
és Gyermek egészségügyi Program

2005. NOVEMBER

Tartalomjegyzék

BEVEZETŐ	5
Az egészségi egyenlőtlenségekről	6
Miért kell a csecsemők és a gyermekek egészségével kitüntetetten foglalkozni?	7
Stratégia a gyermekek egészségének és fejlődésének elősegítéséért	8
Előzmények	8
Európai Stratégia	8
ALAPELVEK	9
1/ Életszakasz-megközelítés	9
2/ Esélyegyenlőség	9
3/ Ágazatközi megközelítés	9
4/ Társadalmasítás	10
STRATÉGIAI PRIORITÁSOK	10
1/ Az anya és az újszülött egészsége	10
2/ Táplálkozás	10
3/ Fertőző betegségek	10
4/ Sérülések és erőszak	10
5/ Fizikai környezet	11
6/ Serdülők egészsége	11
7/ Pszichoszociális fejlődés és lelki egészség	11
A Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Programról	12
A program célja	12
A gyermek egészségügyi ellátórendszer megújítása	13
A Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Program szerepe	14
HELYZETELEMZÉS	15
I. Demográfiai adatok	16
II. Mortalitási adatok	17
1. Csecsemőhalálozás	17
2. Gyermekhalálozás	17
3. A halálozás oki megoszlása	17
III. A 0-18 évesek morbiditásának jellemzői	19
1. A fertőző gyermekbetegségek alakulásának néhány jellemzője	19
2. A védőoltási rendszer	19
3. A nemfertőző betegségek	20
a.) Az 1-es típusú cukorbetegség	20
b.) A 2-es, felnőtt típusú cukorbetegség és glukóz intolerancia	20
c.) A túlsúly és az elhízás	21
d.) Alultápláltság	21

e.) Rosszindulatú daganatos betegségek	21
f.) Allergiás betegségek	21
g.) Mozgásszervi betegségek gyermekkorban	21
h.) Mentális problémák, pszichiátriai betegségek	22
i.) Serdülők életmódjában rejlő kockázati tényezők (rizikómagatartások)	22
i.1.) Dohányzás, alkoholfogyasztás	22
i.2.) Illegális szerek (drogok) fogyasztása	23
i.3.) Szexuális aktivitás	23
IV. A 0-18 évesek egészségügyi ellátása	24
1. Az újszülöttellátás jelenlegi helyzete	24
2. Gyermekegészségügyi alapellátás	26
a.) Házi gyermekorvosi ellátás	26
b.) A vegyes praxist ellátó háziorvosok gyermekellátó tevékenysége	26
c.) Ügyeleti ellátás problémái az alapellátásban	27
d.) Iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás	28
e.) Védőnői ellátás	30
3. Gyermekfogászat	31
4. Járóbeteg szakellátás	32
5. Gyermek fekvőbeteg ellátás	33
6. Gyermek onkológiai ellátás	34
7. Gyermek mentálhigiénés ellátás, gyermekpszichiátria	37
8. Gyermekrehabilitáció	40
9. Gyermek-kardiológia és szívsebészet	41
V. Esélyegyenlőtlenség az ellátásban	42
VI. A gyermekek részére biztosított megelőző ellátások	42
1. Újszülöttkorban	43
2. Csecsemő és gyermekkorban	43
3. Csecsemőket és gyermekeket érintő, támogatott prevenciós programok	44
VII. Gyermekek népegészségügyi programja	45
1. Egészségnevelés, egészségtan oktatás	45
2. Iskolai büfék	46
3. Káros szenvedélyek	46
VIII. Együttműködés területei	47
1. Egészségügyön belül	47
2. Külső kapcsolatok	47
IX. Gyermekek gyógyszerelésének kérdései	48

A CSECSEMŐ ÉS GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS JÖVŐJE 49

- I. Cél: Az újszülöttek életminőségének javítása a koraszülöttek és fejlődési rendellenességgel születettek arányának csökkentése, a túlélési arányok növelése 49
- II. Cél: A gyermek alapellátás egységesebbé tétele az esélyegyenlőség javítása érdekében a hozzáférhetőség javításával és a jobb minőségű ellátással 52
- III. Cél: Iskola-ifjúság egészségügyi ellátás fejlesztése, hatékonyságának növelése 55
- IV. Cél: A járóbeteg szakellátás szükségletekhez igazodó fejlesztése 57
- V. Cél: A gyermek fekvőbeteg osztályok racionalizáltabb, a szükségletekhez igazodó működésének biztosítása 58
- VI. Cél: Gyermek onkológiai ellátás fejlesztése, kapcsolódva a Nemzeti Rákellenes Programhoz 59
- VII. Cél: A gyermek és ifjúságpszichiátriai ellátás fejlesztése 60
- VIII. Cél: Régióként komplex gyermek-rehabilitációs ellátás kialakítása, feltételeinek megteremtése 61
- IX. Cél: A gyermekszív-transzplantáció hazai beindítása 62
- X. Cél: A gyermek sürgősségi és intenzív ellátás fejlesztése 63
- XI. Cél: Multidiszciplináris/multiszektoriális együttműködést igénylő népegészségügyi feladatok 64
- XII. Cél: A gyermekek egészségi állapotára és egészségügyi ellátásának minőségére vonatkozó indikátorok meghatározása 65
- XIII. Cél: A gyermekek és hozzátartozóik, valamint a gyermekellátásban résztvevők bevonása 66

MELLÉKLETEK

- 1-22. ábra 67
- 1-4. sz. táblázat 82

BEVEZETŐ

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a gyermekek a mi mai befektetésünk a holnap társadalmába. Az ő egészségük és ahogyan kezeljük őket serdülőkorukban a felnőtté válásukig, komoly hatással lesz hazánk jólétére és stabilitására a következő évtizedekben is.

Az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) a Gyermejjogokról szóló Nemzetközi Egyezménye értelmében gyermeknek tekintünk minden 18 évesnél fiatalabb emberi lényt. Ezért a *gyermekek egészsége* általános kifejezés alatt számos korosztályt értünk, így a csecsemőket, az iskoláskor előtti gyermekeket, a nagyobb gyermekeket és a serdülőket is. Ezek a csoportok is alcsoportokat foglalnak magukba, amelyekbe tartozó gyermekek lényegesen különböznek egymástól fejlettségi fokukban, egészségi rizikóikban, egészségük meghatározó tényezőiben és az egészségügyi szolgáltatások, valamint a népegészségügyi ellátások iránti szükségleteikben is.

AZ EGÉSZSÉGI EGYENLŐTLENSÉGEKRŐL

Mint Európa és az Európai Unió számos országában, Magyarországon is jelentős egyenlőtlenségek vannak a gyermekek egészségi állapotában és az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférésükben is. Ez különösen olyan gyermekes családoknál tapasztalható, akiknél a minőségi egészségügyi, oktatási, informatikai szolgáltatásokhoz való hozzájutás, illetve a lakáskörülmények és táplálkozás nem megfelelő. Tudományosan egyértelműen bizonyított, hogy ezen egészségügyi egyenlőtlenségek nagy részéért a szociális tényezők a felelősek: a szociálisan hátrányosabb helyzetű és/vagy marginalizált csoportokhoz tartozó emberek betegebbek és korábban halnak meg, mint előnyösebb társadalmi helyzetű társaik. A gyermekeket érintő halálozások és egészségi problémák 30-50%-a még az Európai Unió 15 régebbi - gazdagabb - tagországában is összefüggésben van a szülők hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetével. Ezért a betegségek társadalmi terhét csökkenteni szándékozó egészségügyi és népegészségügyi programok csak akkor érhetik el egyébként szükséges és lehetséges céljaikat, ha a halálozások és a megbetegedések alapvető okaival is foglalkoznak.

Számos területen már bizonyossággal tudható, hogy mit kell tenni, de a már rendelkezésre álló hatásos beavatkozások sem mindig jutnak el elég emberhez, illetve azokhoz, akiknek ezekre a legnagyobb szüksége lenne. Ezért minden, a megbetegedéseket csökkenteni és életeket megmenteni hivatott egészségügyi programnak figyelembe kell vennie az egészség társadalmi összetevőit is, mivel ezek határozzák meg azt, hogy a rendelkezésre álló tudás és az erőforrások eljutnak-e minden rászoruló gyermekhez és anyához. Ez egyben hozzásegít minket megtörni a szegénység és betegség ördögi körét!

MIÉRT A CSECSEMŐK ÉS A GYERMEKEK EGÉSZSÉGÉVEL KELL KITÜNTETETTEN FOGLALKOZNI?

Európában és Magyarországon is egyre kevesebb gyermek születik, de ők nagy valószínűséggel hosszabb életre számíthatnak. Ezért alapvető jelentőségű megtenni minden lehetőséget annak érdekében, hogy gyermekeink egészségesen nőjenek fel és egészségüket megőrizhessék felnőtt korukban is.

A gyermekkor a legjobb időszak az egészség befolyásolására: ebben a korban a leghatékonyabbak a gyermekek és egyben a későbbi felnőttek egészségét fejlesztő és betegségeit megelőző programok.

A gyermekkori egészségi állapot nem csupán az egyén egészségét alapozza meg egész későbbi élettartamára, de kihat a következő generáció egészségére is. Az élet első évei határolják be az egyén későbbi egészségi állapotában rejlő lehetőségeket. Az agy és a szervezet fejlődése az élet korai szakaszában meghatározza a különböző betegségekre való érzékenységet az élet későbbi szakaszaiban. A kisgyermekkorai fejlődés problémái szorosan összefüggenek a felnőttkori nem-fertőző betegségekkal. Az egészségfejlesztés az élet első éveiben a leghatékonyabb.

A betegségek megelőzése és megfelelő kezelése az élet során a lehető legkorábban kell, hogy kivédje az egészségre gyakorolt negatív hatásokat annak érdekében, hogy e problémák ne terheljék a fejlődés következő szakaszait. A gyermek fejlődésének minden egyes szakasza ugyanis előkészíti, megalapozza a következőt. Ezért olyan nagyon fontos akkor kezelni az egészségi rizikókat, amikor azok nagy valószínűséggel fellépnek, vagyis korai és jól célzott beavatkozásokra kell fókuszálni.

A jó egészség már a fogantatás előtt megalapozódik. Sokat lehet tenni az elkerülhető fogyatékoságok és betegségek előfordulásának csökkentése érdekében olyan beavatkozásokkal, amelyek hatásossága már bizonyított.

Ideális helyzet az lenne, ha minden terhesség tervezett terhesség lehetne, és minden gyermek tervezett gyermekként jönne a világra. A nem tervezett, nem akart terhesség a perinatális és a csecsemő mortalitás jelentős rizikófaktora. Ugyanez igaz a tinédzser-terhességekre is. A fiatal anyák újszülöttjei nagyobb valószínűséggel születnek kisebb súllyal. Az alacsony születési súly megnöveli az egészség-károsodás rizikóját újszülöttkorban és később is.

Nincs kétség az iránt, hogy az újszülöttkor az élet kritikus időszaka. A különböző alapvető nőgyógyászati és újszülöttkori ellátások rendelkezésre állása a szó szoros értelmében életfontosságú, különösen a terhesség, a vajúdas vagy a szülés komplikációja esetén.

STRATÉGIA A GYERMEKEK EGÉSZSÉGÉNEK ÉS FEJLŐDÉSÉNEK ELŐSEGÍTÉSÉÉRT

ELŐZMÉNYEK

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Bizottsága 2003. évi, 53. ülésén a gyermekek és serdülők egészségét és fejlődését a legmagasabb szintű priori-tásként határozta meg. A Bizottság a WHO Európai Regionális Irodáját azzal bízta meg, hogy az 55. ülésére készítse el az ezzel foglalkozó stratégia tervezetét, valamint felkérte a regionális igazgatót, hogy segítse a tagállamok hasonló tevékenységét. A Regionális Bizottság elvárásként fogalmazta meg a 2004 júniusában Budapesten tartott *Negyedik Miniszteri Környezetegészségügyi Konferencia* következtetéseinek figyelembevételét a stratégia kialakítása során.

A WHO Európai Irodájának 2005. évi *Egészségügyi Jelentése* kiemelten, külön fejezet keretében foglalkozik a gyermekek és serdülők egészségének speciális helyzetével. Azonban ez nem csupán európai, hanem igazi globális prioritás: a WHO már publikálta a *Stratégiai Irányok a Gyermekek és Serdülők Egészségének és Fejlődésének Javításáért* című dokumentumát. Az ezekben foglaltak teljes összhangban vannak az ENSZ ún. *Milléniumi Fejlesztési Céljaival*, amelyek a szegénység csökkentését és az emberi erőforrások fejlesztését tűzik ki célul, mint fenntartható társadalmi és gazdasági fejlődés sarokköveit.

Mindezen előzmények után a WHO Regionális Bizottsága 2005. szeptemberi, Bukarestben tartott 55. ülésén megtárgyalta és elfogadta az *Európai Stratégia a Gyermekek és Serdülők Egészségéért és Fejlődéséért* címet viselő dokumentumot. Az alábbiakban kivonatossan - a teljesség igénye nélkül - bemutatjuk e dokumentum legfőbb megállapításait és ajánlásait annak érdekében, hogy a hazai elképzelések összevethetők legyenek a nemzetközi tendenciákkal.

EURÓPAI STRATÉGIA

„A gyermekek jó egészségi állapota a prenatális kortól a serdülőkorig a társadalmi és a gazdasági fejlődés egyik erőforrása, míg megromlott egészségük és elégtelen fejlődésük megsokszorozódó és tovagyűrűző egyéni, családi és társadalmi-gazdasági károkat okoz. Rosszabb szellemi és társadalmi fejlődésük egy életre hátrányos helyzetbe hozhatja őket, mely örökség gyakran a későbbi generációkat is sújtja.

A késői gyermek- és serdülőkor olyan újonnan jelentkező veszélyeket hordoz, mint az elhízás, pszichoszociális és lelki problémák, melyek mellett azonban a társadalomban még jelen vannak az alultápláltság, a perinatális problémák és a fertőző betegségek is. Fokozódik az aggodalom a szennyezett és nem biztonságos környezet, valamint az egészségtelen életmód rövid és hosszú távú következményei miatt.

A legfőbb cél lehetővé tenni a gyermekeknek, hogy megvalósíthassák a bennük rejlő lehető legjobb egészséget és fejlődést, ezáltal csökkenteni az elkerülhető betegségek és a halálozás okozta társadalmi terheket nem csupán a ma gyermekei, hanem a jövődő felnőttjei és a következő generációk tekintetében is.

Ennek érdekében

- ki kell dolgozni a különböző programok tudományos bizonyítékokon nyugvó értékelésének és továbbfejlesztésének kereteit,
- több ágazatot érintő megközelítést kell alkalmazni,
- meg kell határozni az egészségügyi ágazat szerepét a különböző programok kidolgozásának és végrehajtásának koordinálásában és az egészségügyi szolgáltatások szükséglet-alapú tervezésében és nyújtásában.

ALAPELVEK

1/ Életszakasz-megközelítés

Az egyes szakmapolitikai és szakmai programoknak a fejlődés különböző szakaszainak egészségi kihívásait kell megcélolniuk, a prenatális kortól a pubertásig. Veszélyek és lehetőségek vannak jelen az élet minden szakaszában a megtermékenyítéstől a serdülőkorig. Az életszakasz megközelítés nem csupán felismeri a fogamzástól 18 éves korig tartó időszak különböző fejlődési szakaszait, de elismeri minden egyes szakasz meghatározó jelentőségét az egészségi állapotra és az egészséges viselkedésre a fejlődés későbbi stádiumaiban. Ez egyben a generációk közötti kapcsolat megteremtését is jelenti, mert a fiatalokból később szülők lesznek.

2/ Esélyegyenlőség

A leghátrányosabb helyzetűek szükségleteit explicit módon kell figyelembe venni az egészségi állapot értékelése, a szakpolitikák kialakítása és a tervezés során. Az „elérhető legmagasabb szintű egészségi állapot” minden gyermek és serdülő alapvető joga, melyet a Gyermekek Jogairól szóló ENSZ Konvenció alapoz meg.

3/ Ágazatközi megközelítés

Az egészséget meghatározó legalapvetőbb tényezőket megcélzó, ágazatközi, népegészségügyi megközelítést kell alkalmazni. Köztudott, hogy számos tényező határozza meg a gyermekek és serdülők egészségi állapotát és fejlődését. Bár az egészségügyi ágazatnak kulcsszerepe van az egészség megőrzésében és fejlesztésében, a megelőzésben és a gyógyításban, számos más, mint pl. az oktatási, szociális, pénzügyi ágazat is kulcsfontosságú az egészséget meghatározó tényezők befolyásolásában. Azonban az egészségügyi ágazatnak és az Egészségügyi Minisztériumnak kitüntetett szerepe van a minden érintett ágazatot felölelő akciók elősegítésében.

4/ Társadalmasítás

A civil társadalmat és a fiatalokat is be kell vonni a szakpolitikák és egészségügyi szolgáltatások tervezésébe, végrehajtásába és monitorozásába. A népegészségügyről szóló döntésekbe be kell vonni a közvéleményt. A fiatalok egészségi állapotát javítani hivatott program elkerülhetetlenül változásokat generál a szolgáltatásokban, létesítményekben, a tágabb fizikai és kulturális környezetükben. A gyermekeket és a serdülőket aktívan be kell vonni az egészségük javítását célzó programok tervezésébe és monitorozásába. Ez lehetővé teszi a szolgáltatások olyan fejlesztését, amely érzékenyen reagál a szükségleteikre és aggodalmaikra.

STRATÉGIAI PRIORITÁSOK

1/ Az anya és az újszülött egészsége

A gyermek egészsége és fejlődése elválaszthatatlan az anya egészségével, táplálkozásával és egészségügyi gondozásával. A későbbi életszakaszok szempontjából kulcsfontosságú az antenatális gondozás, a szülés körüli és az élet első hetében nyújtott egészségügyi ellátás.

2/ Táplálkozás

A jó táplálkozás alapvető az egészséges fejlődéshez. Az elégtelen táplálkozás megromlott egészséghez és ez tovább romló táplálkozáshoz vezet. Az alultápláltság elsősorban a szegénységben élő csecsemők és kisgyermekek körében jelentkezik és az életkorukhoz képest krónikus alacsony-növést jellemzi. A szakszerűtlen étrend-kombinációk és egészségtelen diéták az iskoláskorú gyermekeknél elhízáshoz vezethetnek és megnövelik a szív- és érrendszeri, valamint más rendszerbetegségek fellépését a későbbi életkorokban.

3/ Fertőző betegségek

A gyermekkori akut légúti fertőzések, a hasmenés és a tuberkulózis többségében megelőzhető és gyógyítható, a védőoltással megelőzhető betegségek jól kontrollálhatók.

4/ Sérülések és erőszak

Gyakran több környezeti tényező kombinációjának eredményeként, különösen a sérülékeny társadalmi csoportokban a sérülések és az erőszak jelentős terhet jelent a gyermekek és serdülők egészsége számára. A gyermek- és serdülőkori sérüléseknek az a nagy kockázata, hogy hosszú távú fizikai következményeket és pszicho-szociális károsodásokat okozhatnak. Különösen nagy a közlekedési balesetek és a családon belüli erőszak társadalmi terhe, de mégis túl keveset tettünk eddig a hatékony megelőzésükért és a rehabilitációért.

5/ Fizikai környezet

A gyermekek különösen érzékenyek és jobban ki vannak téve a tiszta ivóvíz, a higiéné és a csatornázás hiányának, a beltéri és a külső téri levegőtisztaságnak és számos kémiai és fizikai tényezőnek. A reprodukzív korban lévő nők is egyedülállóan érzékenyek bizonyos fizikai és kémiai tényezőkre.

6/ Serdülők egészsége

A serdülőkorra jellemző a felfedező, mindent kipróbálni vágyó, gyakran rizikós viselkedés. Ebben a fejlődési szakaszban alakulnak ki azok az életmódok, amelyek az élet egész tartama alatt befolyásolják az egészségi állapotot. A serdülőket nem ritkán még mindig problémásnak tartjuk, ahelyett, hogy bevonnánk őket egy sokkal inkább „fiatalos” egészségügyi rendszer kialakításába, a saját problémáik megoldásába - ezzel lehetővé téve nekik a jövő generációk egészségéhez való hozzájárulást.

7/ Pszichoszociális fejlődés és lelki egészség

Az egészség hagyományos értelmezése a fizikai egészségre vonatkozik, annak ellenére, hogy nyilvánvaló tünetei vannak a pszichoszociális és mentális egészség megromlásának is. A serdülőkori lelki problémák gyakran járnak együtt agresszióval, erőszakkal vagy önsértéssel. Az öngyilkosságok minden évben sok halálért felelősek és gyakran depresszió előzi meg azokat. A fiataloknál egyre növekedik a depresszió előfordulása, mely gyakran társul rossz tanulmányi előmenetellel, antiszociális viselkedéssel, alkohol vagy drog használatával és súlyos táplálkozási betegségekkel.”

A NEMZETI CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMRÓL

A **Gyermekek Jogairól szóló 1989-es New York-i Egyezmény** - amelyhez hazánk is csatlakozott - a minél jobb egészséghez való jogot és lehető legjobb egészségügyi ellátáshoz való jogot tételesen is definiálja.

A **Társadalmi Összetartozásról Szóló Közös Memorandum (Joint Inclusion Memorandum - JIM)** szerint „alapvető feladatok e területen a szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás esélyegyenlőségének megteremtése, az intézményes ellátások szolgáltató jellegének erősítése és a lakóterületen, integrált formában történő ellátásszervezés a szociális és egészségügyi ellátások összehangolásával.”

Ennek megfelelően a csecsemők és gyermekek egészségi helyzetéről és az ezzel kapcsolatos rövid- és középtávú teendőkről készített **Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegész-ségügyi Program** is a gyermekek ezen alapvető jogából indul ki.

A PROGRAM CÉLJA

A Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegész-ségügyi Program kiemelt céljai a következők:

- A figyelem ráirányítása a gyermekek egészségére, a csecsemő- és gyermekegész-ségügyi ellátórendszerre, mely jelentősen befolyásolja a jövő generáció egészségkultúráját, egészségi állapotát.
- A jelen helyzet bemutatása, a célkitűzések, feladatok meghatározása, a lehetséges és a szükséges megoldások számbavétele egy áttekinthető, korszerű, hatékony, egységes és alkalmazkodni képes ellátórendszer kialakításához.
- Valamennyi érintett bevonásával a társadalom széleskörű mozgósítása az eredményes megvalósítás zálogaként.
- Az eredményes végrehajtás érdekében a monitorozás és rendszeres felülvizsgálat kereteinek meghatározása.

A hosszútávú program arra épül, hogy az élet fogantatástól 18 éves korig terjedő időszaka alapozza meg a későbbi életkorok fizikai és szellemi teljesítőképességét, az egészség megőrzésének, a betegségek megelőzésének esélyét, mert az ebben az időszakban kialakult „vesztések” később már nem kompenzálhatók.

Mindezek indokoltá teszik, hogy a csecsemő- és gyermekegész-ségügyet az egészségügyi ellátórendszeren belül egy sajátos alrendszernek tekintjük, amelyet a gyermekek élettani, pszichológiai és szociológiai sajátosságai figyelembe vételével kell tervezni, szervezni, művelni és irányítani.

A GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER MEGÚJÍTÁSA

A gyermekegészségügyi ellátórendszer kérdésében az európai helyzet nem egységes:

- az „angol modell”-ben az alapellátásban általános családorvosok dolgoznak, a gyermekszakorvosok pedig a szakrendelőkben, kórházakban látják el a beteg gyermekeket,
- a „német modell”-ben vegyes ellátási rendszerek működnek, gyermekorvosok és családorvosok egyaránt részt vesznek a gyermekek alapellátásában.

Elismerve a hazai gyermekegészségügy több vonatkozásban is jelentős - egyes területein európai szintű - eredményeit, mind a demográfiai folyamatok és az epidemiológiai helyzet megalapozta szükségletek, mind a lakossági elvárások, mind a szakmai javaslatok alapján megérett a helyzet a gyermekegészségügyi ellátórendszer jelentős átalakítására. Ezt döntően az alábbiak indokolják:

A szakma haladásának gyakorlati megvalósítása új, vagy megváltozott ellátási struktúrát igényel. A korábban kórházban kezelendő betegségek egy része elláthatóvá vált a megfelelően felkészült alapellátásban, illetve a megfelelően szervezett speciális járóbeteg-ellátásban. Ezzel ellentétben áll a hazai gyermekegészségügy mindeddig kórház- (ágy-) centrikussága.

