

XXII. ÉVFOLYAM / 4. SZÁM
2025. AUGUSZTUS

Orvosok Lapja

A Magyar Orvosi Kamara
hivatalos folyóirata



SOHA SINCS JÓ IDŐ

ELNÖKSÉGI
KÖZLEMÉNY

Kié a hivatás?

AKTUÁLIS

A betegelégedettség
mérése

AKTUÁLIS

„Az orvostársadalom
szájkosarat kapott”

KONZÍLIUM

Hevesi járás
háziiorvosi pilot

KÖSZÖNJÜK, HOGY BEFIZETTE A TAGDÍJAT!

Így Önnel együtt még határozottabban tudunk kiállni az orvostársadalom érdekeiért.

Mert a becsületünk, a méltóságunk és megélhetésünk a drága. Nem a tagdíj.

Köszönjük!

Tartalom

Elnökségi közlemény: Kié a hivatás? – A független köztestület mint politikai ellenségkép 4

ELNÖKSÉG

A MOK elnökségének
2025. június–július havi
tevékenysége 6

AKTUÁLIS

A betegelégedettség mérése –
a páciensek hangját követve 12
A fogyatékkal élő személyekről
szóló kommunikáció alapelvei 16



„Az orvostársadalom szájkosarat
kapott a kormányzattól,
és ez óriási probléma” 20

KONZÍLIUM



Nyáron nagyon meleg van,
soha sincs jó idő 22

Hevesi járás háziorvosi pilot 24
Innovatív lehetőség
a betegbiztonság növelésére 24
Alapellátási ügyletek:
a kezdetek és a vég?! 26

JOGOS KÉRDÉS



A szülői jogok gyakorlása
gyermek egészségügyi
ellátása során 32

DIPLOMÁSOK

MOK DTESZ – Egy szakmai
közösség, ami valóban támogat 37
Apróhirdetések 38

TESZÜNK EGY KÖRT

A háziorvoslás és
az ügyeleti rendszer 39

UTÁNPÓTLÁS

Újratervezés: rezidens és doktori
képzés (PhD) – Lehet-e egyszerre
sikeres a két pálya? 40

ÉLETUTAK

In memoriam dr. Kovács István 42

Impresszum

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

dr. Nagy Marcell, dr. Svéd Tamás
FŐSZERKESZTŐ dr. Máté-Horváth Nóra
LAPSZERKESZTŐ dr. Szabó Rita
NYELVI LEKTOR Bobály Icu
KIADJA MOK Lapkiadó Kft.
FELELŐS KIADÓ a kiadó ügyvezető
igazgatója

SZERKESZTŐSÉG

1068 Budapest, Szondi utca 100.
TELEFON (06-1) 302-0065
FAX (06-1) 354-0463
E-MAIL orvosoklapja@mok.hu
WEB www.mok.hu

LAKCÍM ÉS LEVELEZÉSI CÍM

VÁLTOZÁSÁNAK BEJELENTÉSE

a MOK illetékes területi szervezeténél
írásban (e-mailen vagy postai úton)

Amennyiben nem tart igényt az
Orvosok Lapja nyomtatott változatának
kézbesítésére, kérjük, jelezze itt:
nyilatkozattétel.mok.hu

Az Orvosok Lapja folyóirat aktuális
tartalma a mok.hu/orvosoklapja
weboldalon tekinthető meg.

ISSN 1785-7198

NYOMDAI MUNKÁK Mediaworks Kft.

A MOK Lapkiadó Kft. megbízásából
terjeszti a Magyar Posta.

A lap minden kamarai tag részére ingye-
nesen jár. Előfizethető a Magyar Orvosi
Kamaránál, 15 000 Ft/év.

ELŐFIZETÉSSSEL, KÉZBESÍTÉSI PROBLÉ-
MÁKKAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEKBEN
TOVÁBBI INFORMÁCIÓ Tanos Zsuzsanna,
TELEFON (06-1) 269-4391/107

E-MAIL terjesztes@mok.hu

Minden tagi adatváltozást a hatályos
jogszabályok szerint Tagjainknak
a MOK területi szervezetei és az ÁEEK
felé 15 napon belül kötelező jelenteni.

HIRDETÉSI FŐMUNKATÁRS

dr. Szabó Rita
E-MAIL hirdetesek@mok.hu

Szaklapunk évente hat alkalommal,
26 000 példányban jut el olvasóinkhoz.

www.mok.hu



Kié a hivatás?

A független köztestület mint politikai ellenségkép

AZ ORVOSI Világszövetség 1948-as genfi deklarációja (www.mok.hu/a-kamararol/genfi-nyilatkozat) az orvosi hivatás nemzetközi etikai alapokmánya. Orvosi fogadalom arról, hogy a beteg jólétét, méltóságát és jogait mindenek fölé helyezve, lelkiismeretünk, szakmai tudásunk legjava szerint gyógyítunk. Az orvos csak megfelelő autonómia birtokában képes ezt teljesíteni: önállóan mérlegelni, döntést hozni és cselekedni. Az orvosi autonómia ezért a gyógyítás alapvető eleme, ezen nyugszik a beteg bizalma és ez adja az orvos felelősségét is. A számunkra példaként szolgáló egészségügyi rendszerekben az orvos kimondhatja, amit szakmailag szükségesnek tart, ellen tud állni káros rendszerszintű beavatkozásoknak, meg tudja védeni a beteget a rossz döntésektől, és ki tud állni az egészségügy minőségéért.

Ez a szabadság azonban nem magától értetődő – különösen nem olyan történelmi korszakokban, amikor a politikai hatalom igényt formál az általa meghatározott narratíva hegemoniájára. A magyar orvostársadalom számára a szocializmus évtizedei különösen tanulságosak: akkoriban az ideológiai kontroll az orvosi gyakorlatra is hatással volt. A szocializmus bizalmatlan volt az értelmiséggel szemben, különösen azokkal, akik szakmájukból adódóan a társadalomnak nélkülözhetetlenek, de kritikus gondolkodásra is képesek voltak. Az autonóm szakmai közösségek léte nemkívánatos volt. A kamarák megszűntek, a valódi orvosi önkormányzatiság eltűnt, a politikai szempontok az egyetemi felvételtől a vezetői kinevezésekig érvényesültek. A hálapénz bevezetésével és tudatos fenntartásával még az etikai normákat is korrumpálta az állampárt. Az orvost a rendszer állami alkalmazotti

szerepbe igyekezett visszaszorítani, elvárás volt az apolitikus, lojális és alkalmazkodó magatartás. Az orvosnak kerülnie kellett a nyílt véleménynyilvánítást, beleértve a beteg érdekeit képviselő kiállást. Ezek a hatások a mai napig érezhetőek a magyar orvostársadalmon, mely sokáig kerülni igyekezett a véleményformáló szerepet – nem csupán a társadalmi, de szakmapolitikai kérdésekben is. A passzivitással azonban jelentős részben átadta sorsa alakítását a szakmai szempontból partvonalon álló politikai szereplőknek. A politikusoknak ez így volt kényelmes. Az utóbbi években azonban ebben változás látszik, egyéni szereplők és a kamara társadalmi jelenléte is erősödik, egyre inkább láthatóvá-hallhatóvá válik. Az orvosok az egészségügyi rendszer kulcsszereplőjeként könnyen érinthetnek hatalmi érdekeket – legyen szó közellátásról, járványkezelésről, szakmai irányelvekről vagy betegjogokról. Gondoljunk bele, hogy a szakmai minimumfeltételek hány helyen nem teljesülnek! A helyzetet nem elfogadó, eredménytelen tárgyalások esetén kihangsúlyozó orvosi képviselőt rámutathat az ezekből adódó politikai felelősségre, ezzel kényelmetlen helyzetet teremtve a hatalom számára.

Úgy tűnik, a politikai hatalom az új helyzetet régi módszerekkel közelíti meg. Több mint három évtizeddel a rendszerváltás után újra feltűnnek a szocializmusban jellemző mechanizmusok.

Az elmúlt években több köztestület autonómiáját súlyos támadás érte. A legnagyobb visszhangot talán a Magyar Tudományos Akadémia körüli események keltették: kutatóhálózatának elcsatolása, az állami források újraelosztásának központosítása, majd az idén 200 éves intézmény létjogosult-



ságának megkérdőjelezése egyértelmű üzenetet hordozott – a tudomány csak annyira lehet szabad, amennyire azt a hatalom engedi.

A kormány a szakmai kamarákra vonatkozóan is világossá tette: ha egy köztestület nem a politikai elvárások szerint működik, akkor annak létjogosultságát elvitatja. Az egyébként rosszul működő végrehajtói kamarát megszüntették és helyette létrehozták a Végrehajtói Kart az ismert szakmai és morális mélyrepüléssel. Tavaly a Növényvédő Mérnöki és Növényorvosi Kamarát szüntették meg egy tollvonással, felosztatva a szabadon választott elnökséget, azonnal létrehozva egy új kamarát, melynek vezetőségébe immár a szaktárca delegál főtítkárt, ezzel politikai irányítót kinevezve egy szakmai köztestületbe.

A Magyar Orvosi Kamaránál a kormány korábban ismert eszközökhöz nyúlt: a kötelező kamarai tagság megszüntetése, az etikai önrendelkezés megvonása nem csupán a szervezet ellehetetlenítését célozta, hanem a teljes orvostársadalomnak szóló figyelmeztetésként értelmezhető. Szerencsére a harmincháromezer taggal az orvostársadalom határozott választ adott az elnyomására tett törekvésekre.

Hangsúlyozni kell, hogy amiről beszélünk, az nem a tárgyalóasztalok mellett ülők, hanem a mindennapi gyógyító munkát végzők, az orvosok és a betegek életére van a legnagyobb hatással.