A valóban kórházi ellátásra szoruló betegségek diagnosztikai és terápiás vonatkozásban egyaránt bonyolulttá, nagy eszközigényűvé és jelentős specialista szakemberigényűvé váltak (orvosi, szakdolgozói és technikusai vonatkozásban egyaránt). Az elaprózott kórházi struktúra nem teszi lehetővé az ennek megfelelő korszerűsítést, ezért felülvizsgálatra szorul mind szakmailag, mind a költséghatékonyság szempontjából.

A születésszám csökkenése különösen indokolttá teszi, hogy minden megszületendő és megszületett gyermek megkapja mindazt a szakmai segítséget, amellyel a lehetőségekhez képest a legteljesebb életkilátáshoz juthat. Ez a tudomány és a technológia haladásával már életben tartható igen kis súlyú újszülöttek ellátására is vonatkozik, ami azonban esetenként a mentálhigiénés és gyermek-rehabilitációs szükségletek és igények fokozódásával jár.

Profiltisztításra és szerkezetváltásra van tehát szükség. A német modellhez közelebb álló magyar gyermek-egészségügyi rendszernek a jelenlegi három helyett két *alappilléren* kell nyugodnia:

- a fejlett technológiát, a magasan specializált tudást koncentráló fekvőbeteg-ellátáson, és a hozzájuk tartozó szakambulanciákon,
- valamint a jól képzett házi gyermekorvosokon, a kiterjesztett kompetenciájú gyermekorvosi praxisokon, melyet jól kiegészít a főállású iskolaifjúsági orvosi rendszer. A felesleges kórházi kapacitások átalakítása mellett tehát a hangsúlynak a kibővített kompetenciájú alapellátás, a fekvőbeteg ellátáshoz kapcsolt járóbeteg-szakellátás és a megelőzés felé kell tolnia.

De bármifajta változásnak csak akkor van értelme, ha a gyermekek érdekében történik. Ez tehát egy, a gyermekek érdekét szolgáló átalakítás, amelynek célja olyan gyermekegészségügyi ellátórendszer kialakítása hazánkban,

- amelynek középpontjában valóban a gyermekek állnak, és ezért minden tekintetben figyelembe veszi az adott életkorok sajátosságait;
- amely képes válaszolni a megváltozott és a jövőben is változó szükségletekre és igényekre, valamint kellően rugalmas a tudomány és technológia megújuló lehetőségeinek alkalmazására;
- amely hatásos és hatékony beavatkozásokkal, időben képes kezelni az egészséget veszélyeztető tényezőket;
- és amely a jobb minőségű és hatékonyabb egészségügyi szolgáltatások révén nem csupán az ellátott gyermekek és hozzátartozóik, hanem az ellátásban résztvevők életminőségét is javítja.

A NEMZETI CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM SZEREPE

Míg az állam szerepe a gazdasági élet formálásában csökkenően van, feladata, felelőssége nő az élet minősége és az egészség védelmében.

A jelenlegi kormány ennek a felelősségnek a tudatában gyorsította fel és tette életszerűvé a *Nemzeti Népegészségügyi Programot*, dolgozta ki a *100 lépés programját* és ezen belül az egészségügyben megtenni szándékozott 21 lépést. Megkezdődött a *Sikeres Magyarországért Program (II. Nemzeti Fejlesztési Terv)* részletes kimunkálása, melynek során terveink szerint 2007-2013. között mintegy ezer-milliárd forint többlet jut a hazai egészségügyi rendszer - benne a gyermekegészségügyi ellátórendszer - megújítására is.

A Program céljaiban és választott eszközeiben illeszkedik a többi már futó, illetve most készülő kormányzati és ágazati programhoz, illetve tervhez. Az eddig említetteken túlmenően ilyenek a *Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram (NEKAP)*, *Nemzeti Népegészségügyi Program (NNP)*, *Nemzeti Fejlesztéspolitikai Konceptió, Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptió (EFK)*, és a készülő *Nemzeti Rákellenes Program*, valamint *Egészségügyi Humánerőforrás Stratégia*. E programok nem csupán illeszkednek, hanem kiegészítik és nem ritkán át is fedik egymást: vagyis egy program részeleme egyben egy másik program része is, illetve eredményei szükségesek egy másik program valamely részprogramjának eredményes végrehajtásához. Ezáltal egy komplex cselekvési hálóról beszélhetünk, melyek együttesen vezetnek el a kitűzött célok eléréséhez, ez esetben a gyermekek egészségének és fejlődésének elősegítéséhez.

Vagyis a Program a gyermekeket érintő intézkedések rendszerének egyik ágazati pillére lesz, mint a cselekvési hálóterv egészének része. Az eddigiekben és magában a Programban vázolt problémák és feladatok összetettségére tekintettel kormányzati szintű koordináció mellett kell az egyes tárcák és ágazatok „gyermekstratégiáját” kialakítani és végrehajtani, a civil szféra és az NGO szervezetek széleskörű, partneri bevonásával.

HELYZETELEMZÉS

Magyarországon az elmúlt esztendőben olyan meghatározó gazdasági és társadalmi változások zajlottak le, amelyek jelentősen érintették a gyermek és ifjúsági korosztályt. A fiatalok szociológiai helyzete és különleges problémái az ezredfordulóra központi kérdéssé váltak nem csupán az európai közgondolkodásban, hanem hazánkban is. A gyermekek és az ifjúság segítése horizontális társadalmi és kormányzati feladat, ezért minden ágazat tevékenysége érinti a korosztályt, a gyermek- és ifjúsági programok több ponton is érintkeznek egymással. A kormány többek között a gyermektámogatás, az otthonteremtési támogatás, az oktatás, a foglalkoztatás, valamint a munkahelyteremtés terén tűz ki célokat és fogalmaz meg feladatokat az említett korosztály helyzetének javítása érdekében.

I. DEMOGRÁFIAI ADATOK

A rendszerváltozásból következő gyors társadalmi-gazdasági változások talán legszembetűnőbb demográfiai következménye az élveszületések számának radikális, az 1991. év utáni 8 év alatt mintegy 26%-os csökkenése. A születések száma azóta nem emelkedett, annak ellenére sem, hogy az 1972-77. között született nagyobb létszámú korosztály már régen a reprodukzív korba lépett.

A korösszetételt tekintve a korfa - az európai tendenciákkal megegyezően - tovább torzult: míg 1990-ben a férfi népesség 22, a női népesség 19%-át tették ki a 0-14 évesek, 2003-ban már csak 17, illetve 15%-át.

Miközben a születésszám összességében visszaesett, jelentősen nőtt a házasságon kívül született gyermekek száma. Jelenleg csaknem minden harmadik gyermek házasságon kívül jön világra és minél fiatalabb az anya, annál nagyobb ennek az esélye. 1990 óta 85%-kal emelkedett a nem házasságban történő születek száma és arányuk az összes szülésen belül több mint kétszeresére nőtt.

A néhány kiragadott statisztikai adat a családok jelentőségére, a társadalomban betöltött szerepének megerősítésére hívja fel a figyelmet.

A 0-18 évesek aránya ugyan az egész hazai népességnek csupán 1/5-e, azonban ennek a korosztálynak az egészségi állapota és egészségi állapotát befolyásoló életmódja különösen nagy jelentőségű, mivel a felnőtt népesség egészségi állapota (fizikai és lelki teherbíró képessége) nagyrészt ebben az életkorban alapozódik meg.

Magyarországon az élveszületések számának folyamatos csökkenése miatt a gyermekek létszáma mintegy félmillióval kevesebb, mint volt még 10 évvel ezelőtt is (1. ábra - ld. melléklet). A csökkenés a gyermekek minden korcsoportját érinti, és a népesség belüli arányuk is alacsonyabb a korábnál (1. sz. táblázat - ld. melléklet). A demográfiai előrejelzések szerint a jövőben a gyermekek számának stagnálása várható.

Az újszülöttek életkilátásai, a koraszülések alakulása

Az újszülöttek több mint 90%-a 2500 gramm feletti súllyal születik, és döntő többségük fejlődése később is problémamentes. Az elmúlt években 8-9% között volt azoknak az aránya, akik korán (a 37. terhességi hét előtt, 2500 gr alatt), vagy ezen belül nagyon kis súllyal (1000 gr alatt), esetleg méhen belüli sorvadás következményeképpen születtek (2. ábra).

A 2500 gramm alatti születési súlyú koraszülöttek aránya 1985. és 1990. között folyamatosan csökkent, de még mindig 8% feletti. Az észak-európai országokban ennek mintegy fele a koraszülöttek aránya (4-5%), és a magyar érték magasabb nemcsak az Európai Unió, hanem a közép-kelet-európai országok átlagánál is (3. ábra).

Nem csökken az 1500 gr és 1000 gr alatti, nagyon éretlen újszülöttek aránya (4. ábra).

A koraszülötteknek, az intrauterin sorvadottnak és azoknak, akik a perinatális korban oxigénhiányt szenvedtek a testi, a mozgási és az értelmi fejlődése lassúbb és akadályozott lehet és érzékszervi funkcióik is sérülhetnek. Elsősorban közülük kerülnek ki a szellemi-, mozgás-, látás-, hallás-, illetve a halmozottan károsodottak és esetükben gyakrabban találkozunk valamilyen fejlődési rendellenességgel is. A csecsemőhalottak 2/3-a is koraszülött.

Az utóbbi évek kutatásai bebizonyították, hogy az alacsony születési súly és egyes, a felnőttkori, népegészségügyi szempontból fontos krónikus betegségek (szív-érrendszeri betegségek, cukorbetegség) között is összefüggés mutatható ki.

A koraszülés azonban csak részben vezethető vissza egészségi okokra, nagyobb szerepe van az anya alacsony iskolázottságának, rossz életkörülményeinek, egészségtelen életmódjának (táplálkozás, dohányzás, kedvezőtlen személyi/szexuális higiéné), és a megelőző művi vetéléseknek (5. és 6. ábra).

A koraszülés megelőzése ennek megfelelően csak összehangolt társadalmi-egészségügyi intézkedésekkel lehetséges, melynek része a szexuális nevelés (a korszerű fogamzásgátlás, a higiénia, a felelős párkapcsolat jelentősége stb.), a terhesség alatti fertőzések kimutatása, szűrése és a művi abortuszok számának jelentős csökkentése.

A koraszülések arányának csökkentése tehát mind a gyermeklakosság, mind az egész népesség egészségi állapotának, életminőségének egyik jelentős tényezője.

II. MORTALITÁSI ADATOK

1. CSECSEMŐHALÁLOZÁS

Csecsemőhalalozásunk a koraszülések nem kellő csökkenése ellenére is folyamatosan javul (2. ábra). Az Európai Unió országaiban hasonló ütemű javulás volt tapasztalható, ezért a magyar érték - elsősorban a magas koraszülött halálozás miatt - most is mintegy kétszerese az uniós átlagnak (7. ábra és 2. táblázat). Ugyanakkor az idei évben eddig jelentős javulás mutatkozott. Hajdú-Bihar és Vas megye az uniós átlagot éri el a csecsemőhalandóságban, míg B.-A.-Z., Somogy megye még mindig a '90-es évek magyar átlagának felel meg.

Összefüggés van az anya életkora és a csecsemőhalalozás között (8. ábra).

Több éves átlagokat figyelembevéve megállapíthatjuk, hogy a csecsemőhalalozás területi eltéréseket mutat a kevésbé fejlett és szegényebb észak-magyarországi, dél-dunántúli és a dél-alföldi megyékben tendenciaszerűen magasabb az országos átlagnál (9. ábra).

Ez érthető, hiszen a csecsemőhalalozás az országnak nemcsak az egyik legjelentősebb egészségügyi, de társadalmi-gazdasági és kulturális fejlettségi mutatója is.

2. GYERMEKHALÁLOZÁS

Az 5 éves életkor alatti halálozás - a csecsemőhalalozást is magában foglaló - nemzetközileg használt indikátor.

Magyarország eredményei jobbak a közép-kelet-európai régió átlagánál, folyamatosan és dinamikusan javulnak. Ugyanakkor a csökkenés üteme lassult, és az Európai Unió országaihoz képest hazánkban még mindig kétszer annyi gyermek hal meg 5 éves életkora betöltése előtt. Ezt elsősorban a még mindig magas csecsemőhalalozás magyarázza.

Az 1-4 éves életkor közöttiek halálózása alacsony, 10.000 megfelelő életkorú gyermekre számítva 3 fő, azaz 0,31‰ volt a 2003. évben. Ez az érték a negyedszázaddal ezelőtti értéknek egytizede, amely az orvostudomány általános fejlődése mellett a hazai jól szervezett gyermekegészségügyi ellátásnak tudható be.

3. A HALÁLOZÁS OKI MEGOSZLÁSA

A gyermekkoron belül jelentősen eltér a különböző korcsoportok haláloki struktúrája. A legtöbb csecsemőkori haláleset a perinatális korban keletkező bizonyos állapotok (elsősorban a koraszülöttségéből adódó betegségek) következtében fordul elő, ezt követik a genetikai betegségek és veleszületett rendellenességek miatt bekövetkezett halálesetek. Már ebben az életkorban is jelen vannak azonban az erőszakos halálesetek (csecsemőbántalmazás, gyilkosságok) (10. ábra).

1-4 éves korban már a külső halálokok (bántalmazás, balesetek) állnak az első, a veleszületett betegségek a második és a rosszindulatú daganatok a harmadik helyen. 5-19 éves kor között is a külső halálokok állnak az első helyen, még nagyobb súllyal (balesetek, öngyilkosságok és testi sértések) (11. ábra).

Szomorú statisztika, hogy már az 1-4 évesek halálzásának is 28%-át teszik ki a balesetek és a gyermekek ellen elkövetett erőszakos cselekmények, **a 10-19 évesek halálzásának pedig 51%-át teszik ki a balesetek**, 19%-át az öngyilkosságok. A lányok között az utóbbi években a balesetekből eredő halálzás csökkent, a fiúk között azonban - elsősorban a motoros járműbalesetek magas száma miatt-, nem. A sürgősségi ellátást igénylő gyermekbalesetek leggyakrabban otthon (háztartási baleset), másodsorban a közutakon történnek.

Az öngyilkosságból eredő gyermek- és serdülőkori halálzás az utóbbi néhány évben nem emelkedett, de nemzetközi összehasonlításban még mindig magas. A befejezett öngyilkosságok azonban csak a jéghegy csúcsát jelentik, becslések szerint ennél 10-szer többen kísérelnek meg öngyilkosságot.

Az erőszakos cselekmények okozta halálesetek, összehangolt társadalmi és egyéni megelőző intézkedésekkel csökkenthetők. A gyermekbalesetek, az öngyilkosságok és a gyermekbántalmazás megelőzésében azonban még a kezdeteknél tartunk.

A halálzásban második helyen a rosszindulatú daganatos megbetegedések szerepelnek. Feltétlenül említést érdemel, hogy a daganatos gyermekbetegségek túlélési aránya ma már - köszönhetően a jól szervezett és magas színvonalú gyermekonkológiai ellátásnak - átlagosan 70%, ez az arány azonban a betegség típusától függ.

III. A 0-18 ÉVESEK MORBIDITÁSÁNAK JELLEMZŐI

Az iparilag fejlett országokhoz hasonlóan a gyermekek morbiditási struktúrája hazánkban is átalakult.

1. A FERTŐZŐ GYERMEKBETEGSÉGEK ALAKULÁSÁNAK NÉHÁNY JELLEMZŐJE

Örvendetes tény, hogy az elmúlt évtizedek döntő, kedvező változást hoztak a fertőző gyermekbetegségek terén, elsősorban a hatékony és nemzetközi összehasonlításban is példamutató módon végrehajtott védőoltási programnak köszönhetően, másodsorban az antimikrobás kezelés eszköztárának bővülése révén.

2003-ban nem jelentettek kanyarót, veleszületett rózsahimlőt, nem hurcoltak be diftériát, gyermekbénulást sem. Csökkent a vérhas, a vörheny esetek száma. Figyelemreméltó tény ugyanakkor a szamaráköhögés esetek emelkedő száma (európai tendencia, nem csupán magyar jelenség) és a kullancs okozta agyhártyagyulladás, továbbá a gennyes agyhártyagyulladás számának növekedése, azonban e megbetegedések járványügyi helyzete a megbetegedések számának emelkedése ellenére sem minősíthető kedvezőtlennek. Továbbra is igen alacsony a HIV/AIDS miatt gondozott gyermekek száma.

Kedvezőtlen tény, hogy az enterális fertőzések közül első helyen álló salmonellosisok korszpecifikus morbiditását jelenleg is az 1-2 évesek, illetve a csecsemők vezetik. Ugyancsak figyelemre méltó a második leggyakrabban jelentett enterális fertőzésben, a campylobacteriosisban a gyermekek részaránya, a megbetegedések 45,5%-a a hat éven aluliak közül került ki, a morbiditás maximuma a csecsemőkorra esett.

A 2004. évben 30%-al több varicella fordult elő.

2. A VÉDŐOLTÁSI RENDSZER

A magyar védőoltási rendszer keretén belül térítésmentesen 10 fertőző betegség (tuberculosis, Haemophilus influenzae b, diftéria, pertussis, tetanus, polio, morbilli, rubeola, mumpsz, Hepatitis B) ellen kap védőoltást minden gyermek. A védőoltások kötelezőek, mentességet orvosi indikáció alapján lehet kapni, melynek elbírálását a Védőoltási Szaktanácsadó hálózat végzi.

Bevezetés előtt áll az új védőoltási rendszer. A többkomponensű (polivalens) oltóanyagokkal végzett immunizálás előnye, hogy egy oltással, illetve szűrással egyszerre több betegség ellen nyújtanak védeltséget.

A bevezetésre kerülő változások révén várhatóan tovább erősödik az életkorhoz kötött kötelező oltások lakossági elfogadottsága, egyszerűbb, könnyebb lesz az oltó orvos munkája és a gyermekek kevesebbszer kapnak oltást.

Az Európai Unió többi országához hasonlóan Magyarországon is elérhető számos más fertőzés megelőzését szolgáló vakcina is, melyek gyógyszerári forgalomban, vénykötelesen kaphatók.

Feltétlenül indokolt az egyes - bizonyos fertőzések szempontjából fokozott kockázati csoportba sorolható - betegségcsoportokban (krónikus májbetegség, anyagcserebeteg gyermekek) a nem kötelező vakcinációk térítésmentes biztosítása.

3. A NEMFERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Feltétlenül meg kell említeni, hogy a magyar gyermekekre vonatkozóan kevés megbízható morbiditási adattal rendelkezünk. Az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) keretén belül gyűjtött adatokkal komoly validitási problémák vannak. Ezért az ellátási igények és az ellátás hatékonyságának megbecsülésére inkább az egyes szakértői csoportok kutatási adatait használjuk fel, amelyek közül több nemzetközi összehasonlítást is lehetővé tesz, de nem képezik az OSAP részét.

Jellemző ez a fogyatékossgal kapcsolatos adatszolgáltatásra is, pedig a gyermekek rehabilitációs, speciális fejlesztési igényeinek valós megítéléséhez, és az ellátási struktúra átalakításához pontos adatokra lenne szükség.

A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásának (VRONY) feladata feldolgozni a bejelentett rendellenességeket és a rendellenességek külső okainak felderítése is feladata. Az adatszolgáltatás fegyelme azonban nem kielégítő.

A következőkben olyan egészség-indikátorok felsorolására kerül sor, amelyeket megalapozó adataink alapján megbízhatónak tekinthetünk.

a.) Az 1-es típusú cukorbetegség

Az utóbbi 25 évben gyakorlatilag megháromszorozódott (2001. évben 11 új eset 100.000 0-14 éves gyermekre számítva) a betegség incidenciája (új esetek előfordulási gyakorisága évente (12. ábra). A gyakoribb megjelenés oka pontosan nem ismert, valószínűleg ebben is a környezeti károsító tényezők megszorodása játszik szerepet. Ezzel összefüggésben további vizsgálatot igényel az anyatejes táplálás visszaszorulása miatt a tehéntejalapú tápszereknek már az újszülött osztályokon történő túl korai bevezetése.

b.) A 2-es, felnőtt típusú cukorbetegség és glukóz intolerancia

A 90-es évek előtt gyermekkorban ritkaságszámba ment, ma a fejlett világban számos közlemény (nálunk tapasztalat) támasztja alá szaporodását. A betegségszám párhuzamosan emelkedik az elhízás gyakoriságával.

c.) A túlsúly és az elhízás

A fejlett világban (így hazánkban is) a gyermekek mind nagyobb arányát érinti, prevalenciáját (összes esetszám) életkortól és nemtől függően 5-15% közé becsülik. Bizonyított, hogy a kövér serdülőkből nagy valószínűséggel lesz kövér felnőtt, az elhízásnak minden súlyos egészségügyi (és egyéni szociális) következményével együtt. Így a gyermekkori kövérség is joggal sorolható a népegészségügyi problémák közé.

d.) Alultápláltság

Iskolaorvosi jelentések alapján az elhízás mellett ismét jelentős arányúnak találták a mennyiségileg és minőségileg alultáplált gyermekek arányát is. A családok szűkös anyagi helyzete, tudatlansága vagy gondatlansága egyaránt vezethet a gyermekek minőségi alultápláltság miatti elhízásához (ilyenkor mennyiségileg ugyan bőséges, de minőségileg nem megfelelő a táplálkozás) és vezethet mennyiségi-minőségi (vitaminokban, nyomelemekben és fehérjékben szegény) alultápláltsághoz.

e.) Rosszindulatú daganatos betegségek

Előfordulásuk a fejlett országokban, így hazánkban is növekvő tendenciát mutat. Ez az emelkedés a leukémiákra (incidencia növekedés 1,2%/év), a központi idegrendszeri daganatokra (incidencia növekedés 4,2% /év) és a szolid tumorokra egyaránt jellemző (13., 14. ábra).

f.) Allergiás betegségek

A gyermekkori asthma bronchiale incidenciája és prevalenciája az iparilag fejlett országokban jelentősen emelkedik. Hazánkban előfordulását a gyermekek körében 4-6%-ra becsülik, és emelkedő tendencia tapasztalható, bár az egységes definíció hiánya miatt nincsenek pontos adatok.

A szakemberek egybehangzó véleménye szerint ugyancsak emelkedni látszik a többi allergiás patomechanizmusú betegség gyakorisága is, úgymint a táplálékallergiák, a szénanátha vagy az ekcéma. A táplálékallergia leggyakrabban kisdedkorban fordul elő. Prevalenciáját a 3 év alattiak körében 2,5%-ra teszik. A szénanátha jellemzően serdülő és fiatal felnőttkorban kezdődik. Magyarországon a 14-18 éves korcsoportban 15-20%-ban fordul elő, de egyre gyakoribb a korábbi kezdet.

g.) Mozgásszervi betegségek gyermekkorban

Jelentős arányú és az életkorral nő a rossz testtartású (tartási kyphosis, scoliosis, lordózis, közismert nevén „hanyagtartás”) és lábstatikai problémákkal rendelkező gyermekek aránya, mely elváltozások korrekció nélkül a későbbi életkorban a mozgásszervek degeneratív folyamataihoz vezethetnek. Az iskola-egészségügyi vizsgálatokról szóló adatszolgáltatás is ezt a tendenciát bizonyítja.

Az iskolás gyermekek fizikai teherbíró képességét (kardiorespiratórikus terhelhetőség, izomerő) mérő fitsségi vizsgálatok is kedvezőtlen (az életkorral egyre kedvezőtlenebb) képet mutatnak (15. ábra).

A kövérség, a testtartás problémák és a fizikai teherbíró képesség csökkenésének oka az általánossá vált mozgásszegény életmód és bizonyos környezeti tényezők (a hosszú, üléssel töltött iskolanapok, a kevés mozgás, a képernyő előtt töltött túl hosszú idő, a nem megfelelő ülőbútorok, újabban a számítógépek nem ergonomiás használata és a rendszertelen, egészségtelen táplálkozás). Az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása”- kutatás eredményei is igazolják ezt a nemzetközi összehasonlításban is kedvezőtlen tendenciát.

h.) Mentális problémák, pszichiátriai betegségek

Az értelmi fogyatékoság jelentékeny részét a magzati életben és/vagy születéskor keletkezett agyi kórfolyamatok idézik elő.