A szakmai autonómia ugyanis nem privilégium, hanem a gyógyítás alapja. Az orvos elsődleges lojalitása nem a hatalomhoz, hanem az emberi méltósághoz kell hogy kötődjön. Egy politikai irányítás alatt álló orvos – vagy orvosi testület, lásd a belügyminisztérium alá rendelt etikai rendszert – a politikai

érdekek képviselője és a hivatás konfliktusába kerülhet. Ha az orvosi vezetői kinevezésekben előrébb kerül a politikai vagy személyes lojalitás, mint az érdemek szerinti szempontok, az már közvetlen hatással van egy-egy közösség életére és a betegellátás minőségére.

Sajnálatos módon a politikai támadások erősödnek. Takács Péter államtitkár, orvos, a MOK korábbi titkára 2025 augusztusára eljutott oda, hogy a kamara egészét egy külföldről irányított hálózat tagjának titulálta, mely ellen a kormány küzdelmet folytat (*sic!*).

Ezt követően, az írás elején idézett genfi deklarációt jegyző Orvosi Világszövetség, valamint az Európai Orvosok Állandó Bizottsága levélben szólította fel a miniszterelnököt, hogy kormányának tagjai tartsák tiszteletben az orvosi autonómiát és az ezért kiálló demokratikus orvosi köztestületeket. A globális orvostársadalom támogatása természetesen fontos, de a Magyar Orvosi Kamara csak akkor tudja képviselni a hivatás, az orvosok és a betegek érdekeit, ha megmaradnak a tagjai. A MOK kizárólag a tagjai anyagi hozzájárulása miatt tud működni. Így az orvosok egyéni döntésein múlik, hogy a képviselőjük erős marad-e, továbbra is lesz-e egységes hangja a gyógyítóknak. Ez a döntés most a miénk.

Az ősz a MOK és a hazai orvoslás életében is meghatározó lesz. Ebben a viharos politikai környezetben indítunk szakszervezetekkel közös kampányt és fellépést az egészségügyi költségvetés növeléséért, a kiszámítható életpályáért, a megfelelő munkakörülményekért.

dr. Álmos Péter Zoltán
elnök



A MOK elnökségének 2025. június–július havi tevékenysége

RÉSZBEN MAGUNKNAK – a MOK *A magyarok egészsége többet érdemel* kampányának és folyamatos figyelemfelhívásainak, következetes kommunikációjának – tulajdoníthatjuk azt, hogy az egészségügy az utóbbi hónapokban a közélet fontos témája lett. Podcastok – részben a MOK együttműködésében – indultak, jó összefoglaló cikkek készültek, viták generálódtak. A jövőre esedékes választások miatt az egészségügy problémái és jobbítása megkerülhetetlen kérdések lesznek minden induló politikai erő számára, az elképzelések ütköztetése már meg is kezdődött – ezt mindenképpen sikerként könyvelhetjük el.

Ugyanakkor a jelenlegi kormány és egészségügyi vezetés a meglévő problémákra az elmúlt hónapokban több esetben csak rövid távú megoldásokkal állt elő, erőből átvitt, a MOK véleménye szerint már középtávon is kontraproduktív válaszokat adott. Példa erre a háziorvosok salátatörvénybe csomagolt ügyeleti munkára kényszerítése akár szerződés nélkül, vagy a biometrikus arcfelismerő beléptető rendszerek telepítése. Mindezt olykor megkérdőjelezhető adatokra alapozott sikerkommunikáció és orvosellenes hangulatkeltés kísérte.

Így amellet, hogy továbbra is igyekszünk fenntartani a párbeszédet, az általunk felvetett és jelzett problémákra megoldási javaslatokat is adunk, a MOK elnökségének véleményét és tevékenységét leginkább talán a június közepén a köztársasági elnöknek írt levél és a másnap megjelent közlemény jellemezte.

De addig is, időrendben:

JÚNIUS

A MOK elnöke június 2-án Pintér Sándor belügyminiszterrel folytatott személyes megbeszélést. Ugyanezen a napon Meglécz Katalin alelnök részt vett a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) által rendezett ünnepélyes értekezleten, valamint sor került az országos küldöttek rendszeres hó eleji online tájékoztatására is.

3-án Svéd Tamás, a MOK főtitkára képviselte a kamarát a Semmelweis Egyetem Epidemiológiai és Surveillance Központ TÉR-EPI: Új dimenziók az egészségmonitorozásban, eszköz a tervezésben elnevezésű konferenciáján. A bemutatott, szabadon elérhető eszköz nagy segítség lehet a régiós és országos epidemiológiai adatok átlátásában, az ellátás megszervezésében.

4-én Pinke Ildikó titkár részt vett a XX. jubileumi országos patikanapon. 6-án Álmos Péter elnök képviselte a MOK-ot a Szegedi Tudományegyetem által szervezett jótekonysági fogadáson.

11-én Svéd Tamás főtitkár részt vett a Magyarországról szóló 2025-ös országjelentéről tartott szemináriumon, melyet az Európai Bizottság Magyarországi Képvisellete szervezett. A szeminárium fő témája az innováció, termelékenység és ezek hatása a versenyképességre, illetve a készségek és társadalmi igazságosság kérdései volt. Az udvariasan és objektíven megfogalmazott kritikák szerint bőven lenne tér a fejlődésre.

Porpáczy Krisztina, MOK Háziorvosi Csoportjának vezetője és Keczery Attila titkár részt vettek a Háziorvosok Online Szervezetének (HAOSZ) V. országos és I. alapellátási konferenciáján, amelyre június 12. és 14. között került sor Balatonalmádiban. A rendezvényen a fogorvosokat Skapinyecz Tibor alelnök és Linninger Mercedes FTESZ-elnök képviselték.



E napokban jelent meg a *Válasz Online* és a MOK együttműködésében készülő podcast aktuális epizódja *Miért vannak többbezzres műtéti várólisták?* cím-

mel. Élő Anita Hegedűs Zsolt állami, magán- és a brit egészségügyben is operáló ortopédsebésszel, a MOK Etikai Kollégiumának korábbi elnökével, és Dózsa Csaba egészségügyi közgazdással, a Miskolci Egyetem docensével az alábbi kérdésekre keresték a választ:

“

„Millióss összegbe kerülnek a térd- és csípőprotézis-műtétek, sokan hitelre vagy családi segítséggel műttetik meg magukat a magánegészségügyben. De miért kell kétszer fizetni az egészségért, miért nem elég erre a befizetett járulék? Miért torlódtak fel 16 ezren a térdprotézis-beültetésre várók, miközben fél év alatt az állami kórházakban csak 4800 embert tudtak megoperálni?”

”

Június 18-án Álmos Péter mint a Committee of European Doctors (CPME) egyik alelnöke a szervezet brüsszeli ülésén vett részt.

A LÉNYEG EGY LEVÉLBEN ÉS EGY NYILATKOZATBAN

Ismert előzmények:

Az új országos alapellátási ügyeleti rendszer bevezetése számos vitát és konfliktust generált. A közelmúltban a MOK által támogatott alapellátók és jogászaik újabb, nagy jelentőségű pert nyertek: a Kúria kimondta, hogy az OMSZ-szal kötött kétoldalú, konszenzuson alapuló szerződés nélkül a háziorvosok nem kötelezhetőek ügyeleti munkavégzésre. „Válaszként” a kormány benyújtott egy salátatörvénybe rejtett tervezetet, mely szerint: de, kényszeríthetőek, akár bármilyen szerződés nélkül is!

Miután a kórházak és rendelők bejáratánál felszerelt, biometrikus arcfelismerésen alapuló

beléptető rendszerek számos egészségügyi dolgozó és jogvédő tiltakozását váltották ki, az adatbiztonsággal, jogosultsággal és megalapozottsággal szembeni aggályokkal kísérvé, a salátatörvénybe – utólag – ennek megalapozása is belekerült.

Kikerültek a 2026-os tervezett költségvetésnek számai. Ezek szerint az egészségügyre szánt összeg nem emelkedik jövőre érdemben – a növekedés várhatóan éppen csak követi az inflációt, még a várható kórházi adósságokat sem fedezi tervezetten, és nyoma sincs benne a MOK által javasolt évi 500 milliárdos, infláción felüli növekedésnek. Emellett az egészségügyi államtitkár által elismerten nem tartalmaz tervezett („felpántlikázott”) egészségügyi béremelést – nemhogy érdemit, értékkövetőt sem.

A törvénytervezet megismerését követően, június 18-án levelet írtunk Sulyok Tamás köztársasági elnöknek, és azt kértük, a törvényt ne írja alá, hanem küldje azt vissza az Országgyűlésnek újratárgyalásra vagy – amennyiben megítélése szerint alaptörvény-ellenes – forduljon az Alkotmánybírósághoz előzetes normakontrollért.

Azt ezt kísérő közleményben így írtunk:

A Magyar Orvosi Kamara arra kéri a köztársasági elnököt, hogy ne írja alá az Országgyűlés 2025. június 17-i ülésnapján a Magyarország versenyképességének javítása érdekében egyes törvények módosításáról szóló törvényt, amely három ponton is rendkívül hátrányos az egészségügyi ellátórendszer működésére.

1. Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény elfogadott módosítása veszélyezteti a jogbiztonságot, szembemegy az európai jogrenddel, az Alaptörvény szellemiségével és káros Magyarország egészségügyi ellátó rendszerére már rövid távon is. A most elfogadott törvény ugyanis kötelezi a háziorvosokat, hogy szerződés nélkül is vegyenek részt állami feladat ellátásában, illetve az alapellátók és az Országos Mentőszolgálat közötti szerződés tartalmát a szerződő felek jogszerű megállapodása helyett miniszteri rendeletben, diktátumként kívánja meghatározni. [...]

Az alapellátást az elmúlt három év intézkedései tovább gyengítették, a betöltetlen vagy helyettesítéssel betöltött praxisok száma ugrásszerűen megnőtt, a szakma vonzereje tovább esett, az ellátást már csak a nyugdíjkorhatárt elért kollégák további munkája tartja működésben. Az ügyeleti ellátási szerződések tekintetében a Kúria két év után úgy ítélte, hogy nem lehet egyoldalúan és tárgyalás nélkül létrehozott szerződéssel ügyeleti feladatra kötelezni a háziorvosokat.



JÚNIUS – HÁTRALÉVŐ RÉSZ

19-én a MOK elnöke is jelen volt a Semmelweis Egyetem Transzlációs Medicina Központ ígéretes képzésének bemutatóján, ahol annak igazgatójával, Hegyi Péterrel is egyeztetett. 23-án Álmós Péter Magyar Orvosok Szakszervezetének vezetőivel tanácskozott.

24-én Álmós Péter és Svéd Tamás a XIX. IME egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferenciáján vett részt, Álmós Péter a kórházi adóságokról szóló kerekasztal-beszélgetésen is kifejtette álláspontját.

30-án Skapinyecz Tibor alelnök részt vett a Belügyminisztérium dísztermében megrendezett Semmelweis-napi ünnepségen. Meglécz Katalin alelnök ugyanezen a napon a Semmelweis Egyetem Belső Klinikai Tömbjénél, illetve a Szent Rókus Klinikai Tömbnél helyezte el a megemlékezés virágait.

JÚLIUS

Július 1-jén megalakult a MOK Háziorvosi Tagozata. Tagozatok alakítását a MOK új alapszabálya teszi lehetővé. Nem véletlen, hogy az egyik első az eddig is legaktívabb, legtöbbet dolgozó kamarai csoportból, az Alapellátási Munkacsoportból alakult.

Így jellemzőnek tekinthető, hogy ugyanezen a napon két gondosan kidolgozott anyagot küldtek el: Az egyiket dr. Kereszty Évával együttműködésben Pintér Sándor belügyminiszternek: *Összefoglaló a jelenlegi eHVB problémáiról és javaslatok a további szabályozás fontosabb pontjaira*. Ebben leírták az érvényes halottvizsgálati rendszer adminisztratív, technikai és betegjogi hibáit és javaslatot tettek kijavításukra.

„A MOK hangsúlyosan tekint a halottvizsgálatra mint a mortalitási és részben a morbiditási mutatók alapjára, ezen keresztül a bizonyítékokon alapuló egészségpolitika egyik alappillére. Fontos társadalmi érdek, hogy a nem természetes halálos esetek ne maradhassanak rejtve, akár a baleset-megelőzés, akár más prevenciók eszközök fejlesztése, vagy a büntetőeljárások hatékonyságának javítása érdekében. Megítélésünk szerint az eHVB jelentősége messze túlmutat azon, hogy csak egy eddig papíralapú formanyomtatványt digitalizáljunk, hanem alkalmat adhat a hazai halottvizsgálat korszerűsítésére, szakmai hátterének megerősítésére.”

A másik dokumentum a *Krónikus betegségment orvosszakmai program 2025 – MOK-vélemény* címet viselte, a belügyminiszter mellett az Országos Kórházi Főigazgatóság vezetői, az egészségügyi szakmai kollégium elnöke és a NEAK főigazgatója kapták. Ebben leírták a címbeli program előnyeit, korlátait, megoldandó kérdéseit és javaslatokat tettek a jobbítására.

„A Magyar Orvosi Kamara Háziorvosi Csoportja minden olyan kezdeményezést támogat, ami a betegellátás minőségének javítása érdekében történik, különösképp akkor, ha az forrásbevonással is jár és többletet eredményez az alapellátás finanszírozásában. Örömmel fogadtuk azt a gondolatot, hogy a háziorvoslás fő feladatai közül a krónikus betegségek gondozását helyezve a fókuszba, megjelent a Krónikus betegségmentedzsment orvosszakmai program. A program kapcsán sajnálattal vettük tudomásul, hogy a projekt szakmai programjába csak annak megjelenése után kaphattunk betekintést, és a program dokumentumainak szakmai és gyakorlati megvalósulását érintő technikai előkészítésében véleményezési szinten sem vehettünk részt. Ezzel együtt, azért, hogy tagjaink a megfelelő szakmaisággal, felkészülten és felelősséggel tudjanak csatlakozni a programhoz, munkacsoportunk a nyilvános beszámolókat, a NEAK oldalán közzétett tájékoztatót és a szakmai programot részletesen tanulmányozta, majd szakmai megállapításait összefoglalta és a MOK Háziorvosi Csoport tagjaival megvitatta. Az alábbiakban az így felmerült megfigyeléseinket ismertetjük, továbbá a programról kérdéseket fogalmazunk meg és a problémás pontokra megoldási javaslatokat is teszünk.

“

Kiemelten fontosnak tartjuk azt, hogy a program megvalósítása során folyamatos legyen a párbeszéd az egészségügyi kormányzat, valamint a szakmai irányításért és a finanszírozásért felelős szervezetek és a programot megvalósító háziorvosok között.

”

Július 3-án került ki a MOK-honlap *Realitás* rovatába e sorok szerzőjének *Nyáron nagyon meleg van, soha sincs jó idő* című cikke, amelyet változatlan formában lapunkban is közlünk. Ebben a kórházak, rendelők hiányos klimatizáltságából kiindulva vettem sorra magyar egészségügy aktuális problémáit



és kilátásait: „Noha a gyógyításban használt minden helyiség hűtése abszolút indokolt lenne, hazánkban a jelentős részben elavult kórházak komplett klimatizálása gyakorlatilag lehetetlen, és mindaddig, amíg közpénzből az egészségügyre GDP-arányosan az EU-átlag kétharmadát, abszolút értékben nagyjából a felét költjük, a kor követelményeinek rég nem megfelelő épületek kiváltását, helyettük újak építését nem kezdjük el, ez is így marad.

[...] az elavult, toldozott-foldozott, mind energetikailag, logisztikailag, mind a szakmai követelményeket tekintve meghaladott, a kor követelményeinek rég nem megfelelő épületek kiváltását, helyettük újak építését egyszer el kell kezdeni!

Ehhez pedig először is meg kellene határozni, hol, mekkora, milyen funkciójú épületekre és intézményekre lesz szükségünk a következő 30-50 évben. **Csökkenő népesség, rövidülő kórházi ápolási idők, az egynapos sebészet és nappali kórházi ellátás térnyerése, a telemedicina fejlődése mellett a »kórházbezárás« nem lehet szitokszó.**

Újra, sokadszor: szükség lenne egy konszenzusos, transzparens tervre az egészségügy évtizedeken és kormányciklusokon átívelő strukturális, finansziális és szemléleti átalakítására. Ezt követve tudnánk a pluszráfordításokat értelmesen elkölteni építkezni, azok jelentős részét megelőzésre és oktatásra fordítani. Így lenne remény arra, hogy a magyarok tovább és egészségesebben éljenek, ha pedig mégis megbetegszene, akkor a kor színvonalának megfelelő, egy- vagy kétágyas, tiszta – és hogy teljes kört fussunk – klimatizált helyiségekben gyógyulhassanak.

Mindezt elérendő a MOK *A magyarok egészsége többet érdekel* kampányának folytatásaként a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Orvosok Szakszervezet és a Független Egészségügyi Szakszervezet szeptemberre **Egészségügyi Egyeztető Fórumot** hív életre és ősztől megkezdí a nyomásgyakorlás előkészítését a magyar egészségügy jobbítása, a betegek megfelelő ellátása érdekében.”

4-én gratulációkat fejeztük ki frissen végzett, a napokban orvossá, fogorvossá, diplomássá avatott kollégáinknak, egyben meghívtuk őket magunk közé, kamaránkba. **5-én** Svéd Tamás főtitkár részt vett a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Karának ünnepélyes doktorrá avatási ceremóniáján. **7-én** zajlott a szokásos hó elejei online egyeztetés az országos küldöttekkel.

9-én az országszerte plakátokon megjelenített, az orvosi bérekről szóló kormányzati kommunikációra reagáltunk: „A kormányzat februárban széles körű kampányba kezdett az orvosi átlagbérről, teleplakátolva az országot azzal az állítással, hogy havi 2 millió forint feletti az orvosok átlagbére.

A Magyar Orvosi Kamara kikérte Takács Péter egészségügyi államtitkártól az adat forrását. Az államtitkár május 17-én keltezett válaszeleveléből kiderült, hogy **az orvosok átlagbérééről szóló állítás valótlan.** [...]

A kamara véleménye szerint az egészségügyi vezetés feladata olyan bér- és munkakörülmények megteremtése, amelyek az ország lakosai számára biztosítják a megfelelő ellátáshoz szükséges orvosi – és szakdolgozói – létszámot. Hiteles informálásra van szükség, mert propagandával nem lehet eredményesen felvenni a versenyt a külföldi állásajánlatokkal vagy a hazai magánszektorral.”

Noha Takács Péter államtitkár ez ügyben is megtévesztéssel, politikai szerepvállalással vádolja a MOK-ot, mi továbbra is az objektív tényekhez, adatokhoz ragaszkodunk, problémákat igyekszünk megmutatni, melyekre megoldásokat javasolunk. A számokat illetően pedig a július legvégén megjelent KSH Helyzetkép szintén minket látszik igazolni (bruttó átlagkeresetek a magyar egészségügyben [2024. december]: egészségügyi vezetők: 1 936 079 forint; orvosok [vezetők nélkül]: 1 731 001 forint;”)

14-én Álmos Péter elnök ismét Pintér Sándor belügyminiszterrel tárgyalt.