A pszichiátriai betegségek, ezen belül a depresszió előfordulása Európában általában emelkedő tendenciát mutat. A hazai szakemberek véleménye és vizsgálatai szerint ez alól hazánk sem kivétel. A serdülőkori hangulati zavarok, enyhe depresszió előfordulásának arányát Európában 17-22% körülire teszik, ebből 1-2% a súlyos depresszió. Hazai pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatok szerint is a gyermekek 1/5-ének van valamilyen érzelmi és viselkedési problémája vagy gyakori pszichoszomatikus panasza (leggyakrabban fejfájás, has- és gyomorfájás), közel 1/5-ük gyakran fáradt és szorong, 18-28% volt jellemezhető agresszív, és 16% deviáns magatartással.

Egyre fokozódó problémát jelent a telekommunikáció negatív hatása, amely nem csak a mozgásszegény életmód kialakulásához, hanem mentális, pszichoszomatikus elváltozásokhoz is vezet (pl. értékrend-torzulás, agresszivitás, szorongás, korai hallás- és látáskárosodás, stb.).

Nemzetközi kutatások igazolják, hogy a regulációs zavarok (excesszív sírás, alvás- és táplálási, valamint gyarapodási zavarok, krónikus nyugtalanság, 3 éves korig a dac, testvérféltékenység, elválási félelmek) 5-10%-ban fordulnak elő a csecsemő- és kisdedkorban. Ezek időben történő felismerése és definitív ellátása az esetek többségében megelőzi a későbbi beilleszkedési és magatartászavarokat, valamint egyes pszichoszomatikus betegségeket.

i.) Serdülők életmódjában rejlő kockázati tényezők (rizikómagatartások)

Következményeit tekintve ide sorolható a dohányzás, a rendszeres vagy időnként na-gyobb mennyiségű alkoholfogyasztás, a drogokkal való visszaélés és a túl korai életkorban elkezdett szexuális élet, különösen, ha ez a védekezés elmulasztásával párosul.

i.1.) Dohányzás, alkoholfogyasztás

Az elmúlt másfél évtized alatt nem emelkedett, de nem is csökkent a dohányzó serdülő fiúk aránya, a dohányzó serdülő lányok aránya viszont határozott növekedést mutat. Prognosztikailag kedvezőtlen tény, hogy a fiatalok általában egyre fiatalabb

életkorban (jelentős arányban már a 10. életévet megelőzően) gyűjtanak rá. A fiatalokat azonban nemcsak saját dohányzásuk, hanem környezetük (elsősorban családtagjaik) dohányzása is veszélyezteti. Megdöbbentő adat, hogy még a nem dohányzó gyermekeknek is 3/4-e, a dohányzóknak pedig 9/10-e kénytelen elviselni az otthoni dohányfüstöt. A serdülők alkoholfogyasztását az elmúlt 15 évben hasonlóan kedvezőtlen tendencia jellemzi, a hétvégi bulizós, gyakran részegséggel végződő nagyivás.

i.2.) Illegális szerek (drogok) fogyasztása

Magyarországon a kilencvenes évek második felében az évtized elejéhez képest közel kétszeresére növekedett a tiltott szerek és/vagy az inhalánsok együttes „életprevalencia-értéke” (valamikor életében használt-e drogot), mely növekedés határozott, bár eltérő intenzitású volt. Ez a növekedés elsősorban a marihuána fogyasztásának növekedéséből adódik. További fontos adat az elmúlt évekre vonatkozóan, hogy több mint egynegyedével növekedett a visszaélésszerű gyógyszerhasználat életprevalencia-értéke, valamint a visszaélésszerű gyógyszerhasználók körében jelentősen emelkedett a tiltott szerek és/vagy inhalánsok használatának aránya.

A szipuzást leszámítva nagyon kevés fiatal fogyasztott legális vagy tiltott drogot 13 éves életkora előtt, a drogfogyasztók 40-60%-a 16 éves kora körül vagy utána találkozott először a droggal.

A 16 év alatti drogbetegtek ellátása komoly hiányokkal küzd, mivel a rehabilitációs osztályok, intézetek hiányában csak nehezen biztosítható a leszokni kívánók megfelelő ellátása. Az egészségügyben a gyermekgyógyászati osztályok csak nehezen vállalják fel az akut detoxikációt, különösen nyugtalan betegek esetében. Rehabilitációs osztályok, intézetek hiányában még a leszokni vágyók sem igazán kerülhetnek ellátásra, mert a gyermek és ifjúságpszichiátriai osztályok nem alkalmasak kezelésükre. Az érintett betegek száma még nem képez nagy tömeget, de hosszabb távon országosan egy gyermek rehabilitációs intézetet célszerű lenne létrehozni. Az elterelésben részt vevő kábítószerfüggő gyermekek részére az egészségügyi intézmények biztosítottak, a kezelési helyek folyamatosan aktualizálásra kerülnek. A Kábítószer Ellenés Fórum munkájában az egészségügyi tárca képviselője is részt vesz.

i.3.) Szexuális aktivitás

A korai életkorban testileg-lelkileg felkészületlenül és gyakran felelőtlenül, védekezést nélkülözve elkezdett szexuális élet számos kedvezőtlen egészségügyi és egzisztenciális következménnyel jár. A 15 éves fiúk 1/3-a, a lányok 1/5-e, a 17 éves fiúk és lányok fele szexuálisan aktív. A fiúk és lányok közel 1/3-a 14 évesnél fiatalabb volt, 1/3-a 15 éves volt az első kapcsolat létesítésekor. Kedvező változás viszont, hogy a valamilyen eszközzel, elsősorban kondommal védekezők aránya az elmúlt években jelentős emelkedést mutat (2002-ben a szexuálisan aktívak 85%-a). Kedvezőtlen viszont, hogy a válaszolók több, mint 1/5-e a szexuális aktus előtt alkoholt, 2%-a alkoholt és drogot együtt fogyasztott, és 1/5-e élt a megszakitott közönség nem biztonságos módszerével.

Az egészségmagatartásra vonatkozó hazai trendek a megelőző, egészségnevelő/fejlesztő módszerek nem kielégítő hatékonyságát jelzik. Vannak ugyan jó egészségfejlesztő programok, a nem megfelelő hatékonyság oka feltehetően az, hogy ezek sporadikusak, és nem fogják át az egész ifjúságot, illetve nem jutnak el a leginkább veszélyeztetett csoportokhoz.

IV. A 0-18 ÉVESEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA

1. AZ ÚJSZÜLÖTTELLÁTÁS JELENLEGI HELYZETE

Magyarországon a szülések döntő többsége a kórházak szülészeti osztályain történik, elenyésző az intézeten kívüli szülések száma.

A Szülészeti Rendtartás a szüléseknél két szakember (szülész orvos és szülésznő) jelenlétét és közreműködését írja kötelezően elő. A szakmai ajánlásoknak megfelelően legalább a fokozott kockázatú szülések (koraszülés, császármetszéses szülés, fenyegető vagy igazolt intrauterin anoxia stb.) esetén gyermekgyógyász (neonatólógus) vagy legalább újszülöttkori újraélesztésben jártas személy jelenléte lenne kívánatos, de ez is csak az intézetek egy részében biztosítható.

A Gyermeosztállyal vagy Neonatalis Intenzív Centrummal (NIC) rendelkező intézetek egy részében valamennyi szülésnél jelen van gyermekorvos (esetleg neonatólógus) is. Ez jelentősen növeli az újszülött ellátásának biztonságát, hiszen egyes felmérések szerint az első életpercek - többnyire az oxigénellátás problémáit jelentő - patológiás történéseinek 20-30%-a nem prognosztizálható.

A 2004. évi Statisztikai Évkönyv adatai szerint Magyarországon 90 kórházban folyik szülészeti tevékenység, ebből 24 kórházban (26,6%) nincs csecsemő- és gyermekosztály.

Az újszülötteket az esetek döntő többségében 24 órán belül látja gyermekorvos. A gyermekosztállyal nem rendelkező kis intézetekben ennek a biztosítása is problematikus a hétvégéken és az ünnepnapokon.

A kórházi védőnők korábban jól működő hálózatának eróziója figyelhető meg, mióta a kötelező szakdolgozói létszám-normatívából kikerültek. Ez bizonytalanná teszi a területi védőnők értesítését a koraszülöttek és patológiás újszülöttek hazaadásáról.

Az újszülöttek - kontraindikációt kivéve - szülészeti intézményben kapják meg a BCG oltást, és hazaadás előtt megtörténnek az újszülöttkori anyagcserezűrések is. Jelenleg ez 4 veleszületett anyagcserezavarra - Phenylketonuria, Galactosaemia, Biotinidáz-hiány, Hypothyreosis - terjed ki, ezek bővítése szakmailag indokolt.

Az érzékszervi (látás és hallás) szűrések esetlegesek, és az alkalmazott módszerek nem egységesek (pl. objektív/szubjektív hallásszűrés).

A magyar gyermekégeszségügy egyik legsúlyosabb problémája a még mindig magas koraszülött-arány.

A koraszülött ellátás lehetőségei az utóbbi évtizedekben forradalmi változáson mentek keresztül. Eredményei nemcsak a mortalitás csökkenésében, hanem az életkilátások folyamatos javulásában is megmutatkoznak. A NIC-ek létrehozása jelentősen

javitott a hazai csecsemőhalandósági helyzeten. Az ellátási lehetőségek folyamatosan fejlődnek és ezért a korszerű ellátás erőforrásigénye növekedik. A koraszülött ellátó rendszer struktúrájának optimális kialakítása nem valósítható meg az ellátást végző centrumok tevékenységének szakmai összehangolása, folyamatos értékelése nélkül.

A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium kezdeményezésére 2002-ben elektronikus adatszolgáltatáson alapuló adatgyűjtés jött létre, mely az ország 22 NIC-ében ápolott minden koraszülöttre és újszülöttre kiterjed (évi 5000-6000 fő). A rendszer működtetését 2004-ig a Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinikája végezte, 2005-től pedig az Országos Gyermekegészségügyi Intézet vette át a feladatot.

Az adatbázis információt nyújt a NIC-ben kezelt koraszülöttek és újszülöttek demográfiai jellemzőiről, a várandósság eseményeiről, a szülés és szülőszobai ellátás időszakáról, valamint a NIC-ben töltött ápolási időszak eseményeiről (rizikótényezők, ellátás-beavatkozások, szövödmények, kimeneti állapotok).

Az adatbázis alkalmas az intenzív ellátást igénylő újszülöttek demográfiai és klinikai adatainak tudományos szintű feldolgozására, ami alapjául szolgálhat az ellátás szakmai színvonalának javításához, az oktatási szükségletek meghatározásához, az ellátórendszer optimális fejlesztési irányainak kijelöléséhez, beleértve a koraszülöttek és patológiás újszülöttek utógondozásának egységes elvek alapján történő megszervezését is.

A koraszülöttek és a patológiás történetet mutató újszülöttek ellátására eleendő kórházi ágy áll rendelkezésre, részben a Neonatális Intenzív Centrumokban (NIC), részben a légzésterápiát nem végző, de enyhébb esetek ellátására megfelelően berendezkedett patológiás újszülött részlegeken. Amennyiben NIC-mal rendelkező intézményben születik a légzésterápiára vagy egyéb jelentős beavatkozásra szoruló koraszülött vagy újszülött, akkor helybeli ellátása biztosított, bár néhány intézetben a szülészet és a NIC távolsága nem elhanyagolható.

Fokozott kockázatot jelent, ha az ilyen problémát mutató újszülött nem NIC-mal rendelkező intézetben születik. Ilyen esetben az egész országra kiterjedően megszervezett újszülött-koraszülött mentőszolgálat - speciális felszereltségű mentőautóval - mint „mozgó intenzív osztályal” juttatja el a koraszülötteket a megfelelő NIC-ba. A koraszülött mentés civil kezdeményezésként alakult ki. 2002 óta eredményesen működik a Koraszülött Mentő Közalapítvány. A Közalapítvány bevételeit az egészségügyi minisztérium kiegészíti, de finanszírozási gondok így is felmerülnek.

Kétségtelenül nagyobb biztonságot jelent az „intrauterin szállítás”, mely évtizedek óta egyértelmű szakmai ajánlás, de ennek érvényesülése jelentős területi szórást mutat.

Kidolgozásra kerültek a minimumfeltételei az egészségügyi intézmények elé kihelyezett újszülött-mentő inkubátoroknak az elhagyni szándékozott újszülöttek számára, biztosítva ezzel a bennük elhelyezett újszülöttek biztonságát.

2. GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS

a.) Házi gyermekorvosi ellátás

A házi gyermekorvosi rendszer kiépítettsége a nyolcvanas évek óta nem sokat változott. Szembetűnő, hogy ahol a népesedési adatok alapján nagy szükség lenne gyermekorvos működésére, ott a hálózat hiányos, vagy egyáltalán nincs is. A hiányt a vegyes praxisok munkája, illetve a mozgó szakorvosi szolgálat mérsékeli.

A 0-14 éves gyermekek 72%-át, a 15-18 éves serdülők 50%-át az alapellátásban is gyermek-szakorvos, a fennmaradó gyermekeket vegyes praxist ellátó házi orvos gondozza.

Ma 1.570 házi gyermekorvos dolgozik, ugyanakkor az ország egyes területeinek házi gyermekorvossal való lefedettsége nagyon különböző, szükségletekhez nem alkalmazkodik. Amíg Budapest és a nagyobb városok lefedettsége teljes, addig (17. és 18. ábrákon) a gazdaságilag fejletlenebb megyékben jut 10.000 gyermekre kevesebb működő gyermekpraxis.

A házi gyermekorvosi hálózat jellemzője, hogy szakmai és szervezési szempontból köztes helyzetben van. Szakmai megfontolások a kórházi gyermekgyógyászathoz, szervezési, finanszírozási, módszertani szempontok a házi orvosi rendszerhez kötik. A szakmai feladatok ellátására két szakmai kollégiumnak, és az azokkal együttműködő két országos intézetnek van befolyása, nem kellően tisztázott hatáskörökkel.

A gyermekorvosi rezidensképzésben nincsenek keretszámok a házi gyermekorvosi utánpótlás számára, miközben a házi orvosi rezidensképzés megoldott.

A jelenleg dolgozók korfája (átlagéletkor: 55 év) igényelné a megfelelő képzési létszámot. Mivel a kezdők mintegy 10 év múlva jelennek meg a házi gyermekorvosi rendszerben, kétségessé válhat a házi gyermekorvosi rendszer fenntarthatósága.

Magyarországon túlnyomóan egy gyermekorvost és egy asszisztenst, vagy orvos-írnokot foglalkoztató praxisok működnek. Az alapellátás hatékonyságát javítaná a szakdolgozói létszám bővítése.

A rendelés a fővárosban és a városokban többnyire 4, vagy ennél több praxist magában foglaló rendelőkben, egymás mellett, időben összehangoltan folyik. A falvak többségében a gyermekorvosi praxis önállóan, külön rendelőkben működik.

A több gyermekorvost foglalkoztató s ezért helyiség szűkében lévő városi rendelőkben a kétórás váltások okozta időhiány is gátolja a minőségi ellátást. Igény szerinti 3-6 órás napi rendelések szakmailag magasabb szintű és kulturáltabb betegellátást tennének lehetővé.

b.) A vegyes praxist ellátó házi orvosok gyermekellátó tevékenysége

Az 1547 fő vegyes praxist ellátó házi orvos gyermekellátó tevékenységének minőségére vonatkozóan a korcsoportos bontású kötelező adatszolgáltatás hiányában kevés információval rendelkezünk, a gyermekgyógyász szakfelügyelet tevékenységükre nem terjedt ki. Néhány felmérés azt mutatta, hogy a vegyes praxisból

több gyermek kerül fekvőbeteg intézménybe, és több gyermek kerül elkésve felvételre. Gyógyszerfelhasználási adatok elemzése eredményeképpen azt is tudjuk, hogy a vegyes praxist ellátó házi orvosok bizonyos korszerűtlen terápiákat gyakrabban használnak.

A házi orvos szakvizsga megszerzéséhez szükséges gyermekgyógyászati stúdium rendkívül rövid, nem megfelelő tudást és gyakorlatot nyújt a gyermekellátás vonatkozásában.

A vegyes praxist ellátó házi orvosok számára konzultációs lehetőséget nyújtanak - az országban még számos helyen működő - általános gyermekgyógyászati szakrendelések, valamint a mozgó szakorvosi szolgálatok (MSZSZ).

Az MSZSZ az 1950-es években létrehozott ellátási forma, amely elsősorban a csecsemő és várandós anya gondozásában hivatott szaksegítséget nyújtani a házi orvosoknak. Ez az ellátási forma ma rendkívül heterogén, 62 olyan szolgáltató látja el az országban, akiket az OEP finanszíroz. Ezeknek egy része kórházban, más része szakrendelőben és praxisban dolgozó gyermekgyógyász. Léteznek ezen kívül olyan ellátási formák, amelyek a szolgáltató és az önkormányzat által kötött szerződések alapján, többletfinanszírozással működnek. A rendelkezésünkre álló adatok alapján nem tudjuk, hogy pontosan hány községben van ma ilyen ellátás, és ami fontosabb lenne, hány olyan vegyes praxis van, ahol ez nincs megoldva.

Az MSZSZ jelenleg általában nem konzultatív jellegű, a házi orvosok többsége nincs jelen (csupán a védőnő), és számos esetben a „konzultációt” végző orvos végzi el azokat a preventív feladatokat (életkorhoz kötött vizsgálatok, oltások), amelyekért a házi orvos felelős és amelyekért a fejkvótát kapja.

Az általános gyermekgyógyászati szakrendelések döntő többségére jelenleg még szükség van. Ezek felülvizsgálatát a helyi körülmények, a szükségletek és a forgalom figyelembevételével kell elvégezni.

c.) Ügyeleti ellátás problémái az alapellátásban

A gyermek szakellátáshoz ügyeleti időben való hozzáférés esélye területenként nagyon különböző. A következő megoldások léteznek az országban:

- Budapesten és a megyeszékhely városokban hétközi és hétvégi gyermekgyógyász ügyeletek vannak;
- A kisebb városokban hétvégi gyermekgyógyász ügyelet, vagy hét végén pár órás rendelés (pl. szombaton és vasárnap reggel 8-12/13 óráig) szervezett;
- Hétközben házi orvosok látják el az ügyeletet, néhány helyen gyermekgyógyász közreműködéssel, legtöbb helyen anélkül.

- Több kisvárosban (volt járási székhelyen pl.) a városi kórház gyermekosztálya látja el ügyeleti időben a gyermekeket. Csak néhány helyen tudunk arról, hogy a házi gyermekorvosok besegítenek a kórház által fenntartott gyermekügyeletbe.

A háziorvoslásról szóló jogszabály a házi gyermekorvos számára is kötelezővé teszi az ügyeletben való részvételt, ám a helyi viszonyok döntenek el, hogy ezt a kötelezettséget az önkormányzatok érvényesítik-e.

Általános panasz, hogy a hazai gyermekügyeleteknek nemcsak sürgősségi eseteket kell ellátniuk, hanem vagy kényelmi szempontokat szolgálnak (a szülők napközben dolgoznak, az ügyeleteken rövidebb a várakozási idő), vagy rendelést kiegészítő/pótló lehetőségek (ott, ahol a rendelési idők nem alkalmazkodnak a lakosság szükségleteihez, az egyműszakos rendelés).

Gyakori észrevétel az is, hogy területenként átláthatatlan, nem szakmai szempontok szerint szervezett az ügyelet, gyakran nincs gyermekellátásban járatos ügyeletes orvos.

d.) Iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás

Az összesen 9285 oktatási-nevelési intézmény (óvoda, általános, középfokú és speciális iskola) egészségügyi ellátását:

- 240 főfoglalkozású iskola (ifjúsági) orvos (többségük középfokú tanintézetekben dolgozik),
- 1464 házi gyermekorvos (fő tevékenységük a praxisukba bejelentkezett gyermekek megelőző és gyógyító ellátása),
- 1418 házi orvos (fő feladatuk a praxisukba bejelentkezett gyermekek és felnőttek megelőző és gyógyító ellátása),
- száz egyéb szakorvos (mellékállásban) végzi.

Az óvodák és iskolák ellátásában:

- 483 főfoglalkozású védőnő (ebből 250 fő középfokú tanintézetben, 200 pedig általános iskolában),
- 3696 körzeti védőnő (fő tevékenységük a körzetükbe tartozó csecsemők és kisgyermekek ellátása) vesz részt.

Az orvosok és védőnők által ellátott óvodás és iskolás gyermekek száma közel 1 millió 800 ezer.

A főfoglalkozású iskolavédőnők száma a védőnői ellátás már folyamatban lévő átszervezése eredményeképpen kétszeresére növekedett, míg a főfoglalkozású iskolaorvosok számában emelkedés nem várható (ezek 96%-a nő, az átlagéletkor 51 év). Az prognosztizálható, hogy az iskola-egészségügyi munka a jövőben elsősorban preventív tevékenység lesz a védőnők feladataként, annak kihangsúlyozásával, hogy orvosi feladatokat nem végezhetnek.

A szűrővizsgálatokat szabályozó egyenlő szintű jogszabályok nem fogalmazzak világosan, és a szűrővizsgálati kötelezettség helye és felelőssége többféleképpen is magyarázható.

Egy 2004-ben végzett, 100 iskolára kiterjedő vizsgálat megállapításai szerint:

- az iskola-egészségügyi ellátás szervezetenként heterogén, a terhelések szélsőségesek (1 főfoglalkozású iskolaorvoshoz minimum 362, maximum 7000 tanuló tartozik),
- a vizsgálatban szereplő vegyes praxist ellátó házi orvosok többsége a saját rendelőben vagy a tanácsadóban látja el a tanulókat, de előfordul ez a házi gyermekorvosokkal ellátott iskolákban is. Ennek oka elsősorban az iskolaorvosi rendelők hiánya (a vizsgált iskolák 53%-ában biztosított csak a rendelő és a védőnői dolgozószoba ritkaság),
- a főfoglalkozású ifjúsági orvosok terhelése helyenként magas (hetenként csak 1-3 tanítási napon jutnak el egy-egy iskolába, az egy iskolákban hetente eltöltött idő 4-40 óra között változik), a részfoglalkozásúak iskolai jelenléte rendkívül különböző (heti 0 órától 15 óráig),
- az ellátott feladatok között a szűrővizsgálatok, oltások dominálnak és az egészségnevelésben való, változó formájú részvétel (leggyakrabban 1-1 előadás, az orvosok 36%-át kéri fel előadás tartására).

Az iskolai környezet egészségére (egészséges közétkeztetés, büfék), a tanulók egészséges napirendjére (mindennapos testnevelés) alig figyelnek; a pedagógusok és szülők egészségügyi személyzet részéről kívánatos tájékoztatása az iskolák felében történik csak meg.

A részfoglalkozású orvossal és védőnővel ellátott iskolákban elsősorban (vagy csak) a védőnői jelenlét nevezhető rendszeresnek.

A pedagógusok ugyanakkor igénylik az iskola-egészségügyi ellátást, több és gyakoribb jelenlétet szeretnének, nem feltétlenül az orvosét, de egészségügyi képesítéssel és gyakorlattal rendelkező szakemberét.

Az iskolákban folyó egészségnevelési/egészségfejlesztési tevékenység rendkívül változatos: akkreditált programok, tanártovábbképzések mellett elsősorban a különböző tantárgyakba épített (elsősorban a biológiába) egészségtartalmú ismeretekről és figyelemfelhívó programokról, rendezvényekről számolnak be. Az iskolaigazgatók az egészség-nevelésben hangsúlyozták az ÁNTSZ és a védőnői hálózat szerepét és segítségét.

Az iskolák építéséről szóló új jogszabály ugyan előírja az orvosi rendelők létesítését, de a már működők jelentős százalékában nincs, vagy nem erre a feladatra használják. A szolgálat kommunikációs lehetőségei is rendkívül szegényesek, a vizsgált iskolaorvosok fele rendelkezik telefonnal, 17%-a számítógéppel.

A minimum feltételrendszer sem biztosított a rendelők egy részében.

Mint alapellátási feladatról, az iskolaegészségügy feltételeinek megteremtéséről az illetékes önkormányzatoknak kell gondoskodniuk. A leginkább erreszűrő településeken (ahol a legszegényebb és leginkább ellátatlan a lakosság) a legkevésbé biztosítottak az iskola-egészségügyi ellátás feltételei.