Miután hiába kértük a köztársasági elnököt a tervezet visszaküldésére, a *Magyar Közlönyben* megjelent és ezzel hatályba lépett az alapellátási ügyelet szabályait módosító miniszteri rendelet. Ezen új szabályozás értelmében a háziorvosok és házi gyermekorvosok szerződés nélkül is kötelesek részt venni az ügyeleti ellátásban. **15-én MOK támogatásával 22 háziorvos beadványozó közvetlen alkotmányjogi panaszt nyújtott be az Alkotmánybírósághoz a háziorvosi ügyeletet módosító törvény és rendelet miatt.** Indítványukban arra hivatkoznak, hogy a módosítás sérti a háziorvosok, házi gyermekorvosok vállalkozáshoz, a foglalkozás gyakorlásához, tulajdonhoz, valamint a családi- és magánéletéhez, illetve pihenéshez való jogát. A beadványban kiemelték azt is, hogy a szabálmódosítás miatt a betegek egészséghez való joga is súlyosan sérül.

23-án ülésezett az országos elnökség, ahol többek között a MOK részvételével zajló rendezvényekről és a MOK gazdálkodását érintő kérdésekről egyeztettek.

Az elmúlt időszakban ismét elszaporodtak azok a hirdetések, amelyek különböző termékeket próbálnak eladni a Magyar Orvosi Kamara, illetve Álmos Péter MOK-elnök nevével. Ez akár hízelt is lehetne – elvégre a MOK-ot és vezetőjét hiteles forrásként jelenítik meg –, de mi azért ismételten felhívtuk a figyelmet arra, hogy sem a MOK, sem

annak vezetői nem reklámoznak termékeket, szolgáltatásokat, és javasoltuk a hasonlóan csalással reklámozott termékekkel szembeni maximális óvatosságot, megvásárlásukat pedig határozottan nem javasoltuk.

Július végén a Válasz Online és a MOK együttműködésében készült podcastban Élő Anita beszélgetett Bálint Balázs szülész-nőgyógyással, a terület korábbi országos szakfelügyelőjével: „Évente több ezer nő választja a magánszüléseteket. Miért fizetnek, ha az államban térítésmentesen is azonnal ellátják őket? Miért törölték el a hálapénzzel együtt a szabad intézmény- és szülészválasztást? Miért mentek át a háborítatlan szülési módszert alkalmazó orvosok csoportosan a magánklinikákra? Miért nőtt kiugróan a császármetszések aránya?”

Július legvégén az alapellátási munkacsoport és tagozat a Bozsik-program elindulása kapcsán az orvosi igazolások megkövetelése terén elért konszenzusos megoldásról tájékoztatta az érintett kollégákat (lényegében egyelőre a szülői nyilatkozat és a legutóbbi éves szűrővizsgálat eredménye elég a focizni kezdő gyermekeknek).

Szintén e hónap végén indítottuk el kérdőíves felmérésünket a biometrikus adatokkal dolgozó beléptető rendszerről, hogy a belügyminisztérium felé minél szélesebben megalapozott véleményeket képviselhessünk.

Összességében a MOK továbbra is el kívánja érni az egészségügyre szánt költségvetési forrá-

sok és energia növelését, a figyelem fenntartását. Emellett célunk legalább a bérek értéktartásának megőrzése az orvosoknál, az ügyeleti díjak emelése, a vezetői feladatot vállalók értékelhető pluszdíjazása, a béremelés érdemi folytatása a szakdolgozók körében. El akarjuk érni, hogy transzparens, konszenzusos tervek alapján hosszú távú egészségügyi reform induljon.

Mindeközben továbbra is a szakmát és annak elveit képviseljük, távol maradunk a pártpolitikától. Ezt nem könnyíti meg a választások közeledtével fokozódó feszültség, melyben az egészségügy vezetése, különösen az államtitkár hajlamos minden kritikát és javaslatot elfogultnak, politikai indíttatásúnak bélyegezni.

Az egészségügyre irányuló társadalmi figyelem azonban egyben lehetőség is. A mi céljaink, elveink tehát változatlanok:

- kollégáink munka- és életkörülményeinek, jövőképének javítása,
- az egészségügy jobbítása betegeink jobb esélyű gyógyulásáért, a magyar társadalom jobb egészségéért.

A fentiek elérése érdekében a rendelkezésünkre álló eszközöket folyamatosan értékeljük. Egy remélhetőleg mindenki számára pihenést is hozó nyár után ősszel újra izgalmas időszak kezdődik.

Addig is mindenkinek további kellemes nyarat, a szabadságon lévőknél feltöltődést, az éppen helyettük dolgozóknak erőt és kitartást kívánunk! ●

VÁLASZ ONLINE
PODCAST:



Hirdetés

Álomnyaralás Mauritiuson

Páratlan szépségű strandok, türkizkék
tenger és első osztályú kényelem
– tapasztalja meg ezen a gyönyörű
Indiai-óceáni szigeten, mi is az igazi luxus.

Akár fürdőzésről, golfjátékokról, túrázásról vagy pihenésről legyen szó, Mauritius exkluzív szállodáiban a kikapcsolódás páratlan élményét kínálja. Töltsön el a Ruefa utazási iroda szervezésében egy felejthetetlen nyaralást az Ambre Resort****-ban, a sziget keleti partján. Ez a népszerű, kizárólag felnőtteket fogadó szálloda közvetlenül a fehérhomokos

tengerparton fekszik, medencével és trópusi kertekkel körülvéve. A vendégek a közeli Ile aux Cerf golfpálya előnyeit is élvezhetik.

Mauritiusi ajánlat a Ruefa-tól: 10 éjszaka az Ambre Resort**** Superior Sea Facing szobáiban all inclusive ellátással, repülővel Budapestről vagy Bécsből, transzferrel 2 990 € tól/fő.*



Fénykép © Ruefa | Ambre Resort

A Ruefa-ban a foglalás személyre szóló, rugalmas, egyszerű. Ausztria legmodernebb utazási irodájában, Eisensadtban magyarul beszélő tanácsadónk örömmel teljesíti kívánságait, hogy hamarosan élvezhesse megérdemelt vakációját.



Egyeztessen időpontot most!

ruefa

Szívesen segítünk Önnek magyarul vagy németül, és örömmel várjuk ajánlatkérését!

Ruefa EZE Eisenstadt
Ruster Straße 82-104/Top 53,
7000 Eisenstadt, Ausztria

+43 2682 628 05
eisenstadt@ruefa.at

*Az ár kétágyas elhelyezés esetén érvényes, egyágyas szoba felár ellenében kérhető. Utazás időpontja pl.: 2025. december 5-16., 10 éjszaka | Az aktuális foglalási lehetőségek a nyomtatás időpontjában (2025. augusztus) érvényesek.



DR. KÖNIG RÓBERT – GYERMEKSEBÉSZ, GYERMEKTRAUMATOLÓGUS ADJUNKTUS

A betegelégedettség mérése – a páciensek hangját követve

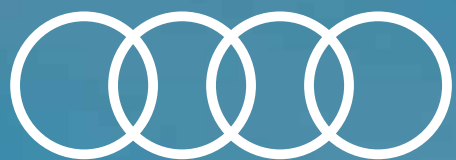
A betegelégedettség mérése révén nem csupán egy indexet állítunk elő, hanem egy kiemelt fontosságú minőségbiztosítási és fejlesztési eszközhöz jutunk, amely elengedhetetlen a modern egészségügyi rendszerekben. A páciensek közvetlen visszajelzése képet ad az ellátás minőségéről, hatékonyságáról, a kommunikáció és az egyéb kapcsolódó szolgáltatások színvonaláról. Kiemelkedő nemzetközi példák, mint az angol NHS és az amerikai CAHPS-rendszer működése mutatja, hogyan valósítható meg a strukturált, transzparens, országos szintű adatgyűjtés, és miként lehet a kapott eredményeket beépíteni a stratégiai tervezés folyamatába.

A BETEGELEGEDETTSÉG (angolul: *patient satisfaction, patient experience*) mérésének elsődleges célja a minőségfejlesztés: a rendszert igénybe vevők nézőpontjának integrálása az egészségügyi szolgáltatások tervezésébe és mindennapos gyakorlatába. Ez nem csupán egy *beauty contest*, nem elsősorban szubjektív érzetet tükröz, hiszen a kvantitatív adatok alapján az ellátás biztonsága, folyamatai, kommunikációja és hozzáférhetősége is vizsgálható.¹ Több elemzés hangsúlyozza annak jelentőségét, hogy az egységes,

validált kérdőívek alkalmazása lehetővé teszi a rendszerszintű összehasonlítást és az átláthatóságot is.^{2,3}

RÖVID NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Az olyan rendszerek, mint a CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) az Egyesült Államokban, strukturált, szabványos kérdéscsomagokat kínálnak az ellátás különböző szintjeire (például kórházak, háziorvosok, egészségbiztosítók) szabva.⁴ ►



Mozdulatlan. Mégis lendületes. Az új Audi Q5.



Ez az Audi



Az új Audi Q5 modell kombinált üzemanyag-fogyasztása: 6,5-7,5 l/100 km, kombinált CO₂-kibocsátása: 148-170 g/km. A megadott értékek a típusjóváahagyás során rögzített, gyári felszereléssel kerültek megállapításra, és a hirdetés feladásának időpontjában érvényesek. A nevezett értékek WLTP szerint mértek, nem egyes járművekre vonatkoznak, nem részei a tájékoztatónak, hanem a különböző járműtípusok összehasonlítására szolgálnak a 715/2007/EK rendelet jelenleg érvényes előírásainak megfelelően. Ezen értékeket egyes többletfelszereltségek, tartozékok, valamint a vezetői szokások és egyéb, nem technikai jellegű tényezők (pl. környezeti feltételek) is befolyásolják. A képen látható gépkocsi illusztráció, és többletfelszereltségeket is tartalmazhat. A tájékoztatás nem teljes körű, további részletek a márkakereskedésekben!