A szűrővizsgálatokhoz szükséges korszerű eszközök is nagyon sok helyen hiányoznak (alkalmatlan eszközök a testtömeg és magasság mérésére, régi, korszerűtlen és nem kalibrált hallásszűrő készülékek, vérnyomásméréshez a szükséges mandzsetta-sorozatok hiánya).

Az iskola-egészségügyi ellátást végzők számára rendkívül kevés, a feladataik ellátását segítő továbbképzés létezik, a főfoglalkozású orvosok közel felének van csak iskola-egészségügyi, ifjúságvédelem szakvizsgája. Sőt az eddig működő szakfelügyelők közül is elvétve volt csak szakvizsgával rendelkező (az orvosok 35%-a tartja magát erre a feladatra jól felkészültnek, 33%-ának van lehetősége iskolaorvosi szempontból hasznos ismeretek továbbképzésen való megszerzésére). Az iskolavédőnők 38%-a számol be rendszeres továbbképzési lehetőségekről.

Kevés helyen működik iskolapszichológus, pedig fontos szerepe lenne a lelki egészség ápolásában, amelyben fontos szerepe van a nevelési tanácsadók munkájának is.

Az iskolafogászati ellátás országszerte nagy területi és minőségi egyenetlenségeket mutat, pedig az iskolaorvosi jelentések szerint a szuvas és elveszített fogak száma tartósan magas.

e) Védőnői ellátás

A 90 éves hagyománnyal rendelkező hálózat a megelőzés területén az utóbbi években is számos kihívással szembesült.

Az esélyegyenlőség elve alapján valamennyi település „saját” területi védőnővel rendelkezik. Így saját környezetben, az elérhetőség biztosításával, a kialakított és megtapasztalt bizalmi kapcsolat alapján valamennyi lakos felkeresheti a területi védőnőjét. A területi védőnők a legfontosabb életrészeknél - a gyermekvárásnál, az újszülött fogadásánál, a családi élet kialakításánál, a gyermekek óvodába/iskolába menetelénél, az ifjak családi életre felkészítésénél - vannak jelen a család életében. Így sok lehetőségük adódik, hogy a biológiai sajátosságokat figyelembe véve közreműködjenek az egészségvédelemben, különösen a gyermekkorban megelőzhető betegségek elkerülésében.

A védőnők átlagéletkora 44 év.

A védőnők által gondozott családok száma 2004-ben 1.155.666, az ellátandó várandós anyák és a 0-16 évesek száma 1.806.972 volt. A gondozottak számának alakulását 1997-2004 közötti időszakban a 20. sz. ábra, a gondozottak megoszlását a 21. sz. ábra mutatja be.

A körzeti védőnők korán, már az első trimeszterben gondozásba veszik a várandós anyák 80,7%-át, annak ellenére, hogy megszűnt a kötelező bejelentés. Egy várandós anyát átlagosan 5-ször látogatnak meg otthonukban, és átlagosan 3-szor látanak védőnői tanácsadáson. Az újszülöttek 80,7%-át a hazameneteltől számítva 24 órán belül meglátogatják, és ezzel lehetőség adódik a család korai támogatásához és az újszülött adaptációjának, fejlődésének nyomon követésére. Kéthónapos korig hetente, majd egy éves korig havonta kell családlátogatást végeznie. A látogatások számának alakulását mutatja a 22. sz. ábra az 1997-2004 közötti időszakban.

Az elmúlt 8 év alatt a 4. hónapos korig (0-119. nap) tartó kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya 19%-kal, a 6 hónapos korig (0-179. nap) kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya 54%-kal emelkedett. Az elért eredményhez szemléletet, attitűdöt és megrogzult szokásokat kellett megváltoztatni.

Az iskola-védőnők az oktatási intézményekben a 6-18 évesek, valamint a 18 év feletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevők megelőző iskola-egészségügyi ellátásában vesznek részt. Az egyik legfontosabb iskola-egészségügyi feladat az előírt vizsgálatok, szűrővizsgálatok teljesítése.

A kórházi védőnők (mindössze kb. 60 fő) a kórházakban a várandós-és gyermekágyas anyák, az újszülöttek, csecsemők, gyermekek ellátásában, az egészségnevelésében vesznek részt.

2005. január 1-től új szakmai jogszabály lépett hatályba a védőnői ellátásra vonatkozóan, s ezzel összhangban 2005. június 1-től alapvetően megváltozott a védőnői szolgálatok finanszírozása is.

A szakmai változtatás célja az volt, hogy oda csoportosítsuk át az ellátási formákat, ahol az ellátási igény ténylegesen jelentkezik. A védőnők gondozottainak 60%-át az oktatási intézményekben látják el, ezért az új struktúra kialakítása is ennek megfelelően történt, így az iskolavédőnői szolgálatok száma 375-ről 842-re emelkedett. Ezzel összhangban a területi védőnői szolgálatok száma az átszervezést követően 4595-ről 4110-re csökkent (4. sz. táblázat). Az új rendszer sokkal igazságosabb elosztást tesz lehetővé és sokkal rugalmasabban képes alkalmazkodni a területen jelentkező változásokhoz is, mint a régi, mert a korábbi fix díjazást felváltotta az állandó feladat nagyságával korreláló létszámarányos díjazás.

Az egy védőnői szolgálatra eső átlagos havi díj 2005 nyarán 48,3%-al növekedett és ezzel a védőnői szolgálatok finanszírozása megnyugtató módon rendeződött.

3. GYERMEKFOGÁSZAT

A gyermekfogászat a fogorvosi diploma mellé megszerezhető szakorvosi képesítés. Kiemelkedő jelentőségét az adja, hogy az iskola-egészségügyi ellátás részeként a gyermekek évi kétszeri gyermekfogászati szűrése és ellátása történik, mely hagyományos eleme a magyar gyermekellátásnak. Sajnos minden erőfeszítés ellenére a fogászati prevenció nem

tartozik a kellően megbecsült orvosi működések körébe. E tekintetben viszonylag nagy aktivitást mutatnak azok a fogápolási termékeket gyártó cégek, amelyek a gyermekek fogmosási és szájhigiénés ismeretének fejlesztésének tűzték ki célul, és oktató- és szűrőbushozokkal viszik közel a fog- és szájąpolás gyakorlatát a gyerekekhez.

Kihirdetésre került az OEP által kiírt, 200 millió Ft-os fogászati prevenció pályázat. A pályázat gyermek és felnőtt fogorvosok részére került kiírásra. Célja a gyermek lakosság körében a szájhigiénés ismeretek bővítése, a felnőtt lakosság körében elősegíteni a fogászati szűrővizsgálatokon keresztül a szájúregi daganatok megelőzését.

A szájhigiénés program hosszú távú célja, hogy a 6-18 éves általános iskolás fiatalok körében csökkenjen a hiányzó, illetve karieszes fogak száma, valamint a kezeletlen szuvas fogak aránya.

Jelenleg 253 gyermek fogorvosi körzet és 214 iskola-fogorvosi szolgálat működik.

Az ország gyermekfogászati lefedettségében egyenetlenségek mutatkoznak a tekintetben, hogy az országban működő 143 fogszabályozási rendelés nem tudja a hozzáférést minden nagyobb településen biztosítani. A gyermekfogászat mind a prevenció, mind az ellátás tekintetében a társadalombiztosítási ellátás része, térítési díj kötelezettség csak a beépített fogművekre vonatkozóan áll fenn. Problémát jelent, hogy a 18 éves kor előtt megkezdett kezelések elhúzódása esetén 18 éves kor fölött jelentős költségek hárulhatnak az igénybevevőre.

A fogyatékkal élő gyermekek, illetőleg az arc- és szájúreget érintő fejlődési rendellenességgel született gyermek ellátásában csak néhány intézmény vesz részt az országban, így ezen speciális ellátások (altatásban történő ellátás) hozzáférése az elmúlt években keveset javult. Ennek javítása érdekében ma már speciális többletfinanszírozást biztosítunk az ellátó helyeknek.

4. JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS

Az összes gyermek járóbeteg rendelők száma országosan 955. Az összes járóbeteg rendelési idő (óra/hét) országosan 20.247 szakorvosi és 4.154 nem szakorvosi óra.

A gyermek szakorvosok számára is hozzáférhető a Kormány tavaly meghirdetett 15+25 milliárd Ft-os hitelkerete, amely a járóbeteg ellátás korszerűsítését, modernizációját, magánkézbe vételét szolgálhatja.

A gyermekellátásban számos ráépített szakvizsga alapján specializált szakrendelések működnek, így például önálló a gyermeksebészet, a gyermek kardiológia, a gyermek tüdőgyógyászat, valamint a gyermek- és ifjúság pszichiátria, stb. A legfontosabb népegészségügyi problémák kezelése szempontjából is fontos, hogy ezen szakterületek megfelelően lefedjék az országot.

A két legsúlyosabb hiányterület a gyermek-rehabilitáció és a gyermek pszichiátria.

A járó- és fekvőbeteg ellátás területén egyaránt problémát jelent, hogy a specializációt igénylő szakorvosi ellátásra a gyermekeket sokszor a felnőtt szakorvosokhoz utalják. E tekintetben az ellátás regionális harmonizációja és legalább regionális szintű gyermek szakspecialista biztosítása a cél. Tapasztalat szerint a specializált gyermekszakrendelések hatékonyan csak kórházi háttérrel működhetnek.

A gyermekegészségügyi ellátórendszeren belül a különböző szubspecialitásokra vonatkozó területi/helyi igényeket szakmai szempontok szerint, területenként kell felülvizsgálni.

5. GYERMEK FEKVŐBETEG ELLÁTÁS

A 2003. évi kórházi statisztikai adatok szerint Magyarországon jelenleg 91 kórházi-klinikai gyermekosztályon, mintegy 5000 (KSH ESE/2003: 4907 ágy) ágyon folyik fekvőbeteg-ellátás (3. sz. táblázat).

Ebben nem szerepelnek az országos intézetek gyermekek ellátását biztosító ágyszámai. A gyermekgyógyászati ágyak közül csak 3%-ot képvisel a krónikus fekvőbeteg kapacitás.

Az egyes területek ellátása nagy különbséget mutat. A 10.000 lakosra jutó gyermekgyógyászati ágyak száma országos átlagban 4,9. Szélső értékek: 9,2 (Budapest) 1,3 (Pest megye) illetve 6,42 (Somogy megye) és illetve 2,8 (Bács-Kiskun megye). Az adatok összehasonlító értékelését nehezíti, hogy az egyes területi források számadatai eltérnek a KSH hivatalos egészségügyi statisztikai adataitól.

A progresszív betegellátás vonatkozásában egyes alapszintű kórházi gyermekosztályok távolsága a nagyobb (megyei) osztályoktól 20 (Komló) és 90 (Kalocsa) km között változik. (A bajai osztály ugyan 108 km-re van a saját megyeszékhely kórházától, de 38 km-re a szomszéd megye székhelyétől.)

A hospitalizált gyermekek felvételének szakmai indokoltságát nehéz megítélni. Sok esetben szociális indikáció is szerepel a felvételi indokok között, egyes területeken különösen rossz a családok beteg gyermeket ellátó képessége. Kétségtelen ugyanakkor, hogy a meglévő finanszírozási szisztéma hospitalizációra motivál.

A finanszírozás olyan módon való átalakítása, amely szerint ugyanazon betegség ellátása ambuláns és fekvőbetegként azonos finanszírozással járna, csökkentené a hospitalizált gyermekek számát.

Az elmúlt évtizedekben minden intézményben öröndetesen csökkent az átlagos ápolási idő (16. ábra, 3. sz. táblázat). Ez jelenleg országos átlagban 5,6 nap, szélső értékek: 7,7 (Borsod-Abaúj-Zemplén megye), 6,7 (Békés megye), illetve 4,5 (Tolna megye) és 4,8 (Veszprém megye). Az adatok értékelésénél figyelembe kell venni az intézmények eltérő struktúráját (pl. van-e hosszú ápolási idejű koraszülött intenzív, vagy rehabilitációs ellátás).

Az ágykihasználás országos átlagban 72,7%, szélső értékek 90,7% (Vas megye), illetve 52,4% (Heves megye). Az ágykihasználást a gyermekgyógyászatban jelentősen befolyásolja a gyermekkori betegségek szezonalitása, és az, hogy az egyes korcsoportok szezononként más-más arányban betegszenek meg.

A gyermekosztályok ágykihasználási mutatóit az is rontja, hogy sok gyermekkorú beteget ápolnak felnőtt osztályon.

A betegforgalmi statisztikai adatok azért sem tükrözik reális képet a valós szükségletéről, mert a jelenlegi finanszírozás ösztönzi a hospitalizációt, valamint azt, hogy a „minimum napig” mindenképpen az osztályon maradjon a gyermek. Emellett külön is megjeleníthető az engedélyezett és a működő ágyak száma, mely nem mindig azonos.

Egyértelmű, hogy jelenleg a valós szükségletnél több gyermekágy működik, ugyanakkor rehabilitációs, valamint gyermek- és ifjúságpszichiátriából hiány mutatkozik.

Több kis kórház gyermekosztálya küszködik létszámgondokkal, problémás az orvosi ügyelet ellátása. A felvett gyermekek egy része számos helyen nem igényelne kórházi ellátást. A súlyosabb betegeket tovább küldik a nagyobb osztályokra vagy a klinikákra. Az ágykihasználás többnyire alacsony, vagy mesterségesen és feleslegesen növelt. Az elmúlt évek tapasztalatai azt mutatták, hogy néhány ilyen kis forgalmú osztály megszüntetése nem okozott ellátási gondot, kockázatot (Csorna, Tata, Kisbér).

A fővárosban a gyermek-fekvőbeteg ágyak száma igen magas és a nagy szakmai és költségigényű ellátási formák is széttagoltak. Mindenképpen szükséges a széttagolt ellátórendszer koncentrálása, ily módon egy-egy ellátóhely megfelelő szakember létszámmal való ellátása is biztosítható.

Az intézményeknél felszabaduló területeket többféle módon lehet hasznosítani: az ellátás komfortosságának javítására, a szülőknek gyermekük melletti jelenlétét biztosító környezet kialakítására, valamint eddig ellátatlan profilok ellátására. Ezen célokhoz való illeszkedés a címzett támogatáshoz adandó szakmai hozzájárulás feltétele.

A kómában lévő gyermekek krónikus intenzív ellátásának biztosítása érdekében OEP pályázat kiírására kerül sor, ezzel a tartós lélegeztetésre nem szoruló, de kómás állapotban lévő gyermekek tartós elhelyezését lehet biztosítani, tehermentesítve ezzel az intenzív gyermekosztályokat.

6. GYERMEK ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS

A gyermekellátásban kiemelt érzékenységgű terület a gyermek onkológiai ellátás. Magyarországon 34 évvel ezelőtt kezdődött a gyermekonkológiai ellátás megszervezése, néhány haematológiával foglalkozó orvos összefogásával. A Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. számú Gyermekklinikájának irányításával megalakult a

Magyar Gyermekleukaemia Munkacsoport, mely első lépésként a leggyakoribb gyermekkori rákfajta, a leukaemia egységes diagnosztikus és terápiás elveken alapuló korszerű ellátásának megteremtését tűzte ki célul, nyugati tapasztalatok felhasználásával. Az ország 9 gyermekegészségügyi intézetében létrehozott központ alkotta terápiás hálózat keretében gyógyítják azóta is hazánk valamennyi leukaemiás gyermekét. A kezdeti évek során, fokozatosan a többi rákfajtában megbetegedett gyermeket is ezekbe a központokba irányították és 1976-tól a központok regionális gyermekonkológiai központokká alakultak, létrejött a Magyar Gyermekonkológiai Munkacsoport, illetve Hálózat.

Ma már gyakorlatilag minden 15 év alatti rákbeteg gyermeket ezekben a specializálódott központokban látnak el, multidiszciplináris szakellátást biztosítva a rákbeteg gyermekek számára. A korhatár egyre inkább a 18 éves korra tolódik ki. A betegek követése, gondozása is a központokban történik.

A Gyermekonkológiai Munkacsoport valamennyi rákbeteg gyermek adatait évenként frissítve (alkalmazott kezelése, a gyermek sorsának alakulása) központi nyilvántartásában regisztrálja. Így a kezelési eredmények betegségfajtánként, központként és országos szinten is nyomonkövethetők és kiértékelhetők.

A központi regiszter a 15 év alatti rákbeteg gyermekek csaknem 100%-át tartalmazza, azonban a 15 és 18 év közötti gyermekbetegek csak részben kerülnek a Gyermekonkológiai Munkacsoport központjaiba.

A több mint két évtizedes nyilvántartás adatai alapján megállapítható, hogy a gyermekkori (15 éves kor alatti) rákbetegségek hazai előfordulási gyakorisága 13-15/100000, gyakorlatilag azonos pl. a Németországban észlelt incidenciával.

Ez a gyakoriság 250-300 új megbetegedést jelent Magyarországon évente, mely szám a demográfiai változásoktól függően természetesen módosulhat.

A gyermekek csontvelő átültetése két helyen történik Magyarországon, a fővárosi Szent László Kórházban és Miskolcon, a Gyermekegészségügyi Központban. Mindkét osztály az Európai Csontvelő Transzplantációs Társaság regisztrált központja. A gyermek csontvelő transzplantáció indokoltságának szakmai elbírálására és az átültetések sorrendjének eldöntésére létesült a Gyermek Csontvelő Transzplantációs Bizottság.

Valamennyi gyermekkori rákbetegség nemzetközileg elfogadott és gyakorolt kezelési módszerét biztosítani tudják a Munkacsoport központjaiban. Az egyes központokban a társszakmák (pl. csontdaganatok, ortopédia, stb.) bevonása megtörténik.

A gyermekkori rákbetegségek kezeléséhez szükséges gyógyszerek rendelkezésre állnak Magyarországon.

A gyermekkori rákbetegségek orvosi ellátását, gyógykezelését, ha kedvezőtlenebb személyi és tárgyi, valamint pénzügyi feltételek mellett is, de a nyugat-európai országok gyakorlatának megfelelően tudjuk biztosítani Magyarországon, és a hazai kezelési eredmények megközelítik, illetve elérik a gyermekonkológiai ellátás szempontjából fejlett országok eredményeit. Ugyanakkor a gyermekek sugárterápiás szakellátásában a központok fogadóképessége, kapacitása, szakszemélyzete meglehetősen alul reprezentált.

A pszichoszociális segítségnyújtás, gondozás, rehabilitáció vonatkozásában, azonban jelentős elmaradásunk van. A személyi, tárgyi és anyagi feltételek biztosításán túlmenően szemléletmód, civil öntevékenység és társadalmi összefogás tekintetében is előrelépésre lenne szükség. Pszichológusok, pedagógusok, gyógytornászok, szociális munkások segítik a központok munkáját, létszámuk azonban messze nem elegendő, nincs minden központ megfelelően ellátva az említett szakemberekkel.

Valamennyi központ rendelkezik anyaszállással vagy a szülők elhelyezésének egyéb megoldásával és így biztosítani tudják, hogy a szülők beteg gyermekük mellett maradhassanak, és részt vehessenek gyermekük gyógyításában a kórházi bentfekvés idején is. A beteg gyermekek rehabilitációját segíti a Munkacsoport Bakonyszűcsön lévő rekreációs központja is.

Állami szociális támogatásként a rákbeteg gyermek családja emelt családi pótlékra jogosult a beteg gyermeket kezelő intézet igazolása alapján, mindaddig, míg speciális orvosi ellátást és fokozott orvosi ellenőrzést igényel számára. Jogosultak a közgyógyellátási listán szereplő gyógyszerek térítésmentes igénybevételére, illetve mint minden onkológiai beteg, meghatározott gyógyszereket 90-100%-os társadalombiztosítási támogatással kaphat meg.

A Magyar Gyermekonkológiai Munkacsoport komoly erőfeszítéseket tesz, hogy az ország valamennyi rákbeteg gyermeke számára a korszerű orvosi kezeléssel túl is mind teljesebbé tegye komplex ellátásukat, rehabilitációjukat, a mind nagyobb arányban megmentett élet minőségének optimalizálása érdekében.

E fontos cél megvalósítása már túllép az egészségügy hatáskörén, ehhez társadalmi támogatottságra, összefogásra van szükség. Egyre több civil szervezet támogatja aktívan a gyermek-onkológiai diagnosztika és terápia színvonalának javítását, valamint a gyermekek és szüleik számára az emberségesebb és elviselhetőbb körülmények megteremtését.

A Nemzeti Rákellenes Program részeként folyik a program gyermekeket érintő fejezetének részletes kidolgozása.

7. GYERMEK MENTÁLHIGIÉNÉS ELLÁTÁS, GYERMEKPSZICHIÁTRIA

A gyermekek mentálhigiénés problémáinak ellátása komplex feladatot jelent, az egészségügyi, a szociális, a pedagógiai, és a gyermekvédelmi intézmények szoros együttműködését igényli. Egyöntetű vélemény, hogy a problémák nagyságrendjével a jelenlegi hálózat nem képes megbirkózni. Különösen súlyos problémát jelent az akut krízishelyzetben lévő, suicid kísérletet elkövető, drog abuzusban szenvedő, vagy a súlyos pszichotikus (köz- vagy önveszélyes) gyermekek és serdülők ellátása. Az alapellátás és a gyermek fekvőbeteg ellátás nap mint nap kerül szembe azzal a problémával, hogy az otthon, vagy gyermekosztályon nem kezelhető pszichiátriai betegek akut elhelyezésére nincs mód.

A mentálhigiénés problémák igen széles skálája, az ellátórendszer szétforgácsolt volta (gyermek ideggondozók, nevelési tanácsadók, gyermekvédelmi hálózat, bűnmegelőzéssel foglalkozó szervezetek, civil alapítványok, fekvőbeteg intézmények) és a kompetenciák gyakori tisztázatlansága miatt is a gyermekek ellátásba kerülése gyakran esetleges, és nagyon nehéz megtalálni a gyermek állapotának megfelelő ellátóhelyet.

A nemzetközi epidemiológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a 4-17 éves korú gyermekek között a pszichiátriai betegségek átlagos prevalenciája 15,8, azaz népbetegség szintjét éri el. Ez alapján 347 ezer gyermek szorulna pszichiátriai ellátásra, jelenleg ennek kb. egytizedét gondozzák.

A gyermek- és ifjúságpszichiátriai járóbeteg ellátás gerincét a **gyermek és ifjúsági ideggondozók** adják. Mind a 19 megyében egy, és a fővárosban 7 ilyen intézet van. Emellett a nagyobb városok is működtetnek gyermek-ideggondozót, így az országban összesen 36 ilyen intézet működik. A gondozók felszereltsége és szakemberrel való ellátottsága az országban igen nagy egyenlenségeket mutat. Vannak egyszemélyes gondozók, ahol csak néhány órában van gyermekpszichiátriai szakellátás, máshol multidiszciplináris team, gyógypedagógus, pszichológus, szociális munka, szociális gondozó dolgozik.

A legmagasabb gondozói óraszám Dél-Kelet Magyarországon van, 426 óra, ezt követi a Dél-Dunántúli régió, legalacsonyabb Pest megyében.

A **járóbeteg szakorvosi órák** száma Budapesten, illetve a közép-magyarországi régióban a legmagasabb, Dél-Dunántúlon az alacsony szakorvosi óraszámot a magasabb gondozói óraszám némileg kompenzálja.

Ezen rendelkezések a legkülönbözőbb szervezeti keretek között működnek.

A meglévő korai fejlesztő központok feladatköre azon 1 évnél idősebb gyermekek kezelése mozgás és/vagy fejlesztő módszerekkel, akik differenciál diagnosztikailag azonosított kóros mozgás és/vagy értelmi fejlődésre jellemző tüneteket mutatnak. A központok kapacitása nem elégséges, mivel a 0-3 éves rászorulóknak igen kis hányadát tudják ellátni.

Az emelkedő drog problematikával (inhalációs narkotikumok megjelenése) párhuzamosan létesültek régióként **gyermek és ifjúsági drogbeteg** felkutatására és kezelésére szolgáló **központok**. Ezekben a betegellátás hangsúlya az utóbbi 10 évben a 16-18 év feletti drogbetegek ellátása felé tolódott el. Teljesen megoldatlan lett viszont a 16 éves kor alatti betegek ellátása, akik száma fokozatos emelkedést mutatna, ha regisztrálva és kezelve lennének. Sem a gyermekgyógyászati, sem a gyermekpszichiátriai osztályok nem vállalják e betegcsoport ellátását, tekintettel arra, hogy speciális működési és ellátási körülményeket igényelnek, melyek ezeken az osztályokon nem valósíthatók meg.