Európai jó gyakorlatokkal például a német⁵ és skandináv⁶ egészségügyi rendszereknél találkozzunk, ahol a betegelégedettség mérését struktúráltan és átláthatóan végzik. A mérések országos szinten szervezettek, standardizált kérdőíveken alapulnak, az eredményeket nyilvánossá teszik. Németországban a legnagyobb megbízósítók rendszeresen végeznek betegelégedettségi kutatásokat, emellett országos adatbázisok (Weisse Liste és Qualitätsberichte) léteznek a kórházak teljesítményéről, beleértve a betegvisszajelzéseket is. Az IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) független intézetként az állam megbízásából végez minőségmérést. Standardizált kérdőíveket küldenek ki postán vagy e-mailben a kórházi ellátás vagy a rendelői vizit után. A kérdőív az ellátás különböző aspektusaira fókuszál, mint a kommunikáció, tájékoztatás, várakozási idő, a személyzet hozzáállása, biztonságérzet, tisztaság, empátia stb. A páciensek online platformokon (például *Weisse Liste*) is értékelhetnek. Az eredmények nyilvános adatbázisokban, összehasonlítható formában érhetők el, a kórházak minőségjelentéseinek részei, az adatok alapul szolgálnak a minőségfejlesztési intézkedésekhez. A skandináv országok betegelégedettség-mérési gyakorlatának közös jellemzője, hogy nagy hangsúlyt fektetnek az állampolgári visszajelzésekre. A mérés rendszerszinten integrált a minőségellenőrzési és a finanszírozási mechanizmusokba.

Egy új kezdeményezés, a Morico International Healthcare Satisfaction Survey kiemelt jelentőségű az egészségügyenlőség szempontjából: globális összehasonlítást tesz lehetővé a fenntartható fejlődési célokhoz igazodva.⁷

A BETEGELÉGEDETTSÉG MÉRÉSÉNEK JÓ GYAKORLATA – NHS

Az NHS (National Health Service) Patient Survey Programme⁸ keretében 2002 óta évente kérdőíves adatgyűjtést hajtanak végre papíralapon és digitálisan egyaránt. A kérdéscsomagok lefedik az ellátás különböző dimenzióit, mint a hozzáférhetőség, az ellátás minősége, a kommunikáció, a személyes bánásmód és a páciensek általános elégedettsége. Külön kérdőívek mérik többek között a sürgősségi, a szülészeti és a gyermekellátás aspektusait, melyek mindegyike mintegy ötven kérdést tartalmaz. A gyermekellátásról szóló kérdőíveknek három típusa létezik: külön mérik a 7 évesnél fiatalabb, illetve a 8 és 11, 12 és 15 év közötti páciensek elégedettségét. Utóbbi két korcsoportban a kérdések részben a gyermekhez szólnak, a kérdőívek ezen

részeinél arra is hangsúlyt fektetnek, hogy a vizuális elemek összhangban legyenek a kitöltők preferenciáival.

Minden ellátóegység esetén körülbelül 850 véletlenszerűen kiválasztott páciens kap kérdőívet az ellátást követően. A háziorvosok (GP services) felmérése online és postai formában történik több ezer válaszadó bevonásával.⁹

A felmérések eredményeinek közzététele évente történik transzparens, könnyen áttekinthető és értelmezhető formában, vállalva az esetleges hiányosságokat, de egyben hatékonyan bemutatva a fejlődés színtereit.¹⁰

LEHETŐSÉGEK – JÓ GYAKORLATOK INTEGRÁCIÓJA

A nemzetközi jó gyakorlatokat áttekintve jellemzően standardizált kérdőívekkel találkozunk, melyeket digitálisan és papíralapon egyaránt kitölthetnek a páciensek. Találunk személyre szóló kérdőíveket, de túlnyomó többségben anonim, ugyanakkor a kitöltő személyére vonatkozóan validált, kérdőíveket látunk. Általános gyakorlat, hogy az eredmények nyilvánosak, és a rendszerszintű minőségfejlesztés szerves részei. Az alábbi konkrét példák mindegyike megfontolásra érdemes:

- Kérdőív kitöltése az ellátást követően azonnal, elektronikus és papíralapon is, akár választható módon, anonim, de validált alapon.
- Program a betegelégedettség mérésére: évente ismétlődő, kampányszerű kérdőíves felmérés bevezetése, adatok rendszerezése és éves jelentés közzététele, beleértve a fekvő-, és járóbeteg-, sürgősségi betegellátási és alapellátási dimenziókat.
- Standardizált kérdőív fejlesztése: a CAHPS vagy Morico mintájára egységes, megbízható, Magyarországon releváns kérdőív kidolgozása.
- Mintavételi struktúra kialakítása: ellátó intézményekhez kapcsolódó mintavétel (~500-1000 kitöltő intézményenként) – számos esetben ez már évek óta megtörténik, igaz, csupán intézményi keretek és hatáskörök között.
- Visszacsatolás és minőségfejlesztés összekapcsolása: az adatokból következő akciótervek és intézményi változtatások beépítése a rendszerbe. Országon belüli intézményi jó gyakorlatok népszerűsítése.
- Nemzetközi összehasonlítás lehetősége: a Morico Survey adaptációja esetén Magyarország is bekapcsolódhat globális összehasonlító hálózatba.
- Digitalizálás és kommunikáció: online (web és applikáció) és papíralapú adatfelvétel, eredmé-

nyek átlátható közlése a páciensek és szakmai szereplők felé egyaránt.

- Szakmai közreműködés és publikációk: az adatok közzétételének lehetősége nemzetközi *peer-review* folyóiratokban.

ITT TARTUNK MOST:

A BETEGELÉGEDETTSÉG

MÉRÉSE MAGYARORSZÁGON

Az egészségügyi ellátás minőségéről és körülményeiről 2024 októberétől adhatnak visszajelzést a páciensek az EgészségAblak mobilalkalmazásban, amelyet jelenleg már több mint négymillióan használnak. A kérdőív rögtön elérhető, amint a beteg kilép a szakorvosi rendelőből, a felhasználó készülékének beállításaitól függően akár push üzenet formájában is megjelenik a telefon kijelzőjén. A mérés egyelőre csupán öt kérdése az ellátás legfőbb fókuszpontjaira irányul, mint az ellátás minősége, az egészségügyi dolgozók hozzáállása, az időpont-foglalás gördülékenysége, az intézményi tájékoztatás, illetve a tisztaság. A válaszadásra értékelőskála alkalmazásával nyílik lehetőség, minden szempontot 1–5-ig értékelhetnek a kitöltők. A kérdőív arra is keresi a választ, hogy az ambuláns lapon rögzített ellátásokat valóban megkapta-e a beteg. A mérés kiterjed a magánellátók tevékenységére. Az adatok kiértékelése folyamatos, tekintve, hogy a felmérés is folyamatosan zajlik bevezetése óta, eddig több mint 1,2 millió betegelégedettségi visszajelzés érkezett be.

Nem vitás, hogy a mérések módszertanának fejlesztésére és az ellátórendszer minden színterére történő adaptációjára van szükség csakúgy, mint a betegelégedettségi visszajelzések és mutatók transzparenssé tételére, valamint folyamatos integrációjára a minőségfejlesztés folyamatába. Jóllehet hazánkban a betegelégedettség mérése még gyerekcipőben jár, rendkívül jó külföldi gyakorlatokkal rendelkezünk és ezeket figyelembe véve elszántan dolgozunk és kell még dolgoznunk azon, hogy a jövőben a változásokat a magyar páciensek hangját követve, és ne pusztán szakmai rutintól vezérelve valósítsuk meg. ●



A Diaverum Hungary Kft. felvételt hirdet ORVOS IGAZGATÓI munkakörre Kalocsa Dialízis Központba

A Diaverum a világ egyik vezető szolgáltatója a vesebeteg-ellátás terén. Tevékenységünk központjában betegeink állnak.

A vesekezelés terén szerzett tapasztalataink 30 éves múltja tekintenek vissza, és azóta is őrizzük vezető helyünket a szektorban.

Világszerte 24 országban vagyunk jelen, ahol 13 500 lelkes munkatársunk dolgozik azon, hogy ellátást nyújtson 42 000 betegünk számára. További információt a www.diaverum.com-on talál.

Amit kínálunk:

- Versenyképes fizetés
- Bónusz
- Európai szintű munkafeltételek
- Támogatás a szakképzés megszerzéséhez
- Támogatás konferenciákon és továbbképzéseken való részvételben
- Egyéb juttatások



Főbb feladatok:

- A dialízis központ orvos-szakmai, szervezeti és vezetői koordinálása
- Stratégiai célok klinikai szintű elősegítése
- Orvosszakmai megfelelés biztosítása
- Napi operatív és klinikai menedzsment feladatok ellátása



Amit várunk:

- Orvosi egyetemi végzettség
- Betegellátásban szerzett szakmai tapasztalat
- Belgyógyászati vagy nephrológiai szakvizsga előnyt jelent
- Szakvizsga előtt álló orvosok jelentkezését is várjuk



Juttatások:

- Cafetéria
- Munkába járás 100 %-os térítése
- Szállás



Vision 2025: For Life! To be the employer of choice in renal care

Mission: Enable our people to deliver life enhancing care

Values: Competence, Passion, Inspiration

Szeretnél egy dinamikusan fejlődő, nemzetközi céghez csatlakozni, ahol megbecsülnék?

Várjuk jelentkezésed a HRHungary@diaverum.com e-mail címre.

A kiválasztással összefüggő adatkezelési tájékoztatónkat („Adatkezelési tájékoztató állásra jelentkezők részére”) a következő linken találod: <https://www.diaverum.com/hu-HU/toborzasi-szabalyzat/>

A jelentkezés befogadásának feltétele, hogy a jelentkezés benyújtásakor nyilatkozzol az abban foglaltak megismeréséről. Ehhez mintát a tájékoztató mellékletében találsz.

1 ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-21-2016/number-1-january-2016/the-patient-experience-and-patient-satisfaction
 2 iris.who.int/bitstream/handle/10665/326274/PMC6653815.pdf
 3 www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10048416
 4 www.ahrq.gov/cahps/index.html
 5 iqtig.org
 6 patientenkat.se
 7 www.mdpi.com/2227-9032/13/7/697
 8 nhssurveys.org
 9 gp-patient.co.uk
 10 nhssurveys.org/data-library



A fogyatékossgal élő személyekről szóló kommunikáció alapelvei

A fogyatékossgal élő emberekről szóló kommunikáció során fontos, hogy tiszteletteljesen, pontosan és befogadó módon fogalmazzunk. Az alábbi alapelvek segítenek ebben.

1. Helyes megnevezések használata

A „fogyatékos” vagy „fogyatékossgal élő” kifejezéseket csak jelzőként használjuk, például: „fogyatékossgal élő személy”. Ne mondjuk önállóan: „fogyatékosok”. Ajánlott (illetve a 2025. évtől alkalmazandó – a szerk.) a „fogyatékossgal élő ember/személy/gyermek/felnőtt” kifejezés.

2. Kerüljük a negatív kifejezéseket

Ne használjunk olyan szavakat, amelyek a fogyatékossgot negatív színben tüntetik fel, például: „fogyatékossgal küzdő”, „szenvédő”, „rászoruló”.

3. A fogyatékossg nem betegség

A fogyatékossg egy állapot, nem betegség. Ezért ne használjuk a „beteg” szót a fogyatékossg szinonimájaként.

4. Helyes ellentétpárok

Az „ép ember” vagy „nem fogyatékossgal élő ember” a helyes ellentétpár, nem az „egészséges ember”.

5. Megváltozott munkaképesség

A „megváltozott munkaképességű személy” és a „fogyatékossgal élő személy” nem ugyanaz, ne használjuk őket szinonimaként.

6. Egyetemes tervezés

A környezetet, épületeket és szolgáltatásokat úgy kell kialakítani, hogy azok mindenki számára hozzáférhetőek legyenek.

7. „Semmit rólunk nélkülünk” elv

Fontos, hogy a fogyatékossgal élő embereket minden őket érintő döntésbe bevonjuk, már a tervezés kezdetétől.

Összefoglalva

A fogyatékossgal élő emberekről mindig tisztelettel, pontosan és befogadóan beszéljünk. Kerüljük a negatív vagy pontatlan kifejezéseket, és törekedjünk arra, hogy minden kommunikáció támogatassa a befogadást és az egyenlő esélyeket.

HELYES ÉS KERÜLENDŐ KIFEJEZÉSEK

A fogyatékossgal élő emberekről szóló kommunikációban kiemelten fontos a tiszteletteljes, pontos és korszerű kifejezések használata.

“

Kerüljük a sértő, elavult vagy negatív jelentésű szavakat, és válasszuk a helyes megnevezéseket. Mindig törekedjünk arra, hogy az érintett embereket emberközpontúan, méltóságteljesen nevezzük meg.

”

Az jobb oldali táblázat segít eligazodni ebben.

AKADÁLYMENTESÍTÉS

Az akadálymentesítés olyan intézkedések és környezet kialakítását jelenti, amelyek lehetővé teszik, hogy a fogyatékossgal élő személyek másokkal azonos alapon, önállóan és teljes körűen részt vegyenek az élet minden területén. Célja, hogy megkönnyítse a közlekedést, a tájékozódást, az információhoz és kommunikációhoz való hozzáférést, valamint minden olyan tevékenység elvégzését, amelyben a fogyatékossgal élő emberek akadályoztatva lehetnek. Az akadálymentesítés a következő területekre terjed ki:

Fizikai akadálymentesítés: az épített környezet (épületek, utak, bel- és kültéri létesítmények, például iskolák, lakóházak, egészségügyi intézmények, munkahelyek) hozzáférhetővé tétele.

Infokommunikációs akadálymentesítés: az információkhoz és kommunikációhoz, beleértve az információs és kommunikációs technológiákat, rendszereket és elektronikus szolgáltatásokat, valamint segélyhívó szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása.

Helyes kifejezések	Kerüendő kifejezések
fogyatékos ember, fogyatékos személy, fogyatékossgal élő ember/ személy	fogyatékkal élő, fogyatékossgal küzdő, csökkent képességű, fogyatékos stb.
hallássérült ember, siket ember, nagyothalló ember	süket, süketnéma, siketnéma, halláscsökkent stb.
halló személy, ép hallású személy	egészséges hallású
látássérült ember, vak ember, gyengénlátó, aliglátó	világtalan, nem látó, fehérbotos, vakis stb.
siketvak ember	süket és vak, siket és vak, süketvak stb.
látó	egészséges látású
kerekesszéssel közlekedő / kerekesszéket használó személy	tolószékes
mozgáskorlátozott ember	béna, rokkant stb.
értelmi fogyatékos ember, intellektuálisan akadályozott ember	szellemi fogyatékos, elmebeteg, gyengeelméjű, debil stb.
beszéd fogyatékos ember/ személy/gyermek, afáziával élő, dadogó, hadaró, orrhangzós, ajakhasadék/szájpadhasadék	néma, beszédzavaros, dadogós, afáziában szenvedő, hadarós, farkastorok, nyúlajak, nyúlszáj, gégeműtött stb.
ép ember	egészséges ember (fogyatékos ellenpárjaként)
mentálisan sérült ember, mentális problémával élő	elmebeteg, bolond, hülye, idióta stb.
autista személy, autista felnőtt/gyermek	autisztikus
halmozottan sérült/fogyatékos ember	többszörös fogyatékossg
fogyatékossgügy(i)	fogyatékossgügy(i)
jelnyelv	jelbeszéd, mutogatás
jelelés, jelelni	mutogatás, mutogatni
jelnyelvi tolmács	jeltolmács
fehér bot	vakbot
vakvezető kutya	vezetőkutya
Braille-írás, pontírás	Braille-nyelv
kerekesszék	tolókocsi, tolószék, rokkantkocsi
afázia (aphasia)	–
írás-, olvasás-, számolás- akadályozottság	–
diszlexia, diszkalkulia	–
pszichoszociális fogyatékossg	mentálhigiénés fogyatékossg
autizmus, autizmus-spektrum-zavar	autisztikus
halmozott sérülés/fogyatékossg	többszörös fogyatékossg
hallókészülék	nagyothalló készülék
indukciós hurok	–





Értelmezést, önálló tevékenységet segítő akadálymentesítés: a tevékenységek, folyamatok megértését és minél önállóbb megvalósítását segítő információs, kommunikációs és vizuális támogatások, valamint az ingercsökkentett környezet biztosítása.

Az akadálymentesítés magában foglalja a hozzáférési akadályok és korlátok beazonosítását és felszámolását mind városi, mind vidéki területeken, továbbá a nyilvánosan hozzáférhető vagy rendelkezésre álló lehetőségekhez és szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés megteremtését.

Az utólagos akadálymentesítés – amikor egy már meglévő rendszerben (például épület, szoftver, honlap) történik – általában többletköltséggel és kompromisszumokkal jár, ezért kiemelten fontos a tervezéskor az akadálymentesség szempontjainak érvényesítése.

GYAKORLATI KIEGÉSZÍTÉS

Mindig győződjünk meg arról, hogy a helyszínek valóban akadálymentesítettek-e. Ellenőrizzük például, hogy a rámpák nem túl meredek, biztosított-e a jelnyelvi tolmács jelenléte, az épület és a helyszín ténylegesen hozzáférhető-e, rendelkezésre áll-e akadálymentes mellékhelyiség, valamint hogy a munkatársak megfelelő tájékoztatást kaptak-e az akadálymentesség szempontjairól. Csak így teremthető minden érintett személy számára valóban egyenlő esélyű hozzáférés.

EGYETEMES TERVEZÉS

Az egyetemes tervezés azt jelenti, hogy a termékeket, környezetet, programokat és szolgáltatásokat már a tervezés folyamatában úgy alakítjuk ki, hogy azok minden ember számára a lehető legnagyobb mértékben hozzáférhetőek és használhatóak legyenek, adaptálás vagy speciális tervezés szükségessége nélkül.

Ez a szemlélet azt is jelenti, hogy nem utólagos átalakításokkal, hanem már az alapoktól figyelembe vesszük a fogyatékossgal élő vagy más okból akadályozott személyek speciális igényeit.

Az egyetemes tervezés alkalmazható épületek, honlapok, szoftverek, programok és események megtervezése során. Az így kialakított környezet vagy szolgáltatás biztosítja az egyenlő esélyű hozzáférést mindenki számára. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy az egyetemes tervezés nem teszi automatikusan szükségtelenné a speciális segédeszközök vagy támogató technológiák (például kerekesszék, pontírás, hallókészülék, jelnyelv stb.) használatát, de ezek alkalmazásával a környezet vagy szolgáltatás a fogyatékossgal élő felhasználók számára is akadályok nélkül elérhetővé válik.

ÉSZSZERŰ ALKALMAZKODÁS

Az észszerű alkalmazkodás azokat az elengedhetetlen és megfelelő módosításokat és változtatásokat jelenti, amelyek a fogyatékossgal élő személy egyéni szükségleteihez igazítják a környezetet aránytalan vagy indokolatlan terhelés nélkül. Az észszerű alkalmazkodás célja, hogy biztosítsa a fogyatékossgal élő személyek alapvető emberi jogainak és szabadságainak egyenlő mértékű élvezetét és gyakorlását mindenki számára.