Három helyen elindult az országban **nappali szanatóriumi** ellátási forma, mely lehetővé teszi, hogy az osztály/részleg közelében lakó gyermekek kezelése ne a családból kiszakítva történjen. Ez csak speciális betegpopuláció kezelésére alkalmas. Jelenleg 51 férőhely van ilyen jellegű ellátási formában. Ennek több mint fele Budapesten működik.

Jelenleg 6 **fekvőbeteg osztály** működik 141 aktív ágygal. Ezek eloszlása is egyenetlen, mert a Dunántúlon egyetlen aktív fekvőbeteg intézet sem működik. Ez jelentősen elmarad az európai ajánlástól, mely 1/10000 ágy/lakos, illetve a járóbeteg ellátásban 7,14/10000 szakorvosi óra /lakost jelent. Teljesen hiányoznak a gyermekpszichiátriai intenzív rehabilitációs ágyak.

A szülőknek valamennyi osztályon lehetősége van gyermekükkel az osztályra felvételt nyerni. Ez gyakran az eredményes kezelés előfeltétele is, hiszen a probléma gyökere gyakran a családon belüli kommunikációs okokban rejlik. Így a gyermek problémája megoldásához a szülőt - illetve a szülő-gyermek kommunikációt - is kezelni kell.

A gyermek és ifjúságpszichiátriai osztályok mellett két, ún. „gyermek-neuropszichiátriai részleg” is működik. Egyik Szolnokon a Gyermekgyógyászati osztály keretében 6 ágygal, másik a Pécsi Tudományegyetem Gyermekklinikáján 15 ágygal. Ezek a részlegek a neurológiai betegekkel együtt működtetik a pszichiátriai ellátást, ez a szervezési forma szakmailag vitatható.

A szakterületen **sürgősségi kórházi ellátási igény** ritkán lép fel, tíz éves kor alatt gyakorlatilag nem kell ilyen helyzettel számolnunk. A valós pszichiátriai ellátást igénylő ön- vagy közveszélyeztető állapot oka lehet váratlanul kirobbanó pszichózis, melynek hátterében induló szkizofrénia, mánia, igen ritka esetben pl. kényszerbetegség keretében csillapíthatatlan kényszerkésztetések vagy exogén okok (kémiai hatás, drog) szerepelhetnek. Akut szuicidális készletés is indokolhatja a hospitalizációt, bár ez gyakran a már megkísérelt szuicídiumot követően merül fel, ha a beteg a szuicid szándékáról nem tesz le. Míg az esetek egy része mögött pszichiátriai kórkép diagnosztizálható, sok esetben mintakövetés, szituatív

tényezők játszanak ebben szerepet, amelyre adott esetben a pszichiátriai hospitalizáció ráerősít. Jelenleg 24 órában sürgősségi eseteket az OPNI, a HBM Kenézy Gyula Kórház és a Szegedi Tudományegyetem Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályán látnak el.

Az országban 4 osztályon folyik **rehabilitáció is**, összesen 63 ágyon. Önálló rehabilitációs osztály nincs. Győrben a Gyermekgyógyászati osztály részlegeként működtetnek 12 ágyat, szakorvos nélkül. Sajnos a szakmai minősítésű, kiemelt finanszírozású, intenzív rehabilitációt nyújtó szervezeti egységek minimum feltételrendszerének meghatározásakor egyáltalán nem érvényesültek a gyermekpszichiátria speciális igényei.

Elsőként a **drogbetegek rehabilitációja** indult meg 3 régióban modellkísérlet keretében, s ezek a drogközpontok jelenleg is működnek. Sajnos 16-17 éves kor alatt betegeket ma már nem fogadnak, így ez a korcsoport teljesen ellátatlan a rehabilitáció szempontjából is. Hozzájuk létesítettek 15-20 főt befogadó rehabilitációs intézeteket, melyek a drogbeteg serdülők és fiatal felnőttek rendelkezésére állnak. Mellettük több egyház is tart fent rehabilitációs intézetet fiatal drog betegeknél.

Vannak olyan megyék, ahol egyáltalán nincs az ambuláns hálózatban sem gyermekpszichiáter szakorvos, sem pszichológus. Az egyes ambuláns betegellátó helyeken a szakorvosi létszám 0-4 között van, több a szakorvos azokban a megyékben, ahol osztályos betegellátás is folyik.

A gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvosképzés 44 éve áll fenn, ez idő alatt 146 szakorvos képződött ki, de csak 88 szakorvos dolgozik a gyermekpszichiátriai fekvő- vagy járóbeteg ellátásban.

A gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakképesítés két éve lett alapszakma. Biztató jel lehet, hogy jelenleg a rezidensképzésben 22-en vesznek részt.

Az ország 7 fekvőbeteg osztályán az elmúlt 3 évben 2600-3000 aktív fekvőbeteg, 800-880 rehabilitált és 260-500 nappali szanatóriumos beteg fordult meg. A nappali szanatóriumi ellátást fogja még erősíteni a Semmelweis Egyetemen 2005. január 1-én megnyílt 10 férőhelyes részleg.

A szakmai irányítás kérdései nem megoldottak, a gyermek- és ifjúságpszichiátria nem rendelkezik szakmai kollégiummal, illetve szakcsoporttal sem, szakfelügyelet csak 2 megyében működik. A szakmának egyetlen klinikai tanszéke sincs.

8. GYERMEKREHABILITÁCIÓ

A gyermekkorúaknak legalább a 6%-a, de legfeljebb a 10%-a igényel rövidebb-hosszabb ideig neurorehabilitációs és rehabilitációs szolgáltatásokat, ami a 14 éven aluli korosztályban országos szinten 100-140 ezer gyermeket jelent évente. Nagyon sok gyermek rehabilitációja az óvodai, ill. iskolai testnevelés vagy gyógytestnevelés keretében megoldható lenne, ha az erre szolgáló feltételek jobbak lennének.

Vannak azonban súlyos állapotok, amelyek kórházi körülményeket igényelnek, ami a teljes rehabilitációs szükséglet 8-10%-a, és így évente 8-15 ezer gyermeket érinthet. A jelenlegi ellátó kapacitás az igény egytizedének kielégítésére is szűkösen elegendő, ráadásul igen egyenetlenül oszlik el az országban. A magyar lakosság 15%-a 14 éven aluli, a rehabilitációs kórházi ágyak összes kapacitásából azonban még 0,26% sem jut ennek a populációnak. A 6400 mozgásszervi és belgyógyászati rehabilitációs ágyból mindössze 165 ágyon kezelünk gyermekeket (0,257%). Rehabilitáció központ működik a miskolci Megyei Kórház Gyermekegészségügyi Központban 1983-tól, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben 2003-tól, és Nyíregyháza-Sóstó a debreceni ambuláns központtal együtt 2004-től. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium 0,5 ágy/10000 gyerekszám lakosban határozta meg a gyermek-rehabilitációs ágy szükségletet, így több mint 300 ágy lenne szükséges. A többi gyermek-rehabilitációs osztályon általában nincs rehabilitációs szakorvos, kevés a nem szakorvosi személyzet és hiányosak a rehabilitáció egyéb feltételei is. Hasonló a helyzet az ambuláns rehabilitációt jellemző szakorvosi és nem szakorvosi (zömében gyógytorna) óraszámokkal. A 2004. évben a gyermekek ellátására az egész országban mindössze 212 szakorvosi és 719 nem szakorvosi óra állt rendelkezésre.

A kis kapacitás oka részben az, hogy nagyon kevés a rehabilitációs szakorvos a gyermekgyógyászok között (12 fő). Ez összefügg a szakvizsga rendszer eddigi sajátosságával, azzal, hogy 2004 őszéig csak mozgásszervi rehabilitációs szakképesítést lehetett szerezni annak, aki ezen a területen kívánt tevékenykedni.

Nagyon sok civil szervezet által kezdeményezett és működtetett szolgáltató próbálja pótolni az állami intézményrendszerből hiányzó ellátásokat, azonban ezeknek nincs szakmai kontrollja. Az egyik legfontosabb probléma a finanszírozás, melynek rendezése halaszthatatlan feladat.

Nagyon kevés szolgáltatónak van ambuláns ellátásra szerződése, különösen a civil szférában. Speciális probléma a „rehabilitációra szoruló szülők” kérdése is, akiknek szintén szakszerű segítségre van szükségük, mind a kórházi, mind az otthoni életben.

A rehabilitációra szoruló gyermek esetében még a szokásos körülményeknél is nagyobb az ápolási igény, hiszen az osztályos felvételt igénylő gyermekek zöme átméletileg teljesen magatehetetlen, akár egy pár hetes csecsemő. Az aktív ellátásban, ahol a HBCS-ra megállapított összegekben fejeződik ki a működési ellen-

tételezés, számos gyermekgyógyászati beavatkozás költsége nem térül meg a gyermekek nagy ápolási igénye miatt. Még ennél is nehezebb a rehabilitáció finanszírozási helyzete, miután a krónikus alapra megállapított 1,6-os, illetve az intenzív rehabilitációra 2004 júliusa óta folyósított 2.1 szorzó távozlól sem fedezi a gyermekek ellátásának szükségletét.

9. GYERMEK-KARDIOLÓGIA ÉS SZÍVSEBÉSZET

A Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (GOKI) Gyermekszív Központja 2000 óta a gyermek-kardiológia és gyermek-szívsebészet országos centruma Magyarországon, mely a veleszületett szívfejlődési rendellenességek diagnosztikai és terápiás lehetőségeinek teljes körével rendelkezik az újszülöttkortól a felnőttkorig. Az ez előtti évtizedekben a kongenitális viciumok sebészeti ellátása csaknem valamennyi szívsebészeti központban történt, mely nem tette lehetővé a teljes spektrumot átölelő korszerű ellátás kialakulását.

A GOKI Gyermek Szívközpontjának infrastruktúrája, szakember gárdája szakmai munkájának minőségi mutatói az intézményt képessé teszik arra, hogy a középkelet-európai régióban meghatározó szerepet töltsön be a térség európai színvonalú kardiológiai és szívsebészeti ellátásában.

Veleszületett szívfejlődési rendellenesség a szülések kb. 0,6-0,8 %-ában fordul elő, így évente hozzávetőleg 800 gyermek születik szívhibával 10 millió lakosra számolva. Nemzetközi adatok alapján ezen betegcsoport 2/3-a igényel sebészeti beavatkozást élete folyamán. A műtét elvégzése az esetek felében az élet első 6 hónapjában szükséges.

Jelenleg a műtétek 13,5%-a sürgősségi. 2000 óta évi 550-600 szívűtét, 400-450 szívkatéteres vizsgálat (ebből 200-250 szívkatéter intervenció) történik. Az ún. nyitott szívűtétek 60%-a 1 éves kor alatt történik.

A betegszám, a végzett beavatkozások az európai élvonalbeli központok teljesítményéhez hasonlóak. Jelenleg mind csecsemő- és gyermek-szívsebészeti, mind szívkatéter intervencionális területen az intézet szabad kapacitással rendelkezik, melynek nagyságrendje min. évi 100 műtét és évi 100 szívkatéter intervenció.

Ennek a célnak az érdekében az intézmény vezetése európai továbbképzési és tréning központ kialakítását kezdeményezte, valamint intenzív külföldi kapcsolatépítést kezdett, melynek már vannak részeredményei.

A GOKI a térség gyermekkardiológusai számára rendszeres továbbképzéseket szervez a kongenitális viciumok sebészeti és katéterterápiás lehetőségeiről, valamint az invazív és intervencionális elektrofiziológia témaköréből.

V. ESÉLYEGYENLŐTLENSÉG AZ ELLÁTÁSBAN

Az Alkotmány szerint Magyarországon minden állampolgárnak joga van a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, amit az állam az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével biztosít.

Az Egészségügyi Törvény a betegjogok kapcsán rögzíti, hogy mindenkinek az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető, megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátást kell biztosítani.

A leírt elvek azonban a szociálisan hátrányos helyzetben lévő területeken nem, vagy csak korlátozottan érvényesülnek. Ez elsősorban a legnagyobb lélekszámú etnikumot, a roma népességet érinti.

A házi gyermekorvosi alapellátás biztosítása is csak a gyermek népesség 70-75%-ára terjed ki, így - a lakhely szerinti szakmai színvonal-különbség jól érzékelhető.

Ezek alapján elmondhatjuk, hogy az esélyegyenlőség ma korlátozottan érvényesül az ellátórendszerben. Kis helységekből, az ország gazdaságilag elmaradottabb vidékeire a települési hátrányok nagymértékben érvényesülnek. E területeken a szegénység nagy, a gyermeklétszám magas, ugyanakkor a szétszórt tanyás település-szerkezet és egy-egy település alacsony lélekszáma miatt a házi gyermekorvosi praxisok és a védőnői körzetek betöltetlenek, illetve nem kialakíthatók. A betöltetlen egyes praxisok zöme is e településeken található, és betöltésükre az esély is kevés.

Ugyanakkor a védőnői ellátás a hátrányos területeken is biztosított és egyes roma kisebbségek által lakott területeken a védőnők több alkalommal, jól működő tanfolyamokat is szerveznek.

E területeken a kistérségi együttműködés, a sokfunkciós, önkormányzatok által koordinált térségi oktatási, szociális, gyermekvédelmi és egészségügyi szolgáltatások harmonizált megszervezése a feladat.

A Kistérségi Községi Központok (K3) létesítésével a vidéki magyar lakosság számára elérhetővé tehető a minőségi szolgáltatások, mintegy 200 kis és mikrotérségben válnak majd hozzáférhetővé a lakosság egészségi állapotát, szociális biztonságát erősítő alapszolgáltatások.

Esetenként és helyenként változó súlyú problémát jelent a népesség összetételének migráció okozta változása, amelynek gyermekegészségügyi vonatkozásai is vannak.

VI. A GYERMEKEK RÉSZÉRE BIZTOSÍTOTT MEGELŐZŐ ELLÁTÁSOK

1. ÚJSZÜLÖTTKORBAN

Biztosított az újszülött életét, későbbi normális fejlődését és egészségét veszélyeztető anyagcsere betegségekre történő 4-féle szűrővizsgálat, a fejlődési rendellenességek felismerésére irányuló vizsgálatok (pl. csípőficam szűrés), és részben - illetve még nem mindenütt a megfelelő színvonalon - az idegrendszeri, a hallás- és látásvizsgálatok, valamint indokolt esetben a látószerv, vagy hallószerv károsodására irányuló további vizsgálatok és kezelések.

Ritka kivételtől eltekintve biztosított az újszülött és az anya együttléte az újszülött osztályokon, azonban közel sem mindenhol a kívánatos 24 órás formában (részleges rooming-in).

Ennek megvalósítását segíti elő a WHO és az UNICEF ajánlására a 2005. márciusában megalakult Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság, amely a Nemzeti Népegészségügyi Program egészséges életkezdettel kapcsolatos célkitűzéseit erősíti a Bababarát Kórház, Bababarát Terület programjaival.

A szülőnek a beteg gyermekével való együttlétét garantálja az Egészségügyi Törvény, azonban ennek tárgyi feltételei még sok helyütt hiányoznak.

2. CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKKORBAN

A kötelező egészségbiztosítás keretében jogszabály garantálja az életkorhoz kötött orvosi vizsgálatokat és kiegészítő szűrővizsgálatokat.

A jelenleg hatályos jogszabály szerint:

- 1, 3 és 6 hónapos korban, valamint 1-5 éves kor között évente, 6-18 éves életkor között két évente (szükség esetén sokkal gyakrabban):
- a testi fejlettség ellenőrzését és értékelését a hazánkban kifejlesztett növekedési standardok segítségével,
- az adott életkorban felismerhető fejlődési rendellenességek szűrését (pl. csípőficam),
- az idegrendszer vizsgálatát,
- a pszichomotoros, mentális és szociális fejlettség vizsgálatát,
- a mozgásszervek vizsgálatát,
- az érzékszervek (látás, kancsalság és hallás), valamint a beszédfejlettség vizsgálatát,
- a nemiszervek vizsgálatát (legkésőbb két éves életkorban a rejtettheréjűség felismerését), később a nemi érettség vizsgálatát,
- 3 éves életkortól a vérnyomás vizsgálatát,
- 11 éves életkortól a golyva tapintásos vizsgálatát,
- 3-18 éves életkor között az évenkénti fogászati szűrést.

Alkalmassági szempontokat figyelembevéve kell végezni a vizsgálatokat: 5 éves életkorban (tanulásra való alkalmasság), továbbtanulás előtt, és szakmatanulás esetén jogszabály által meghatározott formában.

Mindezen vizsgálatok eredményét a gyermek egészségügyi törzslapján dokumentálni kell.

A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos jogszabály módosítás alatt van, a szűrővizsgálatok színvonalas végrehajtása érdekében a jövőben szükségessé válik több szűrővizsgálat módszertani egységesítése, és technikai feltételeinek javítása.

3. CSECSEMŐKET ÉS GYERMEKEKET ÉRINTŐ, TÁMOGATOTT PREVENCIÓS PROGRAMOK

Az újszülöttek vérzékenységének megelőzésére a szoptatás alatt K-vitamin áll rendelkezésre (egy, a felhasználást elemző vizsgálat szerint a vegyes praxisban gondozott csecsemők sokkal alacsony arányban részesülnek ebben).

A rachitis megelőzésére minden gyermek számára D3 vitamin áll rendelkezésre.

A fogszuvasodás megelőzésére biztosított a fluor-profilaxis (a szakmai véleménykülönbségek miatt azonban az orális fluor prevenció területenként változó; az erről szóló módszertani irányelv konszenzus alapján felújítandó).

A golyva-gyakoriságot csökkentendő jódozott konyhasó áll rendelkezésre, azonban a kereskedelemben való terítése nem egyenletes. Kívánatos a gyermekélelmezésben való általános használata.

A nitráttal szennyezett ivóvízű területeken a csecsemők számára a methaemoglobinaemia megelőzésére zacskós ivóvíz áll rendelkezésre, illetve a lakosság tájékoztatva van a szennyezetlen víznyerési helyekről.

Szakmailag indokolt esetekben a fiatal csecsemők számára az OEP által térített anyatej áll rendelkezésre.

A szűrővizsgálatok és a prevenció programok nem mindegyikére vonatkozóan rendelkezünk módszertani irányelvekkel, és az eddig elkészültek sincsenek mind forgalomban. Pótlásuk, szakmai konszenzust követő ismételt megjelenetésük a gyermekgyógyász szakma mellett más szakmák közreműködését is igényli.

A felnövő generáció jobb egészségét eredményezné a gyermekkorban is ajánlott, de nem kötelező vakcinák jelenleginél szélesebb körű és arányú térítési támogatása a jövőben.

VII. GYERMEKEK NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMJA

1. EGÉSZSÉGNEVELÉS, EGÉSZSÉGTAN OKTATÁS

A Népegészségügyi Program céljai közé tartozik, hogy hatékony egészségnevelés történjen az iskolákban egészségtan-oktatás formájában, mely az Egészségügyi Törvényben is megfogalmazottak szerint az alábbiakra kell, hogy kiterjedjen:

- a) az emberi szervezet működésének és a természeti, társadalmi, pszichés környezet kölcsönhatásainak törvényei,
- b) az egészséges táplálkozásra, életmódra, valamint az egészséges környezet megteremtésére vonatkozó tudnivalók,
- c) a személyes testi és lelki higiénés ismeretek,
- d) a testmozgás és a sport egészségmegőrző szerepe,
- e) a stresszhelyzetek megelőzésének, megoldásának és a konfliktusok kezelésének módszerei,
- f) a szexuális kultúrával és a családtervezéssel, a nemi érintkezés útján terjedő betegségek megelőzésével kapcsolatos tudnivalók,
- g) a szenvedélybetegségek, ezek káros hatásai és a rászokás elkerülésének módja,
- h) az elsősegélynyújtás elmélete és gyakorlata,
- i) az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének feltételei és lehetőségei,
- j) az egészséggel összefüggő etikai alapok.

Tapasztalatok és felmérések szólnak amellett, hogy a gyermekekre irányuló egészségnevelés színvonala az országban nagyon változó, korántsem folyamatos és nem terjed ki mindenkire. Az egészségügyi és oktatásügyi szakemberek véleménye az iskolai egészségnevelés módszereit illetően nem azonos (tantárgy formájában vagy integráltan történjen-e?). Mindkét tárca komoly erőfeszítéseket tett és tesz az iskolai egészségfejlesztésért, azonban ahhoz, hogy ez valóban hatékonyra váljon, az egészségügyi és pedagógiai szakma alap- és továbbképzésében a hatékony, a tudományos alapokon nyugvó módszerek oktatása sokkal nagyobb súllyal kell, hogy szerepeljen.

A Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság 2003. május 22-i és november 11-i döntései értelmében elkészült az iskolai egészségfejlesztési normatíva bevezetésének modellprogramja, amelynek tervezésénél az egészségfejlesztés komplexitása lett figyelembe véve (ismeretátadásra, iskolai mentálhigiénére, a tárgyi környezet egészségtámogató jellegének erősítésére, a mozgásra és táplálkozásra helyezi a hangsúlyt). A terv mielőbbi megvalósítását számos szervezet szorgalmazza (pl. WHO, OGY bizottságai, szülői szervezetek, pedagógus-szervezetek, ETT, MTA, NET, NETT).

2. ISKOLAI BÜFÉK

A fenti szakmai feladatok közül most az iskolai egészséges táplálkozás programját indítottuk el közösen az Oktatási Minisztériummal és a Népegészségügyi Kormány megbízotti Irodával. Ennek lényegi elemei az alábbiak:

Az iskolai büfék és **étel-ital-automaták árukínálatának** kialakításához az EüM az OÉTI által készített ajánlást tett közzé. Lényege, hogy megadja az élelmiszerek összetevőinek a javasolt határértékeit. Az OM ehhez kapcsolódóan dolgozott ki rendelet-tervezetet az iskolai büfék működtetőire, illetve az iskolaigazgatók szerződés-kötésére vonatkozóan. A rendelet-tervezet notifikációja az EU-ban folyamatban van.

A szülők, pedagógusok, gyermekek széleskörű tájékoztatása alapvetően fontos, hogy értsék és együttműködjenek a büfékínálat változásával.

A Kormány megbízotti Iroda egészséges büfé-pályázatot írt ki, melyben motiválja a büféket az egészséges választék kialakítására.

A későbbiekben szükséges lesz az iskolai közétkeztetés egészségesebb tételének elősegítése is, ehhez jelenleg nincs forrás, de mindenki tudja, hogy itt is szükséges előrelépés.

3. KÁROS SZENVEDÉLYEK

A **dohányzás** visszaszorítása fontos célkitűzése a Népegészségügyi Programnak, s ennek fontos része a gyermekek, fiatalok dohányzásának megelőzése. Ennek érdekében számos sikeres akció zajlott 2004-ben és zajlik 2005-ben is („Ciki a cigi”-kampány, „Hagyd abba és nyersz” - akció, „Ne gyújts rá” - világnap, interaktív programok, mint a dohányzás következményeiről szóló labirintus, minimális intervenciós program a házi orvosi ellátásban). A Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményt hazánk is aláírta, ez jelentős „hátszelet” biztosít a dohányzás visszaszorításáért folytatott küzdelemnek. Érzékelhető a társadalom egyetértése abban, hogy a közoktatási és egészségügyi intézményekben teljes dohányzási tilalom legyen, ennek érdekében tervezzük a „0-tolerancia programot”.

A fiatalok **alkoholizálásának** és **kábítószer használatának** elsődleges (más szóval egyetemes) megelőzését jelenti az iskolákban a minden tanulóval végzendő személyiségfejlesztés és a mindennapi testnevelés/testmozgás. A kábítószer használat megelőzésének egyéb módjai, mint pl. felvilágosító oktatások, az ICsSzEM és az OM közös pályázatain nyert összegekből valósulnak meg. A kábítószer használat okozta ártalmak csökkentése az ICsSzEM tevékenysége. A kábítószer használók ellátási rendszerének működtetése, a kábítószerrel kapcsolatos adatok gyűjtése az egészségügyi tárca felügyelete alá tartozik.

VIII. EGYÜTTMŰKÖDÉS TERÜLETEI

1. EGÉSZSÉGÜGYÖN BELÜL

A klinikák, kórházak, szakrendelők, és az alapellátó orvosok között a jelenleginél szorosabb kapcsolat kialakítása szükséges, amelynek része kell, hogy legyen a kölcsönös tájékoztatás is. A korábbi évek szorosabb szakmai kapcsolatának visszaalakítása, de legalább közelítése kívánatos. Ennek gyakorlati formáit a folyamatos továbbképzések rendszerébe be lehet illeszteni.