HOZZÁÁLLÁS

A fogyatékossgal élő személyek független, önrendelkező emberek, akikkel éppúgy kell bánnunk, mint bárki mással. Fontos, hogy ne hozzunk helyettük döntéseket, hanem működünk együtt velük, és minden esetben kérdezzük meg, hogy szükségük van-e segítségre, mielőtt felajánlanánk azt. A tiszteletteljes, partneri hozzáállás elősegíti az egyenlő esélyű részvételt és a kölcsönös megértést.

KOMMUNIKÁCIÓ

Mindig közvetlenül kommunikáljunk a fogyatékossgal élő személyekkel: hozzájuk szólunk, tőlük kérdezzünk, az ő véleményükre legyünk kíváncsiak – ne a tolmács, segítő vagy kísérő válaszára. Fontos, hogy kommunikációnk legyen tiszteletteljes, indulatmentes és következetes. Szükség esetén ismételjük meg nyugodtan és türelmesen a mondanivalónkat, ha az elsőre nem volt egyértelmű.

EGYES FOGYATÉKOSSÁGI CSOPORTOKRÓL VALÓ LEGFONTOSABB TUDNIVALÓK

Vak és látássérült emberek

- A látássérült emberek csoportja sokféle, idetartoznak a vak, az alig látó és a gyengénlátó személyek is.
- Segítségnyújtás előtt mindig kérdezzük meg, szükségük van-e rá, és ha igen, milyen formában.
- A „látó vezető technika” alkalmazása javasolt kíséreskor: a látássérült személy a segítő könyökét vagy felkarját fogja, egy fél lépéssel mögötte halad.
- Vakvezető kutyás személyt mindig a kutyával ellentétes oldalról közelítsünk meg, a kutyát ne zavarjuk munka közben.
- A Braille-írást csak kevesen használják, ezért mindig kérdezzük meg, szükség van-e rá.
- Gyengénlátók számára nagyobb méretű, jól olvasható, talpatlan betűvel írt anyagok ajánlottak.
- Az okostelefon és a képernyőolvasó szoftverek kiemelten fontos segédeszközök.

- Honlapok, szoftverek akadálymentessége nem „vakbarát” vagy „gyengénlátó” változattól, hanem a szabványos fejlesztéstől függ (MSZ.301549).

Hallássérült, siket és siketvak emberek

- A „hallássérült” kifejezést mindig főnévvel együtt használjuk (például hallássérült személy).
- A kommunikáció támogatására jelnyelvi tolmács, írásos információ, szájról olvasás biztosítása szükséges.
- KONTAKT tolmácsszolgálat: videótolmácsolási lehetőség, amely jelnyelvi tolmácsot biztosít.
- Indukciós hurok vagy WaveCAST rendszerek használata javasolt nagyobb rendezvényeken a hallókészüléket használók számára.
- A siketvak személyek támogatása speciális módszereket igényel, a kommunikáció és segítségnyújtás csak a kettős sérülés figyelembevételével szervezhető.

Értelmi fogyatékos emberek

- Több típusa van, eltérő pszichés sajátosságokkal és életviteli jellemzőkkel.
- A köznevelésben különböző elnevezések használatosak rájuk vonatkozóan (például TANAK, ÉRTAK).
- A „fogyatékos” kifejezést a környezet inkább kerüli, helyette körülírásokat vagy más megnevezéseket alkalmaznak.

Autista emberek

- Számukra fontosak a vizuális információk, az egyértelmű, strukturált környezet, az infokommunikációs akadálymentesítés és az ingermentes (zaj-, fény-, szag- és érintésmentes) környezet.
- A társas kapcsolatokban rövid, világos fogalmazás, elegendő idő szükséges a megértésre és válaszra.
- A kísérővel való szoros együttműködés, a speciális kérések komolyan vétele elengedhetetlen.

Beszéd fogyatékos emberek

- A beszéd fogyatékos tartós, akár élethosszig fennálló állapot lehet, amely a beszéd, írás, olvasás, megértés képességét érinti.
- Fontos, hogy elegendő időt és türelmet biztosítsunk a kommunikációhoz.
- A diagnózis és a támogatás logopédiai szakképzettséget igényel.

Mozgáskorlátozott emberek

- A „mozgáskorlátozott” vagy „kerekesszéssel közlekedő” kifejezéseket mindig főnévvel együtt használjuk (például mozgáskorlátozott személy).
- A kategorizálás kerülendő, a személyre szabott megközelítés a megfelelő.

Általános nyelvhasználati

és akadálymentesítési ajánlások

- Minden fogyatékosági csoport esetében elengedhetetlen a megfelelő főnév használata (személy, ember).
- Segítségnyújtás előtt mindig kérdezzünk rá az érintett igényeire.
- A kommunikációt és a tájékoztatást az adott fogyatékosági csoport igényeihez kell igazítani.
- Az akadálymentesítés nemcsak fizikai, hanem infokommunikációs és szemléletbeli szempontokat is jelent.

A fenti ajánlások a Belügyminisztérium Fogyatékosági Államtitkársága, valamint az Országos Fogyatékosági Tanács (OFT) együttműködésével készültek. Forrás: www.rehabportal.hu/megjelent-a-fogyatekosagugyi-kiskate •



BÁCS-KISKUN VÁRMEGYEI
KORMÁNYHIVATAL

**A BÁCS-KISKUN VÁRMEGYEI
KORMÁNYHIVATAL
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FŐOSZTÁLY
MUNKATÁRSAT KERES**

**VÁRMEGYEI
TISZTIFŐORVOSI**

**FELADATOK ELLÁTÁSÁRA,
KIEMELT ILLETMÉNNYEL.**

**A jelentkezéseket fényképes önéletrajzzal
az alábbi e-mail-címre várjuk:
humanpolitika@bacs.gov.hu.**

További információ kérhető dr. Kiss József
főosztályvezetőtől a következő telefonszámon:
(76) 513-727.



AZ INTERJÚT BODACZ PÉTER KÉSZÍTETTE

„Az orvostársadalom szájkosarat kapott a kormányzattól, és ez óriási probléma”

Tavasszal indult a Magyar Orvosi Kamara és a Válasz Online közös egészségügyi podcastja azzal a céllal, hogy az ellátórendszert – annak kihívásait, problémáit, de vívmányait és eredményeit éppúgy – bemutassa szakértők megszólaltatásával, közérthető módon. Hiánypótló kezdeményezésről van szó, hiszen a kormányzat bő évtizede gyakorlatilag teljes nyilatkozatstopot rendelt el a közfinanszírozott rendszerben dolgozók számára, mint ahogy kívánnivalót hagy maga után az adatok transzparenciája is. Élő Anitával, a *Válasz Extra* podcast szerkesztő-műsorvezetőjével beszélgettünk arról, a szakújságíró szemüvegén keresztül hogyan is néz ki a hazai egészségügy, illetve a döntéshozatal és a nyilvánosság kapcsolata.



Fotó: 4 K Médiaútdió

Milyen célkitűzés hívta életre a MOK és a Válasz Online együttműködését és a podcastot?

A kamarától érkezett az igen megtisztelő felkérés, hogy indítsunk egy műsort, amelyben az egészségügy helyzetét közérthető módon mutatjuk be. A célközönség elsősorban a biztosítottak, vagyis mindazok, akik a bérükből levont adó és hozzájárulás formájában finanszírozzák a rendszert, ezáltal pedig jogos elvárásuk lehet, hogy tudják, mi valósul meg – vagy épp mi nem – a pénzükből. De a visszajelzések alapján komoly hallgatottságra tettünk szert a szakma és a kormányzat részéről is. Ezt jelezi az alkalmasint több száz hozzászólás a közösségi médiában és a Youtube-on, illetve hogy Takács Péter egészségügyi államtitkár is visszatérő kommentelőnk.

Milyen tematikát követ a műsor?

A MOK tavaszi plakátkampányát vettük alapul, amikor egy-egy igen beszédes statisztikai adattal érzékeltették, mi is a helyzet az egészségügyben, hogy mekkora a baj. Ezek az információk bár önmagukban is sokat elárulnak az ellátórendszer hiányosságairól, ugyanakkor alaposabb elemzést és értelmezést is megkívánnak, amire a podcast megfelelő kereteket biztosít. A sorozat tavaszi kezdete óta immár közel tucatnyi műsor készült; az egészségügy finanszírozásától eljutottunk bizonyos szakterületek problémáinak feltárásáig. Példának okáért kiváló szakértők segítségével mutattuk be a háziorvosi ellátás kihívásait, most pedig a szü-

lészeti ellátás van a fókuszban. Töreksem arra, hogy a vendégek között mindig legyen egy szakorvos, aki belülről látja a helyzetet, és egy elemző, aki kontextusba helyezi a tapasztalatokat.

Az állami ellátórendszerben hosszú évekkel ezelőtt nyilatkozatstopot rendelt el a kormányzat. Ilyen feltételek között hogyan lehet beszélgetős műsort készíteni?

Ezen a helyzeten javít a MOK közszolgálati szemlélete. Miközben megmarad az én szerkesztői, újságírói szabadságom, a műsorban megszólaló orvosok mint kamarai tagok, tisztségviselők nyilatkoznak, tehát formailag nem azt az állami fenntartású ellátóhelyet képviselik, ahol egyébként tevékenykednek. A szakmai tudás, a tapasztalatok és a problémák, vagy épp a jó gyakorlatok ismerete azonban adott és így módon kommunikálható is.

Az orvostársadalom szájkosarat kapott a kormányzattól, és ez óriási probléma. Sokat ártanak ezzel az ellátórendszernek, de nem támogatják a lakosság információhoz való hozzájutását és az egészségügyi ellátórendszerhez való viszonyát sem.