A védőnői rendszerrel korrekt, kollegiális viszony kívánatos, az egymásrautaltság hangsúlyozásával. Centrumok esetén a védőnők is a team tagjai, akiknek prevenciós tevékenysége összehangolt a többi alapellátó ágazattal, így a házi gyermekorvosi prevenciós feladatkörrel is.

A gyermekonkológusok, a gyermek- és ifjúsági pszichiáterek, rehabilitációt végző szakorvosok munkájukat a pszichológusokkal, a gyógytornászokkal, szociális munkásokkal együttműködve végzik.

2. KÜLSŐ KAPCSOLATOK

Iskola-egészségügyi ellátás területén az iskolaorvos, az iskolai védőnővel együtt bekapcsolódik az iskola mindennapi életébe és aktív szerepet vállal az egészséges életmódra nevelés, „egészségtan oktatás” programjaiban, szorosan együttműködve a pedagógusokkal. Együttműködés szükséges az oktatási, belügyi tárcával is.

A védőnők, gyermekorvosok szoros együttműködést alakítottak ki a gyermekvédelmi, gyámügyi szervekkel, az ICsSzEM-mel a gyermekbántalmazás, gyermekelhelyezés ügyeiben, valamint a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvánnyal

A gyermekpszichiáterek a Nevelési Tanácsadók, Családsegítő Intézetek pedagógusaival, pszichológusaival, szociális munkásaival állnak napi kapcsolatban.

A különböző civil szervezetek, alapítványok jelentős támogatást nyújtanak a gyermekellátás területén, szoros együttműködésben dolgoznak az intézetekkel. Egyre jobban betöltik azt a feladatot is, hogy az egészségügy felé a társadalmi igényt eljuttassák.

IX. GYERMEKEK GYÓGYSZERELÉSÉNEK KÉRDÉSEI

Az Európai Bizottság rendelet-tervezetet terjesztett elő a gyógyszerkészítmények gyermek-gyógyászati (pediátriai) felhasználásáról.

Célja, hogy javuljon Európa gyermekeinek egészsége a gyermekek által használt gyógyszerekkel kapcsolatos kutatásfejlesztés, engedélyeztetés ösztönzése és növelése által. A Bizottság azt a helytelen gyakorlatot kívánja megszüntetni, hogy a felnőttek számára rendelkezésre álló gyógyszerek kellő klinikai vizsgálatok hiányban valamilyen kisebb adagban kerüljenek gyermekgyógyászati felhasználásra.

A gyermekgyógyászati szempontok hatékony érvényre juttatása érdekében a javaslat szerint a gyógyszerek forgalomba hozatali engedély iránti eljárás kezdeményezésekor a gyártónak kötelezően be kell majd mutatni a gyermekgyógyászati vizsgálatok elkezdését.

A rendelet-tervezet vitája az Európai Unió Tanácsában a gyógyszerügyi és orvostechikai munkacsoporton belül folyik, a tanácsi munkacsoportban Magyarország is aktívan részt vesz.

A CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS JÖVŐJE

I. CÉL: AZ ÚJSZÜLÖTTEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA, A KORASZÜLÖTTEK ÉS FEJLŐDÉSI RENDELLENESÉGGEL SZÜLETETTEK ARÁNYÁNAK CSÖKKENTÉSE, A TÚLÉLÉSI ARÁNYOK NÖVELESE

Feladat:

1. Megerősítjük a gyermekvállalásra készülők egészségneveléssel, családtervezéssel foglalkozó hálózatát a védőnői tevékenység hatékony támogatásával, hogy a serdülő lányok/fiúk a legkisebb településen is megkapják az egészséges anyasághoz/apasághoz, az egészséges életmódhoz szükséges szakszerű ismereteket és azt képesek legyenek a gyakorlatban is alkalmazni.

Az egészségfejlesztés feladatai között kiemelt programként szükséges elindítani a Nemzeti Népesedéspolitikai Programmal összhangban a demográfiai helyzetet jelentős mértékben javító, így a koraszülés és a meddőség megelőzését segítő, a terhességmegszakítások és ezen belül kiemelten a tinédzser korú abortuszok számának csökkentését célzó, valamint a biztonságos szexuális élettel kapcsolatos felvilágosító tevékenységet.

Határidő: 2006. szeptember 30.

2. A Családvédelmi Szolgálatok hatékonyságának növelése, a fogantatás előtti prevenciók programok támogatása, az abortuszok számának további jelentős csökkentése érdekében országos és helyi programok szervezésével, a Tiniambulanciák népszerűsítésével, valamint sajtókampánnyal egybekötött rendezvényeken a lakosság részvételével indítunk kampányt.

Határidő: 2006. szeptember 30.

3. A népegészségügyi program dohányzásra vonatkozó programja keretében a nemdohányzók védelmét szolgáló jogszabályok fokozatos szigorításával segítjük az egészséges életmód és egészséges terhesség célkitűzéseit.

Határidő: törvénymódosítást követően folyamatos.

4. A várandós nők jelenlegi gondozási gyakorlatának felülvizsgálata, a gondozás minőségének és hatékonyságának javítása.

Határidő: 2006. december 31.

5. A fenyegető vagy megindult koraszülések esetében a hazai szülészeti gyakorlatban még határozottabban kell érvényesíteni az „intrauterin” szállítást, hiszen az édesanya testénél és anyagcseréjénél nem létezik jobb inkubátor.

Határidő: 2006. április 30.

6. Meg kell teremteni annak lehetőségét, hogy a szülészeti osztályokon minden szülésnél - az újszülött ellátás biztonsága érdekében - kizárólag az újszülött ellátásáért felelős - harmadik személy - legyen jelen, aki szükséghe-lyzetben az újszülött újraélesztését el tudja látni.

Határidő: 2007. június 30.

7. A veleszületett anyagcserebetegségek újszülöttkori szűrésének a korszerűsítése. A veleszületett anyagcserezavarok száma több százra tehető. A tandem tömegspektrográfias (tandem MS) vizsgálati lehetőséggel egyetlen, szűrő-papírra bemártott vércseppből csaknem 30 enzimopathia meghatározása válik lehetővé. Nemzetközi adatok szerint a tandem MS-módszerrel szűrhető - egyébként ritka - anyagcserebetegségek gyakorisága 1:2055, ami évi 100.000-es szülési szám alapján évi kb. 48-50 gyermek betegségének időben történő felismerését és kezelését teszi lehetővé.

Határidő: 2006. augusztus 1.

8. A korai fejlesztés és neurohabilitáció (neuroterápia) kapacitásának fejlesztése, regionális ellátás kialakítása, jogszabályi háttér biztosítása annak érdekében, hogy egyéves kor alatt csak erre akkreditált osztály, illetve ambu-lancia végezhesen neurohabilitációt (neuroterápiát).

Határidő: 2007. június 30.

9. A „Bababarát Kórház” programjának megerősítésével javítjuk a szülő nők ellátásának feltételeit és az újszülöttel együtt történő elhelyezés lehetőségeit. A jelenlegi 8 helyett 2007-ben már 25 kórházat kívánunk alkalmassá tenni az UNICEF nemzetközi standardjainak való megfelelésnek.

Határidő: 2007. december 31.

10. A néhány hónapja újrászervezett Szoptatást Támogató Bizottság munkájára építve tovább kell javítani a szoptatott csecsemők és az anyatejes táplálás arányát.

Határidő: folyamatos.

11. Az újszülöttek és gyermekek védőoltási rendszerét a jövő évtől úgy alakítjuk át, hogy az új járványügyi kihívásokhoz alkalmazkodjon és a legko-rszerűbb oltóanyagokkal biztosítsa a gyermekek védettségét, mely mind a védőoltásban részesítendő, mind a védőoltást végzők számára előnyös.

Határidő: 2006. január 1.

12. A Neonatális Intenzív Centrumok működési feltételeinek, műsz-erezettségének javítása, beleértve a koraszülött mentést is.

Határidő: 2006. december 31.

13. Újszülöttkori hallás- és látásszűrések egységes módszertanának biztosítása.
Határidő: 2006. december 31.

14. Az elkészült fejlődésneurológiai diagnosztikai és terápiás módszereket, protokollokat bemutató multimedias oktatási anyagot meg kell ismertetni minden csecsemővel foglalkozó orvossal (elsősorban neonatológusokkal), védőnővel, valamint be kell illeszteni a gyermekgyógyászati, gyermekneurológiai oktatásba és továbbképzésbe a mozgás- és értelmi-, illetve halmozott fogyatékoságok megelőzése érdekében.

Határidő: 2006. december 31.

II. CÉL: A GYERMEK ALAPELLÁTÁS EGYSÉGESEBBÉ TÉTELE AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN A HOZZÁFÉRHETŐSÉG JAVÍTÁSÁVAL ÉS A JOBB MINŐSÉGŰ ELLÁTÁSSAL

Feladat:

1. A jelenlegi házi gyermekorvosi hálózat egyenletesebb és szükséglet szerinti hozzáférhetősége érdekében az ellátórendszer felülvizsgálata, és ahol a feltételek adottak, új praxisok kialakítása.

Határidő: 2007. december 31. illetve folyamatos.

2. Ahol a házi gyermekorvosi ellátás jelen formájában nem bővíthető, a egyes praxist ellátó házi orvos gyermekellátó tevékenységének színvonalát kell emelni, melynek eszközei:

a.) Praxis-közösségek, kistérségi egészségügyi centrumok kialakítása gyermekszakorvos részvételével.

Határidő: 2013-ig.

b.) A vegyes praxist ellátó házi orvosok tudásának, készségének fejlesztésével. A szakorvosképzés időtartamán belül a gyermekgyógyászat súlyának és képzési időtartamának növelése, a továbbképzésekbe a gyermekgyógyászat kötelező beépítése, az 5 évenként szükséges kreditpontok 20%-át gyermekgyógyászatból kelljen megszerezni.

Határidő: 2007. december 31.

3. A 2.a) teljes megvalósulásáig az MSZSZ megújítása, konzultációs rendszerre való alakítása, amely biztosítja, hogy:

- Egyéves életkoron belül legalább két ízben, 1-6 éves kor között legalább évente minden gyermeket lásson gyermekszakorvos. A házi orvos igényelje a konzultációt és legyen jelen.
- A konzultációt végző ne lásson el a házi orvos helyett alapfeladatokat.
- A konzultáció terjedjen ki a fejlődés követésére, a fejlődés problémáira és a krónikus betegekre.
- A vegyes praxisban dolgozó házi orvos mellé biztosítani lehetne egy személyében állandó, a házi orvos által elfogadott gyermekgyógyász konziliáriust. Ezt a feladatot végezhetné a területi munkát jól ismerő kórházi szakorvos, de végezheti a közeli településen dolgozó házi gyermekorvos, vagy térségi egészségügyi centrum gyermekorvosa.

Határidő: 2007. június 30.

4. El kell érni, hogy a gyermekintézményeket (egészséges és beteg gyermekeket nevelő otthonok) lehetőleg gyermekgyógyász lássa el, amennyiben ez nem valósítható meg, a konzultáció terjedjen ki az itt gondozott gyermekekre is.

Határidő: 2008. június 30.

5. A gyermekszakorvosi utánpótlás biztosítása érdekében a rezidensek számának növelése és a rezidensképzés átalakítása, a házi gyermekorvosi rezidensképzés keretszámának meghatározása.

Határidő: 2006. december 31.

6. A képzés, továbbképzés (a távoktatás módszerével is) problémaorientáltabb, gyakorlatiasabb és számonkérhetőbb legyen, és alkalmazkodjon az ellátási feladatokhoz (a képző intézmények jobban vegyék figyelembe az alapellátási feladatokat). Ki kell dolgozni a megszerezhető licenck rendszerét, a képesítés megszerzésének és megújításának módját.

Határidő: 2007. december 31.

7. Intézkedést kell kidolgozni a működtetési jog megszerzésének és eladásának megkönnyítése érdekében.

Határidő: 2006. december 31.

8. Legyenek az alapellátásra kidolgozott szakmai irányelvek, ellátási protokollok.

Határidő: 2007. december 31.

9. Előzetes laboratóriumi és egyéb műszeres vizsgálatok alapellátásban való elvégzése eredményeképpen gyorsabbá válhat a diagnózis, csökkenthető a felesleges antibiotikus kezelések száma, költséghatékonyabbá válik a kezelés (utazási költségek csökkentése), növekedhet a lakosság megelégedettsége és a házi orvosok presztízse, csökkenhet a laboratóriumok zsúfoltsága.

A tudomány és a technológia előrehaladásával folyamatosan újabb vizsgálatok bevonhatók a laboratóriumi minőségbiztosítási rendszerbe, és ez feltétele is az OEP által való finanszírozásnak. Ennek elsősorban olyan praxisokban lenne jelentősége, amelyek távol esnek a laboratóriumtól (betegek vagy vizsgálati anyag utaztatása így elkerülhető).

Határidő: 2007. január 1.

10. Felül kell vizsgálni az alacsony lélekszámú praxisok létjogosultságát és javaslatot kell kidolgozni a probléma hosszútávú megoldására.

Határidő: 2007. június 30.

11. Házi gyermekorvosi ügyeleti ellátást célszerűen csak az egész ellátórendszer átalakításával párhuzamosan, az OMSZ-szal egyeztetve, a területi adottságokat messzemenően figyelembevéve alakítható át.

a.) A fővárosban, megyeszékhely városokban és ott, ahol legalább 8 gyermekpraxis működik, megszervezendő a hétközi és hétvégi gyermekszakorvosi ügyelet.

- b.) Megfelelő gyermeklétszám esetén térségi, kistérségi központi gyermekügyelet szervezése célszerű.
- c.) Kisebb városokban, ahol ennél kevesebb praxis működik, délelőtti és délutáni (is) rendelések biztosításával kell a felnőtt ügyelet helyzetét enyhíteni, illetve meggondolandó a váltott gyermekszakorvosi készenlét.
- d.) Hét végén a „kiterjesztett” gyermekgyógyászati rendelések módszere alkalmazható (jelenleg is ez a gyakorlat).
- e.) Az OMSZ orvosainak a gyermek sürgősségi esetekben való jártasságát növelni szükséges.
- f.) Meg kell szervezni a gyermekügyeletben részt vevő gyermekorvosok, szakdolgozók és egyéb résztvevők továbbképzését a sürgősségi ellátás vonatkozásában.
- g.) A lakosság tájékoztatását folyamatossá kell tenni az ügyeletek funkciójáról és az igénybevétel indokoltságáról.

Határidő: 2007. december 31.

III. CÉL: ISKOLA-IFJÚSÁG EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS FEJLESZTÉSE, HATÉKONYSÁGÁNAK NÖVELÉSE

Feladat:

1. Egyeztetéseket kell folytatni az iskola-egészségügy valamennyi szereplőjével annak érdekében, hogy konszenzus alakuljon ki közöttük.

Határidő: 2006. december 31.

2. A középfokú tanintézetek iskolaorvosi ellátására, személyi, tárgyi feltételeinek, képzési problémáinak megoldására részletes fejlesztési tervet kell kidolgozni.

Határidő: 2006. december 31.

3. Az iskolaorvosi ellátás multidiszciplináris ismereteinek beépítése az iskolaorvosi ellátást nyújtók továbbképzésébe.

Határidő: 2007. december 31.

4. A Népegészségügyi Program részét képező iskolai egészségnevelés hatékonyságát elősegítő programokat a Belügyminisztériummal és az Oktatási Minisztériummal együttműködésben kell biztosítani, jelezve a közoktatási tárca felé a - közoktatás kompetenciájába tartozó - javaslatainkat.

Határidő: 2006. december 31.

5. Az ifjúság-egészségügyi hálózatot kiegészítve, s egyben annak szakmai hátterét is biztosítva a fővárosban és a nagyobb városokban létre kellene hozni többszak-más serdülő tanácsadókat és orvosi rendeléseket, mivel a csecsemőkor mellett a serdülőkor a testi és szellemi, valamint érzelmi fejlődés legintenzívebb időszaka, amely éppen a drámai hormonális és pszichés változások miatt hajlamosít a kockázatos magatartásra.

Határidő: 2008. június 30.

6. Szorgalmazni kell az oktatási tárca felé a mindennapos testnevelés, testmozgás, illetve az arra rászorulókat részére a gyógytorna, gyógytestnevelés feltételeinek megteremtését.

Határidő: 2006. december 31.

7. A gyermekbalesetek, az öngyilkosságok és a gyermek bántalmazás megelőzése érdekében együttműködés a szülőkkel, pedagógusokkal, közlekedési tárccával, ICsSzEM-mel, összhangban a Nemzeti Balesetmegelőzési Programmal.

Határidő: 2006. december 31.

8. A szülők részére elsősegélynyújtási és gyermekgondozási ismereteket javító programokat indítunk a Magyar Vöröskereszt bevonásával.

Határidő: 2006. december 31.

9. Meg kell vizsgálni annak lehetőségét, hogy a nem kötelező védőoltások esetében - legalább a fokozott kockázati csoportba sorolt betegeknél - a védőoltás térítésmentesen biztosítható legyen.

Határidő: 2007. december 31.

IV. CÉL: A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS SZÜKSÉGLETEKHEZ IGAZODÓ FEJLESZTÉSE

Feladat:

1. Az ország egész területén biztosítani kell a fogszabályozási rendelkezésekhez való hozzáfutás esélyét minden rászoruló, így a fogyatékkal élők számára is.

Határidő: 2007. december 31.

2. Szakmai programot kell kidolgozni a speciális gyermek-szakrendelések regionális, megyei fejlesztése, harmonizációja érdekében, különös tekintettel a népegészségügyi problémák kezelése szempontjából is fontos szakterületek vonatkozásában, figyelembe véve a szükséges diagnosztikai fejlesztéseket is.

Határidő: 2006. szeptember 30.

3. Felül kell vizsgálni az általános gyermekgyógyászati szakrendelések működésének szükségességét a helyi körülmények figyelembevételével, illetve meg kell vizsgálni az MSZSZ-hez való kapcsolódás lehetőségét.

Határidő: 2006. december 31.

V. CÉL: A GYERMEK FEKVŐBETEG OSZTÁLYOK RACIONALIZÁLTABB, A SZÜKSÉGLETEKHEZ IGAZODÓ MŰKÖDÉSÉNEK BIZTOSÍTÁSA

Feladat:

1. Meg kell vizsgálni az alacsony ágyszámú és kihasználtságú, kevés szakemberrel rendelkező gyermekosztályok struktúra-módosítással történő átalakításának lehetőségét nappali kórházzá térségi, kistérségi központi ügyeleti központtá, esetleg ambuláns rehabilitációs intézménnyé.

Határidő: 2008. június 30.

2. Jogszabály módosítással érvényesíteni kell, hogy a gyermekek fekvőbeteg ellátása lehetőség szerint gyermekosztályon történjen. A 14-18 éves korosztály elhelyezéséről betegségtől függően kell dönteni.

Határidő: 2006. december 31.

3. Ki kell dolgozni, hogy amennyiben a gyermekek ellátása nem gyermekosztályon történik, milyen feltételeket kell biztosítani a gyermeket ellátó osztályokon (tárgyi, személyi feltételek, szakfelügyelet, stb.).

Határidő: 2007. december 31.

4. Részletes szakmai, pénzügyi programot kell készíteni a fővárosi és a központi régió gyermek fekvőbeteg ellátás racionalizálása érdekében, az összes érintett tulajdonos bevonásával.

Határidő: 2006. december 31.

**VI. CÉL: GYERMEKONKOLÓGIAI ELLÁTÁS FEJLESZTÉSE,
KAPCSOLÓDVA A NEMZETI RÁKELLENES PROGRAMHOZ**

Feladat:

1. A gyermekonkológiai központok eszköz ellátottságának, tárgyi feltételeinek javítása, a gyermekonkológiai központokat kiszolgáló, de nem erre szakosodott területek (pl. sugárterápia) fejlesztése, alkalmassá tétele a gyermekonkológia igényeinek kielégítésére.

Határidő: 2007. december 31.

2. A gyermekonkológiai központok személyi feltételeinek javítása, elsősorban a multidiszciplináris szakembergárda bővítése.

Határidő: 2008. december 31.

3. A társadalmi együttműködés fokozása a civil szervezetek, a karitatív szervezetek együttműködésével a rákbeteg gyermekek gyógyulása, életminőségének javítása érdekében.

Határidő: 2006. december 31., illetve folyamatos.

VII. CÉL: A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGPSZICHIÁTRIAI ELLÁTÁS FEJLESZTÉSE

Feladat:

1. Önálló gyermekpszichiátriai osztályokat (20-30 ágy) és járóbeteg szakellátást kell struktúramódosítással kialakítani - első ütemként - 4 városban (Pécs, Szombathely, Győr, Miskolc).

Határidő: 2007. június 30.

2. Javaslatot kell készíteni további gyermekpszichiátriai osztályok kialakítására, hogy a szükséglethez igazodó (minimum 0.6 ágy/10.000 lakos) ágyszámot elérjük.

Határidő: 2010. december 31.

3. A gyermekpszichiátriai sürgősségi ellátásra szoruló 18 év alatti gyermekek ellátásának folyamatát a gyermekpszichiáterek, pszichiáterek és gyermekgyógyászok közötti konszenzusra törekedve irányelvben kell meghatározni.

Határidő: 2006. június 30.

4. A gyakori magatartás- és alkalmazkodási zavarokkal küzdő, agresszív viselkedésű vagy drogfogyasztó betegek, esetleg gyermekvédelmi ellátásra szorulóknak részére rehabilitációs részlegek, osztályok kialakítása szükséges.

Határidő: 2008. december 31.

5. Gyermekpszichiátriai Szakcsoportot kell létrehozni, és meg kell szervezni a regionális gyermekpszichiáter szakfelügyeletet.

Határidő: 2006. december 31.

6. A drogprobléma korai felismerése és beazonosítása érdekében rendkívül fontosnak látjuk a szakemberek képzését (különös tekintettel a háziorvosok és az egyéb, nem addiktológiai területen dolgozó szakemberek képzését).

Határidő: folyamatos.

VIII. CÉL: RÉGIÓNKÉNT KOMPLEX GYERMEK-REHABILITÁCIÓS ELLÁTÁS KIALAKÍTÁSA, FELTÉTELEINEK MEGTEREMTÉSE

Feladat:

1. Fel kell mérni az ellátás iránti valós szükségleteket és össze kell vetni a meglévő ellátási lehetőségekkel.

Határidő: 2006. december 31.

2. Ki kell építeni országosan az egyetemi gyermekklinikákhoz, az Országos Rehabilitációs Intézethez, illetve gyermek-intenzív osztályos háttérrel is rendelkező megyei kórházhoz csatlakozó 20-40 ágyas gyermek-rehabilitációs osztályokat. A régiós központok feladata lesz a kisebb, lakóhelyhez közeli ellátók - beleértve civil szervezeteket is - szakmai irányítása, felügyelete és képzése is.

Határidő: 2008. december 31.

3. A gyermekek rehabilitáció iránti igénye 90-95%-ban járóbeteg ellátási formában megvalósítható, ezért ki kell építeni a lakóhely-közeli ellátási struktúrát, mely a gyermekek szempontjából különösen nagy jelentőségű.

Határidő: 2008. december 31.

4. Ösztönözni kell a gyermekgyógyász orvosokat az orvosi rehabilitációs szakvizsga megszerzésére, melynek jogszabályi lehetőségei 2005 márciusától adóttak, ráépített szakvizsga formájában.

Határidő: 2007. július 31., utána folyamatos.

5. Felül kell vizsgálni a gyermek-rehabilitáció, intenzív gyermek-rehabilitáció jelenlegi finanszírozását, és a szükséges változtatásokra javaslatot kell tenni.

Határidő: 2006. december 31.

6. A gyermekeiket kísérő szülőket meg kell tanítani gyermekeik speciális ellátására, és ennek ki kell dolgozni a finanszírozási hátterét is.

Határidő: 2006. december 31.

IX. CÉL: A GYERMEKSZÍV-TRANSZPLANTÁCIÓ HAZAI BEINDÍTÁSA

Feladat:

1. A gyermekszív-transzplantáció feltételeinek megteremtése.

Határidő: 2006. december 31.

X. CÉL: A GYERMEK SÜRGŐSSÉGI ÉS INTENZÍV ELLÁTÁS FEJLESZTÉSE

Feladat:

Elősegíteni a tisztázatlan vagy súlyos állapotba került csecsemők és gyermekek korszerű, biztonságos sürgősségi fekvőbeteg ellátását, ezen belül:

1. Gyermekek sürgősségi központok kerüljenek kialakításra ott, ahol gyermekszakintézmény térségi sürgősségi feladatokat lát el. Ahol nem gyermekszakintézmény látja el a sürgősségi feladatokat, ott az egyéb sürgősségi feladatok ellátásával együtt kell létrehozni a gyermekellátás sürgősségi infrastruktúráját.

Határidő: pályázat kiírás 2006. I. félévében.

2. Gyermekekenkénti ágyak számának bővítése és a gyermekintenzív ellátás országos lefedettségének biztosítása.

Határidő: 2007. december 31.

XI. CÉL: MULTIDISZCIPLINÁRIS/MULTISZEKTORIÁLIS EGYÜTTMŰKÖDÉST IGÉNYLŐ NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FELADATOK:

1. Balesetmegelőzés - kapcsolódóan a kidolgozás alatt álló Nemzeti Balesetmegelőzési Programhoz.
2. Az ellátás minden szintjén a pszichológiai ismeretek, jártasság fejlesztése, a lelki egészség fejlesztése és kiemelten az öngyilkosságok megelőzése érdekében - kapcsolódóan a Népegészségügyi Programhoz.
3. Gyermekbántalmazás/gyermekek egymás közötti bántalmazásának (mobbing, bullying) megelőzése, kezelése - kapcsolódóan a hasonló célkitűzésű, más tárcák által megfogalmazott programokhoz.
4. Egészségfejlesztés komplex programjának megtervezése nemcsak az oktatási intézményekben, de az ellátás minden szintjén - kapcsolódóan az egészség-nevelési programokhoz.
5. A Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvánnyal való közreműködés a gyermekjogok védelmének érdekében.
6. A gyermekek egészségét érintő környezeti ártalmak megelőzése érdekében együttműködés a NEKAP-pal.
7. Gyermek szegénység elleni kormányzati intézkedésekben való közreműködés.
8. A hátrányos helyzetű gyermekek ellátásának segítése a ICsSzEM-mel együttműködve.
9. A Cigány Tárcaközi Bizottság munkájában közreműködés a roma gyermekek speciális diszkriminációjának csökkentése érdekében.
Határidő: folyamatos.

XII. CÉL: A GYERMEKEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRA ÉS EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁNAK MINŐSÉGÉRE VONATKOZÓ INDIKÁTOROK MEGHATÁROZÁSA

Az adatgyűjtés kidolgozása; az európai gyermekegészségügyi indikátorrendszer fejlesztéshez (WHO Health for all, CHILD, PERISTAT) igazodó hazai adatgyűjtési, monitorozó rendszer kialakítása. Ezen belül: a jelenleg jól működő nemzetközi összehasonlítást biztosító adatgyűjtési rendszerek további működésének biztosítása, támogatása, továbbfejlesztése.

1. Gyermek tumor-leukémia adatgyűjtés
 2. Gyermek diabetes adatgyűjtés
 3. Neonatális Intenzív Centrumok adatgyűjtés
 4. HBSC (Health Behaviour of School Children) Iskolás gyermekek Egészségmagatartása; WHO kollaboratív kutatás
 5. ESPAD (Európai Iskolai Kutatás, amely az alkoholra és más drogokra irányul, jelenleg az ICSzEM támogatásával folyik
 6. A gyermekellátó rendszer informatikai hátterének fejlesztése
- Határidő: 2006. december 31-től folyamatos.

XIII. CÉL: A GYERMEKEK ÉS HOZZÁTARTOZÓIK, VALAMINT A GYERMEKELLÁTÁSBAN RÉSZTVEVŐK BEVONÁSA

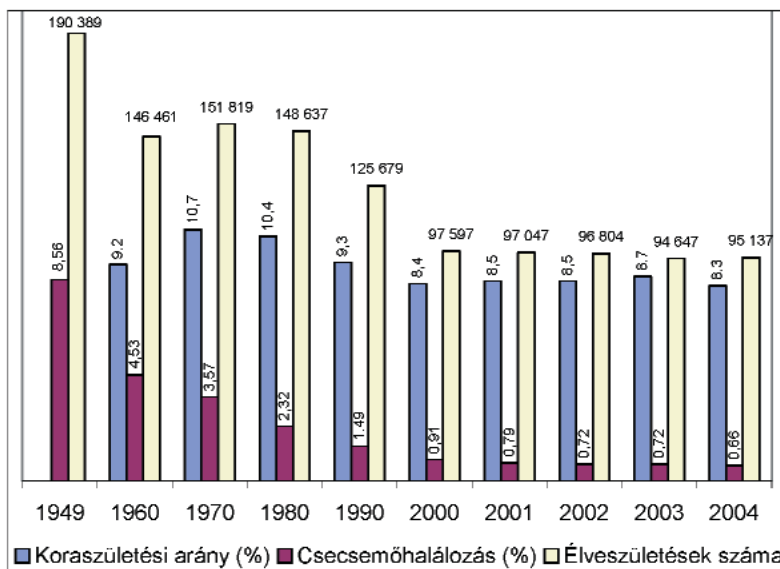
Létre kell hozni a Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Program végrehajtását segítő Programtanácsot az érintett társadalmi és szakmai szervezetek, valamint a társtárccák képviselőiből.

Határidő: 2005. december 31.

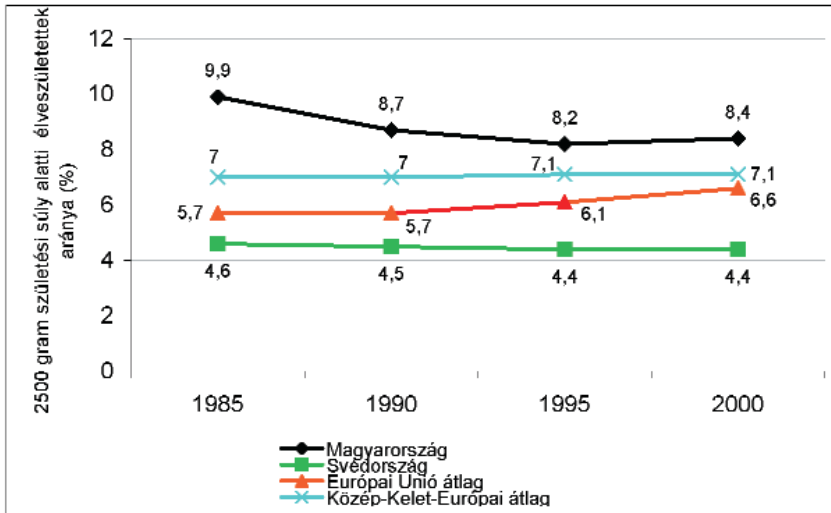
Mellékletek



1. ábra Az élveszülések számának alakulása Magyarországon 1920-2004 között



2. ábra Az élveszülések, a koraszületés és a csecsemőhalálozás adatainak együttábrázolása 1949-2004 között

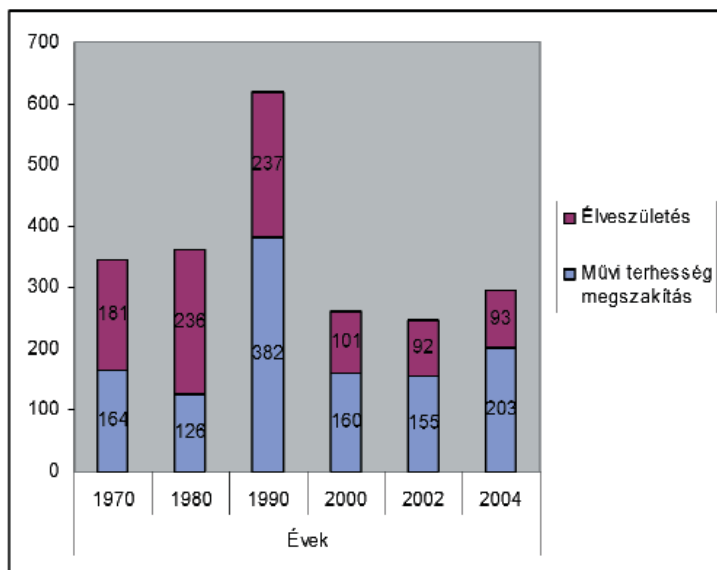


3. ábra A 2500 gramm születési súly alatti élvszületettek aránya az összes élvszületetteken belül, nemzetközi összehasonlításban

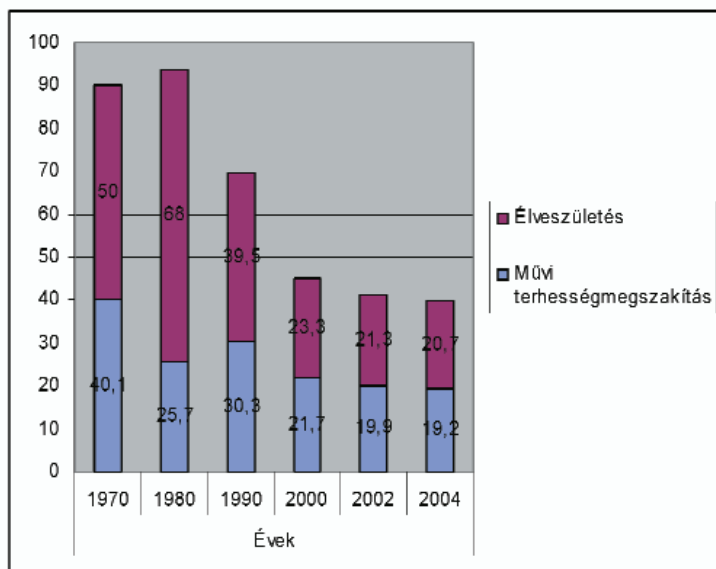
Koraszülési gyakoriság / esetszám

Év	<2500g	<1500g	<1000g
1999	8,5 %	1,31 %	0,52 %
2000	8,39 %	1,41 %	0,60 %
2001	8,5 %	1,37 %	0,57 %
2002	8,5 %	1,37 %	0,60 %
2003	8,7 %		

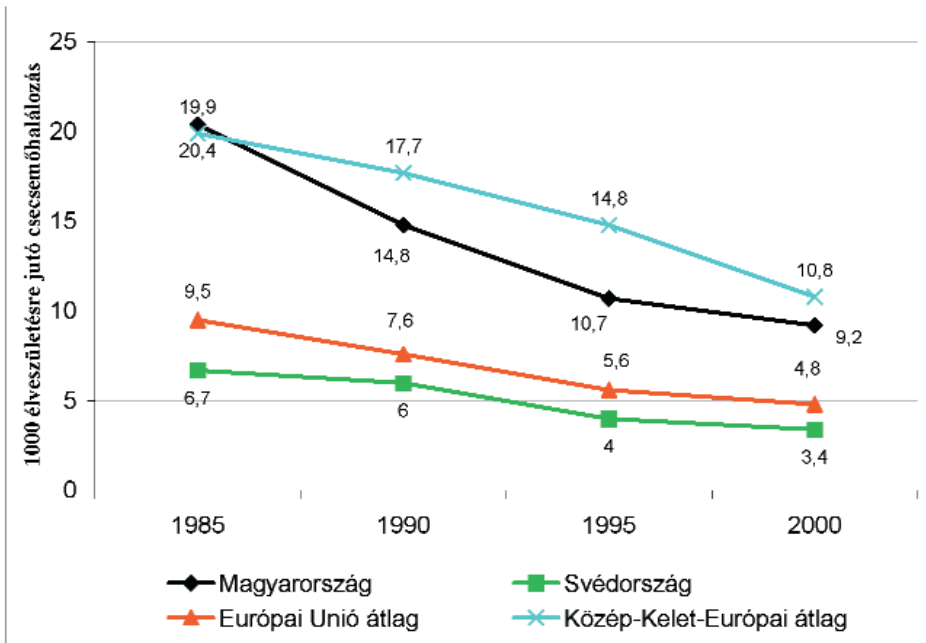
4. ábra Koraszülöttek aránya és súlymegoszlása 1999-2003 között



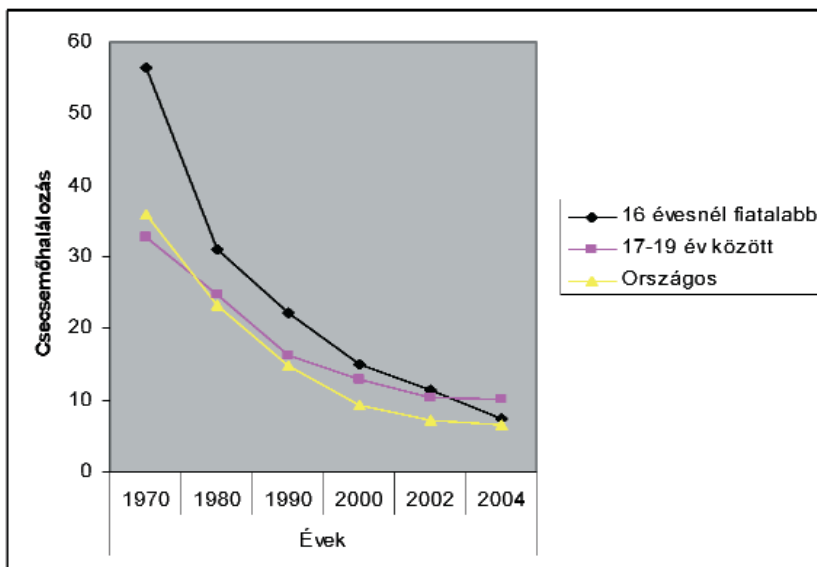
**5. ábra Művi terhességmegszakítások és élvezületések száma
14 évesnél fiatalabb lányok között
1970-2004**



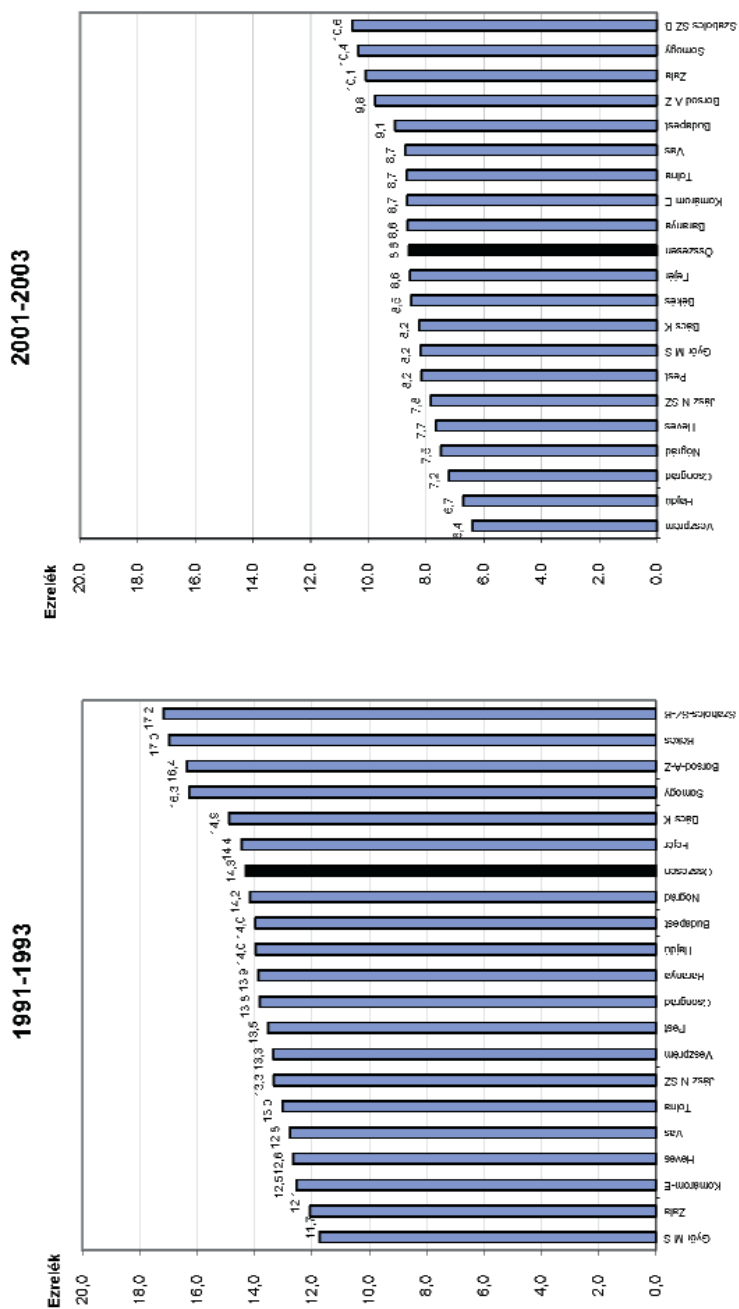
**6. ábra Művi terhességmegszakítások és élvezületések 1000 megkérdezett
15-19 éves életkorú nő között
1970-2004**



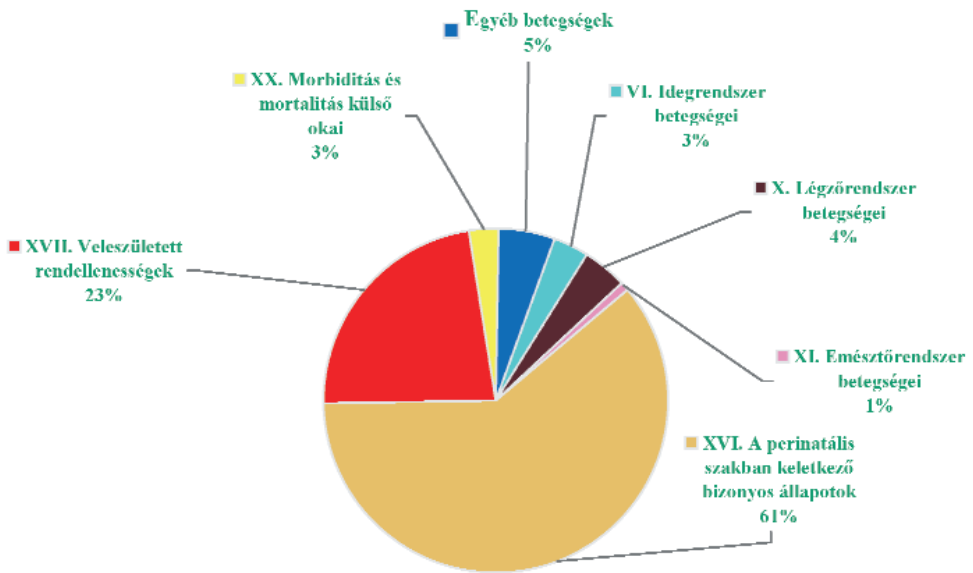
7. ábra Magyarország csecsemőhalálzási arányszámának alakulása 1985 és 2000 között, nemzetközi összehasonlításban



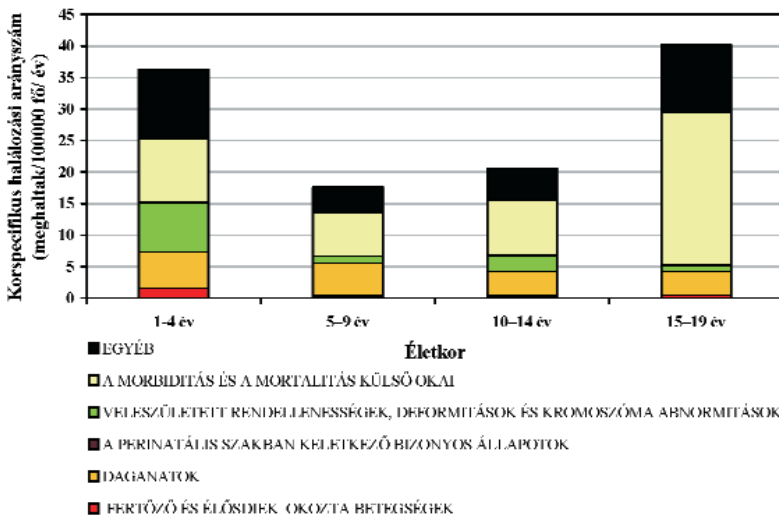
8. ábra Egy éves életkor alatt meghalt csecsemők aránya ezrelékben az anya életkora szerint



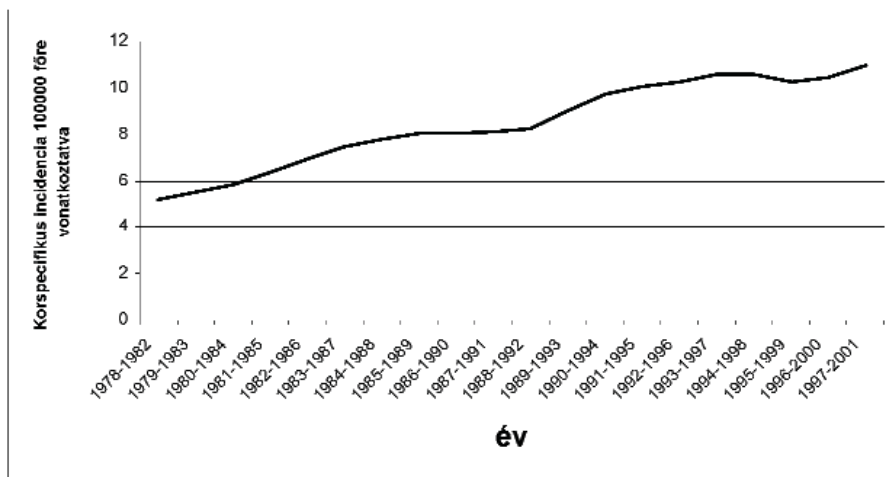
9. ábra Csecsemőhalálozás területi különbségei megyénként 1991-1993 és 2001-2003 között (3 éves átlagok)



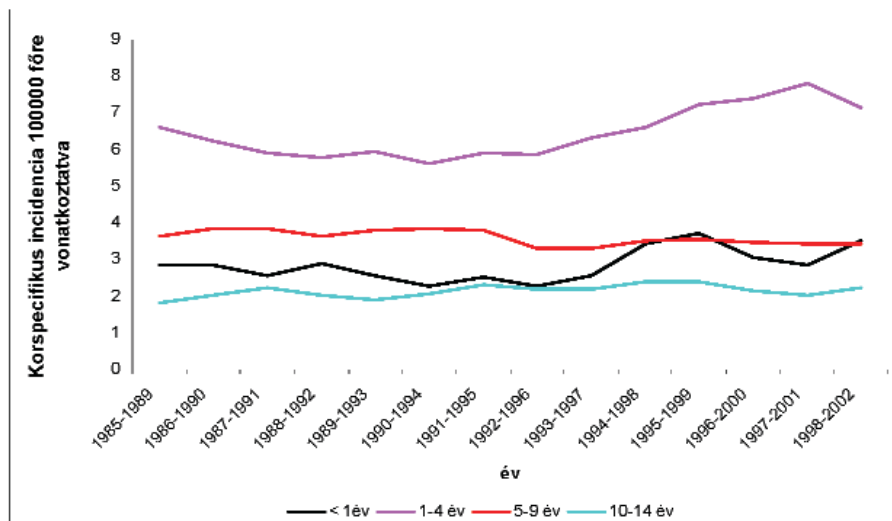
10. ábra Csecsemőhalálozás haláloki megoszlása 2003. év



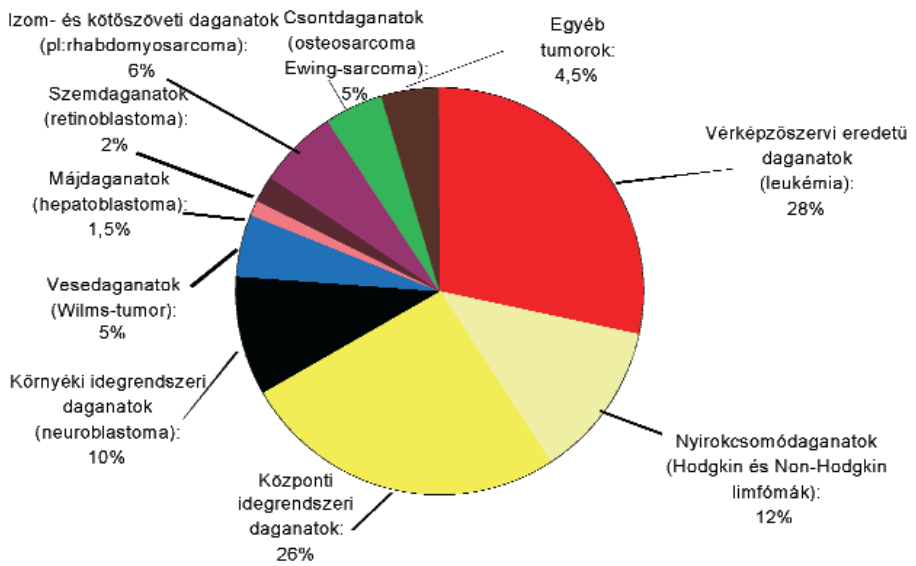
11. ábra 100.000 azonos korú gyermekekre jutó meghaltak száma halálokonként



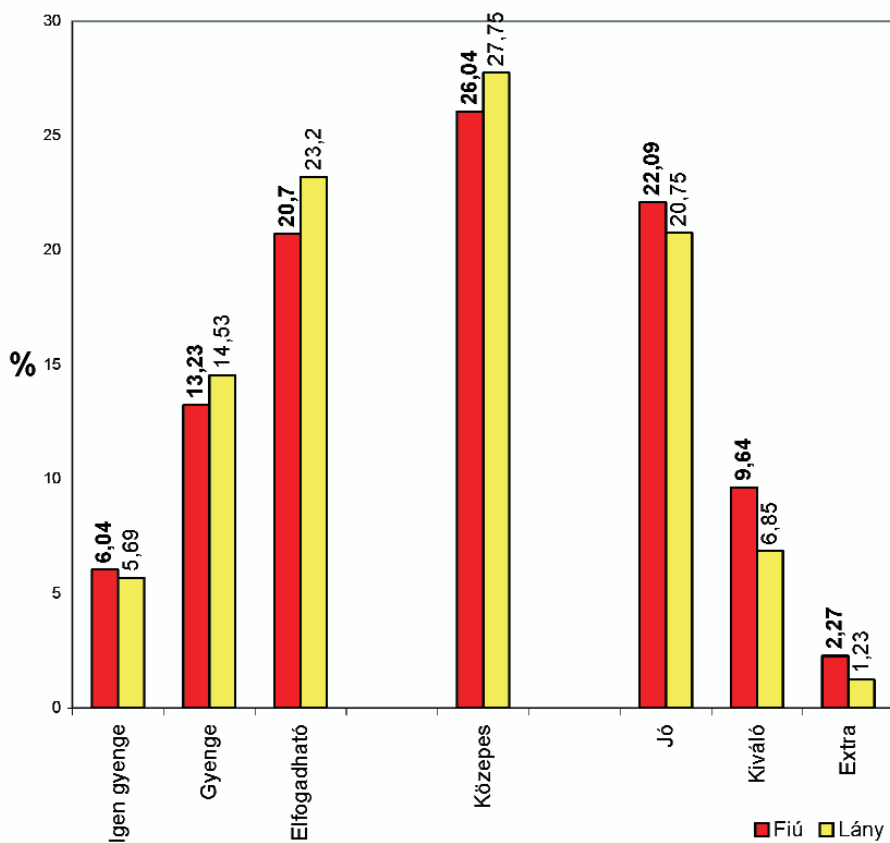
12. ábra Az 1-es típusú cukorbetegség korszpecifikus incidenciájának mozgóátlaga 0-14 éves életkorban



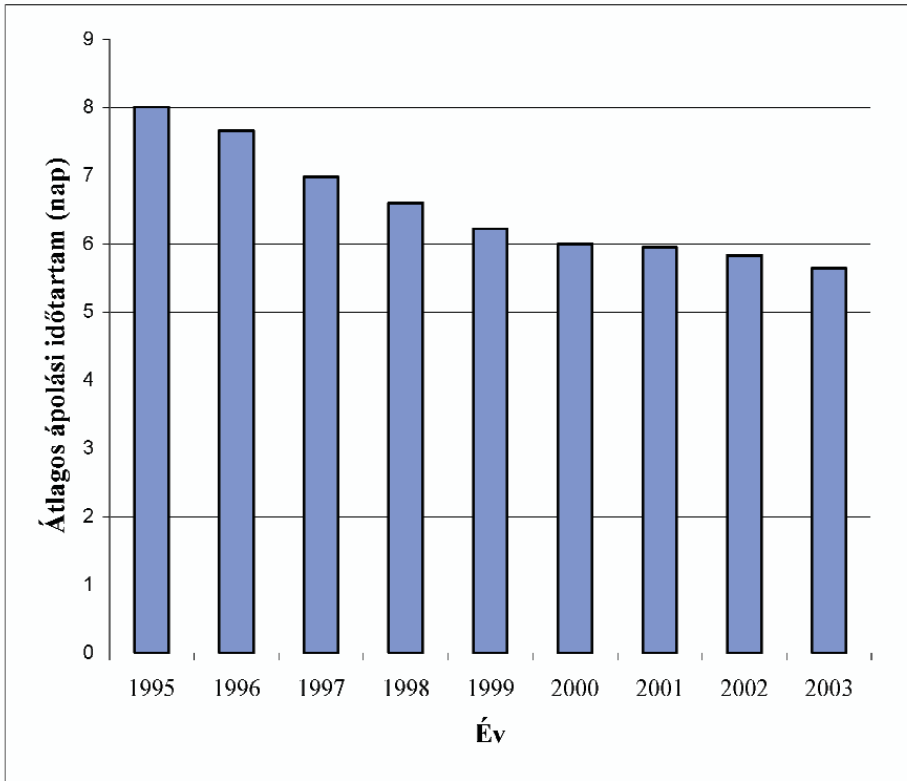
13. ábra A leukémiák korszpecifikus incidenciájának mozgóátlaga az egyes gyermekkorcsoportokban



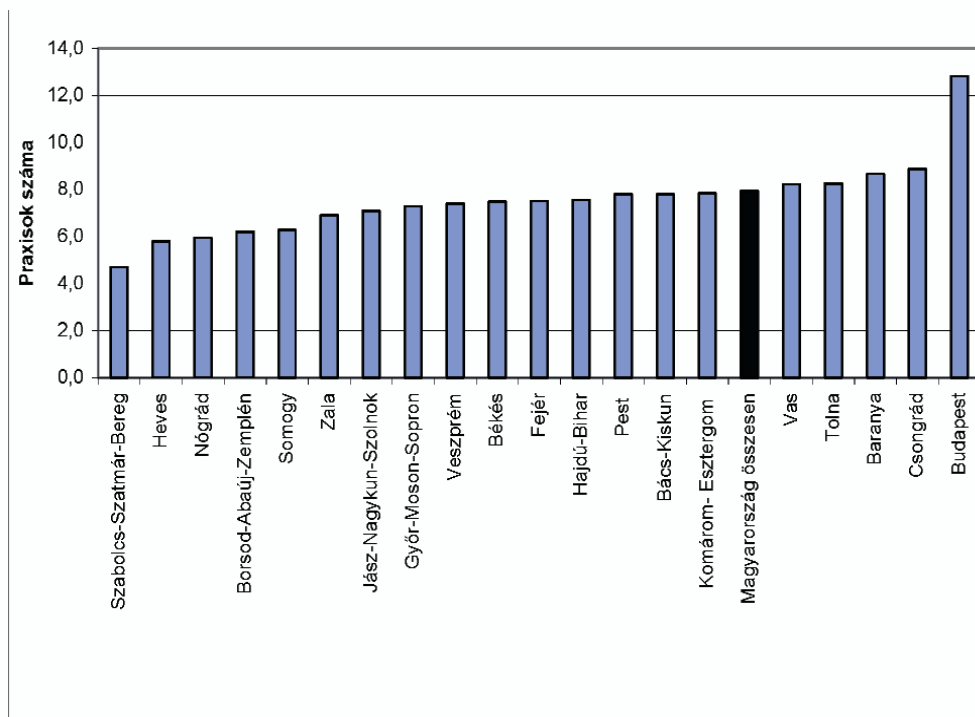
14. ábra Gyermekkori daganatos betegségek százalékos megoszlása hazánkban



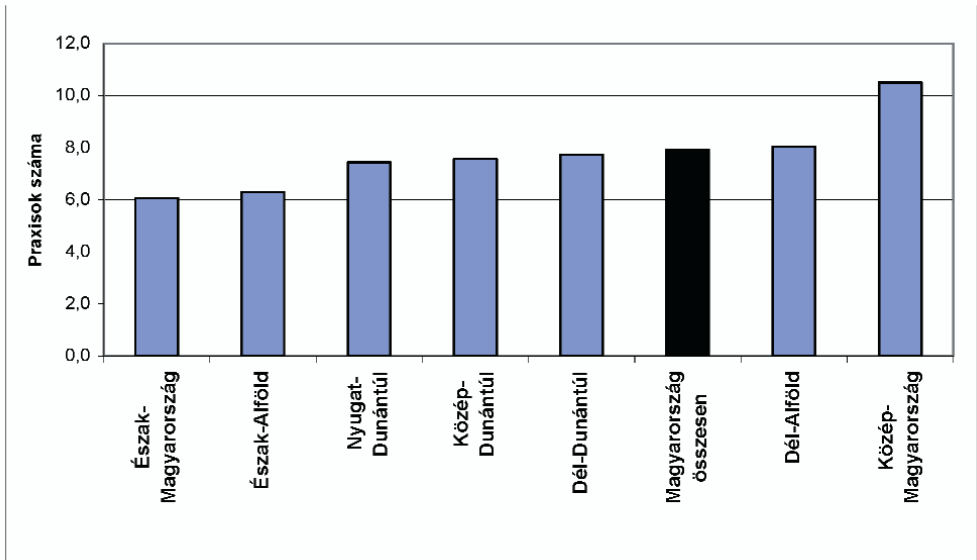
15. ábra Tanulók általános teherbíró képességének minősítése (a 2., 6., és 11. osztályokban történt fitességi vizsgálatok alapján) 2003/2004 tanév



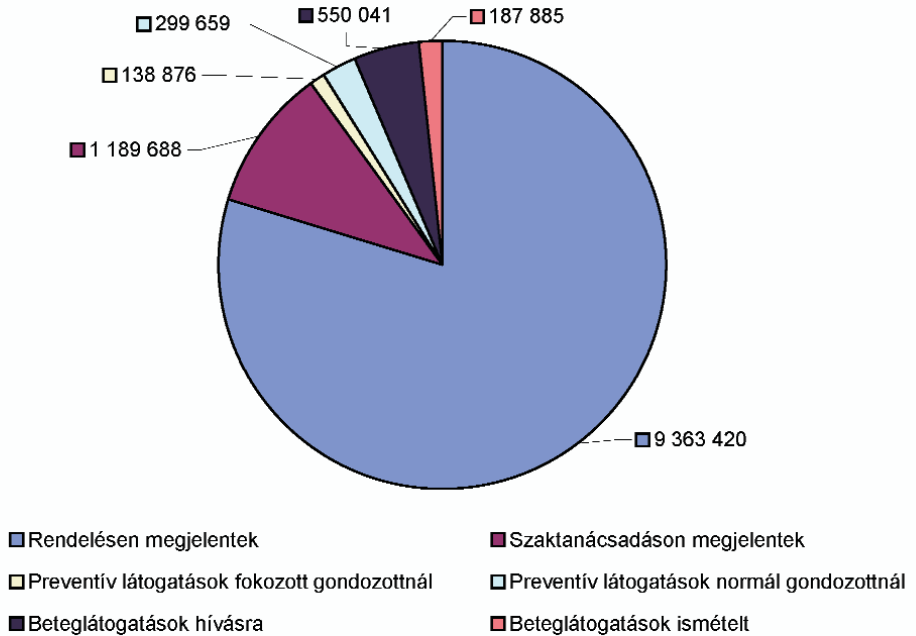
**16. ábra Fekvőbeteg intézetek csecsemő- és gyermekgyógyászati osztályai
1995 és 2003 között**



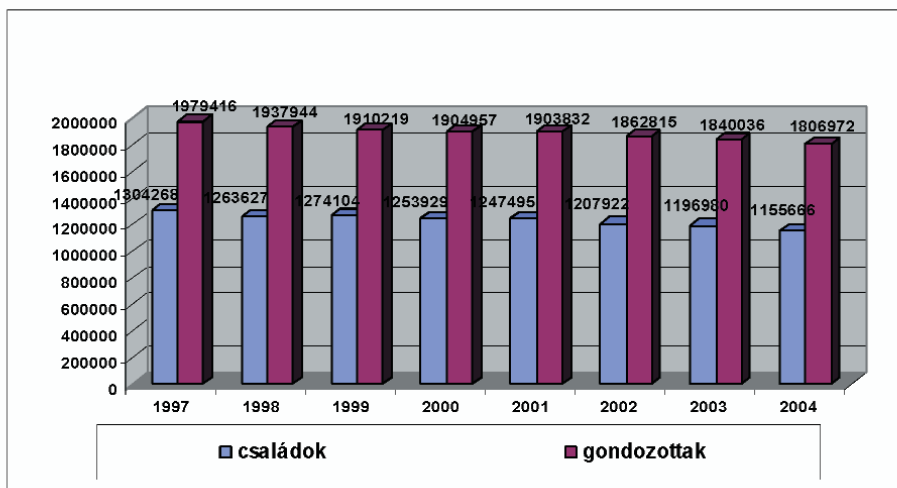
17. ábra 10.000 gyermekre eső házi gyermekorvosi praxisok száma megyénként



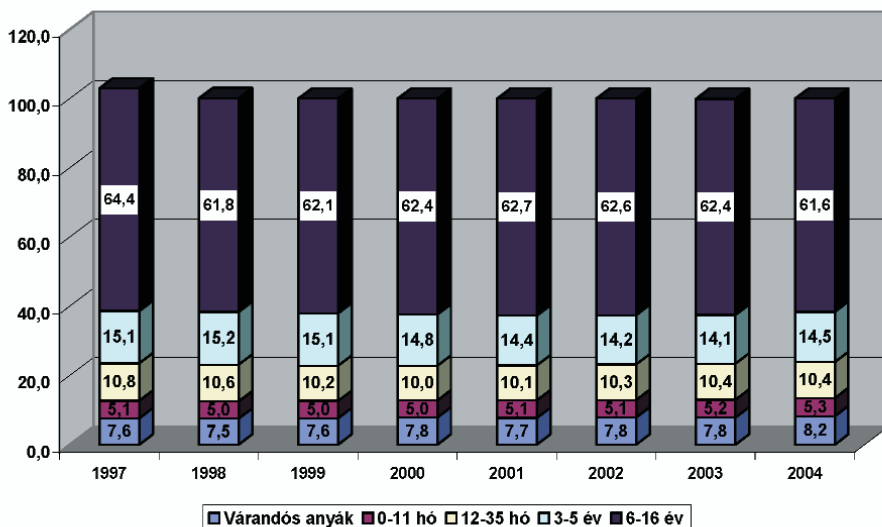
18. ábra 10.000 gyermekre eső gyermekpraxisok száma régióként



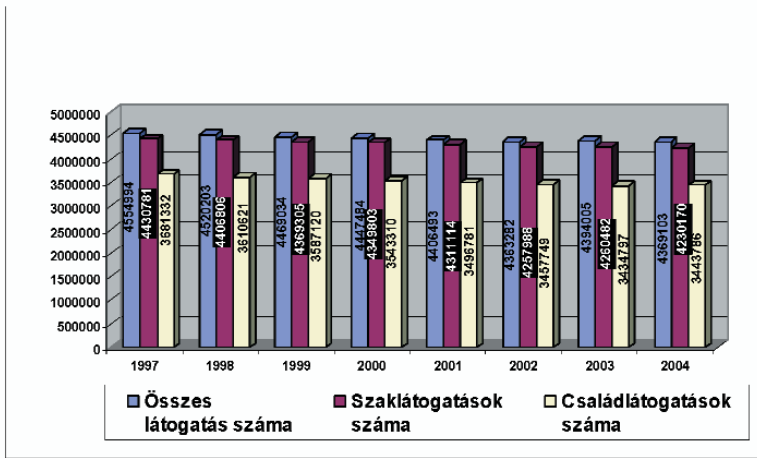
19. ábra A házi gyermekorvosok éves forgalmi adatai



20. ábra Körzeti védőnők által nyilvántartott családok és gondozottak számának alakulása 1997-2004



21. ábra Körzeti védőnők által nyilvántartott gondozottak megoszlása 1997-2004.



22. ábra Körzeti védőnői látogatások alakulása 1997-2004

	1992	1997	2002	2003	2004	2005.01.01
Lakosság	10 323 700	110 154 900	10 158 600	10 142 362	10 116 742	10 097 549
0-4 évesek	613 300	554 200	478 400	477 677	476 348	477 844
5-9 évesek	621 100	612 200	551 000	540 532	521 952	503 128
10-14 évesek	749 500	620 400	617 500	615 479	607 817	598 725
15-17 évesek	550 000	436 300	391 300	322 352	314 694	317 164
0-17 évesek összes	2 533 900	2 223 100	2 038 200	1 956 040	1 920 811	1 896 861
0-17 évesek aránya	24,50%	21,90%	20,10%	19,30%	18,90%	18,80%

1. sz. táblázat

A 0-18 éves életkorú gyermekek és serdülők össz népességben belüli aránya

CSECSEMŐHALÁLÓZÁS 35 EURÓPAI ORSZÁGBAN 2003 ÉVI ADATOK

Ország	%	Ország	%
Finnország	3,0	Nagy-Britania	5,2
Svédország	3,3	Észtország	5,7
Spanyolország	3,5	Írország	6,0
Norvégia	3,5	Horvátország	7,0
Szlovénia	3,8	Magyarország	7,3
Ausztria	4,1	Lengyelország	7,5
Csehország	4,2	Szlovákia	7,6
Franciaország	4,2	Fehéroroszország	7,8
Németország	4,2	Litvánia	7,9
Dánia	4,4	Bosznia	9,4
Belgium	4,4	Lettország	9,9
Olaszország	4,5	Ukrajna	10,3
Svájc	4,5	Jugoszlávia	13,3
Ciprus	4,7	Bulgária	13,3
Luxemburg	5,0	Oroszország	13,3
Portugália	5,0	Románia	17,2
Hollandia	5,0	Törökország	39,4
Görögország	5,1	Japán	3,3
		Ausztrália	5,3
		Kanada	5,2
		Izrael	5,3
		USA	6,8

2. táblázat
Csecsemőhalalozás
35 európai országban

Megye	Működő kórházi ágyak átlagos száma	Osztályokról elbocsátott betegek száma összesen	Más osztályra áthelyezve	Meghaltak összesen	Egynapos ellátási esetek száma	Ápolás átlagos tartalma (nap)	Ágykihasználási %	Halálozási %
Budapest	1549,0	73 960	2 908	182	2	5,32	69,37	0,25
Baranya	240,0	9 562	289	41	0	5,81	63,24	0,43
Bács-Kiskun	145,1	5 525	169	12	0	6,17	64,22	0,22
Békés	173,0	6 234	154	8	0	6,86	67,54	0,13
Borsod-A.-Z.	420,0	14 464	239	57	0	7,73	72,71	0,39
Csongrád	229,0	10 715	358	51	0	5,82	74,36	0,48
Fejér	136,8	5 646	81	12	0	5,20	58,65	0,21
Győr-M.-S.	103,9	4 639	94	20	0	6,04	73,73	0,43
Hajdú-B.	275,0	14 368	1 033	19	0	5,85	83,52	0,13
Heves	125,0	4 310	17	5	0	4,84	45,59	0,12
Jász-N.-Sz.	173,0	6 435	98	7	0	5,42	55,11	0,11
Komárom-E.	102,0	4 486	4	3	0	5,2	62,5	0,07
Nógrád	81,0	3 163	9	3	0	5,38	57,4	0,09
Pest	124,0	5 470	6	3	4	5,24	63,15	0,05
Somogy	213,0	11 431	96	1	1	5,08	74,42	0,01
Szabolcs-Sz.-B.	273,9	14 197	555	43	0	5,53	78,26	0,3
Tolna	100,0	5 239	5	1	85	4,35	62,25	0,02
Vas	90,0	4 899	28	12	0	5,38	80,02	0,24
Veszprém	115,0	6 862	187	14	3	4,79	78,1	0,2
Zala	150,0	5 445	231	8	0	5,97	59,23	0,15
Ország összesen	4818,7	217 050	6 561	502	95	5,61	69,01	0,23

3. táblázat

Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás 2004.

Megye	Területi védőnői szolgálatok száma	Iskolavédőnői szolgálatok száma
Baranya	176	44
Bács-Kiskun	217	49
Békés	154	42
Borsod-Abaúj-Zemplén	375	26
Csongrád	182	36
Féjér	185	14
Győr-Moson-Sopron	173	42
Hajdú-Bihar	227	42
Helyes	151	25
Komárom-Esztergom	120	30
Nógrád	93	14
Pest	419	62
Somogy	165	10
Szabolcs-Szatmár-Bereg	270	58
Jász-Nagykun-Szolnok	185	31
Tolna	114	18
Vas	123	25
Veszprém	149	39
Zala	140	30
Budapest	492	205
Ország összesen:	4110	842

4. táblázat

Területi védőnői és iskolavédőnői szolgálatok száma
megyei bontásban 2005. október

Ezúton is köszönetet mondunk az alább felsorolt szakmai és civil szervezeteknek és képviselőiknek a program elkészítéséhez nyújtott magas szakmai és emberi elkötelezettségű segítségéért!

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Ápolási Szakmai Kollégium
Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Gyermekegészségügyi Központ
Bőr- és Nemibetegségek Szakmai Kollégiuma
Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium
Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum Gyermekklinika
Egészségtan Tanárok Egylete
Egészségügyi Informatikai Szakmai Kollégium
Fejér Megyei Szent György Kórház Újszülött-, Csecsemő- és Gyermekosztály
Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság
Foglalkozás- orvostani Szakmai Kollégium
Fogyatékos Gyermekekért Közalapítvány
Fővárosi Madarász Utcai Gyermekkorház
Gézengúz Alapítvány a Születési Károsultakért
Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet
Gyermekek Egészségnevelő Prevenációs Alapítványa
Gyermekrák Alapítvány
Gyermeksebészeti Szakmai Kollégium
Halmozottan Sérültek Szülöszövetsége Kiemelten Közhasznú Szervezet
Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete
Heim Pál Gyermekkorház
Idegsebészeti Szakmai Kollégium
Kardiológiai Szakmai Kollégium
Kenézy Gyula Kórház Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály
Kisvárosi Önkormányzatok Országos Érdekszövetsége
Klinikai Immunológiai és Allergológiai Szakmai Kollégium
Klinikai Szakpszichológusi Szakmai Kollégium
Magyar Ápolási Egyesület
Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
Magyar Gyermekgyógyász Társaság
Magyar Kórházszövetség
Magyar Védőnők Egyesülete
Magyar Vöröskereszt
Magyarországi Evangélikus Egyház
Magyarországi Református Egyház

Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórház
Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő- és Szívkórháza
Megelőző Orvostani és Népegészségtani szakmai Kollégium
Megyei Önkormányzatok Országos Szövetsége
Neurológiai Szakmai Kollégium
Országos Alapellátási Intézet
Országos Egészségfejlesztési Intézet
Országos és Regionális Gyermekszakfelügyelő Főorvosok
Országos Gyermekegészségügyi Intézet
Országos Gyógyintézeti Központ
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
Országos Tisztifőorvosi Hivatal
Ortopédiai Szakmai Kollégium
Orvosi Laboratóriumi Vizsgálatok Szakmai Kollégiuma
Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület
Pathológiai Szakmai Kollégium
Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum
Gyermekklinika
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet Gyermekosztály, Törökbálint
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Csecsemő- és Gyermekgyógyászati
Központ
Pszichiátriai Szakmai Kollégium
Radiológiai Szakmai Kollégium
Semmelweis Egyetem I. Gyermekklinika
Semmelweis Egyetem II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet
Sportegészségügyi Szakmai Kollégium
Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium
Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Gyermek és
Ifjúságpszichiátriai Önálló Osztály
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Gyermekklinika
Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság
Tudománnyal a gyermekek egészségéért Alapítvány
Vadaskerti Kórház és Szakambulancia
Vas Megye és Szombathely MJV Markusovszky Kórháza
Védőnői Szakmai Kollégium

**Kiadta az Egészségügyi Minisztérium megbízásából
az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
Felelős kiadó:
Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter**

Budapest, 2005. november