A szabad médiaszereplések révén húsz évvel ezelőtt még voltak sztárorvosok. Szinte mindenki tudott mondani egy genetikuszt, szülész, sebészt, fül-orr-gégészt, akik hitelesen beszéltek egy-egy súlyos népegészségügy problémáról, be tudták mutatni az orvosszakmai szempontokat, eredményeket. Ezzel szemben a nyilatkozatstop következménye az egészségügyben tapasztalható siralomvölgy-hangulat, hiszen az orvosok, ápolók legfeljebb titokban, suttogva mernek beszélni az egyébként súlyos, a betegellátás minőségét is meghatározó problémákról. És ugyanígy, komoly gond az adatok hiánya, illetve azok megismerésének ellehetetlenítése is.

Ön szerint mi az oka ennek a kormányzati hozzáállásnak?

Feltételezésem szerint az, hogy a felszín alatt tartják azokat a problémákat, amelyek megoldásához sokszor komoly érdeksérelmekkel járó kormányzati intézkedésekre lenne szükség. Holott az elemzésre alkalmas mérések, adatok és azok közérthető módon való bemutatása, egyszerűen a transzparenencia nélkül lehetetlen a problémák beazonosítása. A valóságot ilyen körülmények között nagyon nehéz megjeleníteni, és ami legalább ekkora gond: az egészségügy mai hősei, a mostani Petz Aladárok és Jahn Ferencek ismeretlenek maradnak.

Ilyen feltételek között újságíróként hogyan tud tájékozódni és hiteles képet adni az egészségügyről?

A háttérben sokan megosztják, mit tapasztalnak a saját szakterületükön. Előfordul, hogy több hetet töltök el egy vidéki intézmény működésének megfigyelésével, amelynek során még ha arc és név vállalása nélkül is, de mégis csak első kézből kapok információkat. Így sikerült megismerni például, mit okoz a humán erőforrásra nézve az, ha a megyei centrumokhoz kerül egy térség ellátásának szervezése, és egy-egy osztályt bezárásra ítélnék. Az átvezényléssel járó tortúrát ugyanis sok ápoló egyszerűen már nem vállalja be: azt, hogy ötpercnyi kerékpározás helyett órákat utazzanak a munkába és vissza. Inkább felmondanak és házi ápolónak állnak, a közellátás pedig ember nélkül marad. A másik fontos információforrás az elérhető adatok kikutatása és kielemezése. Példának okáért hosszú idő óta vizsgáljuk a várólistákat, amelyekből fontos információkat tudunk kinyerni, de nagyon beszédesek a magán- és közintézményi szülészeti adatai is: ezekből kiolvasható, miként tör előre a magánszektor, amit döntéshozók tétlenül néznek.

Talán mert a szándékaiknak megfelel a folyamat.

Annyiban biztos, hogy a magánegészségügyben is jelen van a NER, valószínűleg sokkal nagyobb mértékben, mint ahogy az szabad szemmel látható.

Térjünk vissza a podcasthoz: tervezi-e Takács Péter államtitkár meghívását a műsorba, hogy ne csak a kommentfalon fejtse ki véleményét?

Közismert, hogy a MOK és az egészségügyi kormányzat között igen komoly feszültség van, ám látható az is, hogy az államtitkár egyre kevésbé szakpolitikusként, mint inkább pártpolitikusként nyilvánul meg. Nagy szakmai kihívás lenne Takács Pétert és a MOK elnökét, Álmos Pétert egy asztalhoz ültetni úgy, hogy végre a szakmai érvek ütközzenek. Meggyőződése, hogy egy kulturált, szigorúan szakmai szempontok mentén zajló vita használna az egészségügyről szóló közbeszédnek is.

Ajánljuk tehát kedves olvasóink és kollégáink figyelmébe a Heti Válasz című folyóirat Válasz Extra podcastsorozatát, amely teljes terjedelmében meghallgatható az online streamingfelületeken, kivonatolva pedig bele tudnak olvasni a válasz-online.hu oldalon. ●



Nyáron nagyon meleg van, soha sincs jó idő

NOHA a gyógyításban használt minden helyiség hűtése abszolút indokolt lenne, hazánkban a jelentős részben elavult kórházak komplett klimatizálása gyakorlatilag lehetetlen, és mindaddig, amíg közpénzből az egészségügyre GDP-arányosan az EU-átlag kétharmadát, abszolút értékben nagyjából a felét költjük, a kor követelményeinek rég nem megfelelő épületek kiváltását, újak építését el nem kezdjük el, ez is így marad.

A magyar egészségügy állapota tulajdonképpen bármely szeletének bármely problémájából levezethető – minden mindennel összefügg.

Télen a fűtés okoz gondokat, most épp újra nyár van, így a tavalyi hőhullám után ismét a klímaberendezések meghibásodásáról, hiányáról, elégtelenségéről szóló hírekre számíthatunk.

Az egészségügyi államtitkár már realistán be is harangozta ezeket az ATV-nek adott interjújában: www.444.hu/2025/04/26/biztos-hogy-lesznek-leallo-klimak-nyaron-a-korhazakban-mondta-az-egeszsegugyi-allamtitkar

Ugyanitt azt is mondta – saját egyetemista kori, palermói tapasztalataira alapozva –, hogy szerintem sehol a világon nem bírják a klímák és kórházi hőcserélő rendszerek a 40 fokos meleget. Továbbá mondott ilyet is: „Súlyos tévedésben van, aki kötelező légkondit követel”: www.index.hu/belfold/2025/06/18/egeszsegugy-takacs-peter-legkondicionalo-legkondi-korhaz/

Az elsőben – a klímák el fognak romlani – minden bizonnyal igaza lesz, de államtitkár úr utóbbi két állításával – a kórházak klimatizálását üzembiztosan sehol a világon nem tudják megoldani, és nincs is rájuk szükség minden helyiségben, kórteremben – kénytelenek vagyunk vitatkozni.

Egyrészt vannak mínusz fokokat gond nélkül fenntartó hűtőházak Afrika közepén is. Dubaiban egy plázában sípálya üzemel.

Ugyanakkor – hogy ne menjünk ilyen messzire – a legtöbb nagyobb, hazai bevásárlóközpontban és szupermarketben kellemes, néha már-már túl hűvös, húsz fok körüli hőmérsékletet tartanak nyár közepén is.

Az is igaz persze, hogy a kórházak, rendelők, kihűtése másfajta, nagyobb kihívást jelent – csak

épp nem azért, amit sokan gondolnak. A hírekben leggyakrabban emlegetett műtők például típusosan nem sűrűn a szabadba szellőztetett, teraszra nyíló, hatalmas üvegfelületekkel borított, könnyen átmelegedő helyiségek.

Ellenkezőleg: szinte hermetikusan zártak, ezekre a helyekre csak számos, mindig rövid időre kinyíló, automatikusan záródó ajtón keresztül lehet bejutni, szlenggel bezsilipelni. Saját, a műtőben enyhe túlnyomást fenntartó légbefúvó rendszerük van. Noha a sterilitás fenntartása kihívás, így akármilyen klímaberendezés nem alkalmas a feladatra, alapvetően ennek a beáramló levegőnek a szűrése és hűtése (télen fűtése) a feladat, amit számos helyen megoldanak meleg égővi országokban is.

Ez technikailag Magyarországon is kivitelezhető, így csak pénzkérdés – lenne.

A probléma tágabb és mélyebb gyökerű – kicsit megkapargatva gyorsan eljutunk az infrastruktúrális, logisztikai, majd szervezési és tervezési gondokig. Mert koránsem csak a műtők és „kiemelt helyiségek” klimatizálásáról beszélünk.

Először is, ha a műtőkkel szomszédos helyiségekben nincs klíma, a régi, nagy belmagasságú épületek lényegében kihűthetetlenek, kánikulában a vastag falak átforrósodnak, akkor az ezen falak által határolt műtőkben is csak nagyon nehezen tartható alacsonyabb hőmérséklet.

Emellett ha csak a műtőben van hűvös, az ébredőben már 28 fok, a kórteremben (és itt most szándékosan nem írok betegszobát) 30 felletti, az számos baj melegágya. Pusztán a nagy hőkülönbségek közötti szállítás megalapozhat érzékenyebb betegeknél tüdőgyulladást, egyéb betegséget, de a nagy melegben való lábadozás megterheli a keringési rendszert is, a műtétes osztályokon pedig a sebek elfertőződésének kockázatát fokozza az izzadás, a kötések bepállása – legyenek azok bármilyen modernnek. Mindez esetenként tetézzve egy hat-nyolcágas kórteremmel, melyhez egy közös és megkérdőjelezhető állapotú vizesblokk tartozik: máris megvan a hazánkban szégyenletesen nagy számú kórházi fertőzések egyik oka.





Szükséges lenne tehát a kórház összes helyiségének megfelelő klimatizálása, ideértve a közösségi tereket és az orvosi, ápolói dolgozó- és pihenőhelyiségeket is. A 21. században, a klímaváltozás okozta hőhullámok idején ezt bátran tekinthetjük alapkövetelménynek. A feladatra pedig leginkább a központi fűtéshez hasonló, az egész épület klimatizálását biztosító központi hűtés lenne alkalmas. Tőlünk nyugatabbra az új kórházak többnyire így épülnek, és már itthon is van ilyen példa.

Hasonló hűtés kiépítése azonban egy, típusosan a 20. század első felében épült, pavilonrendszerű, sokágyas kórtermekkel, rosszul szigetelt ablakokkal, elavult csőrendszerekkel terhelt kórházban szinte lehetetlen – márpedig számos ilyen működik máig a fővárosban és vidéken is.

De tegyük fel egy pillanatra, hogy akár az épületek modernebb volna, akár a technika fejlődése folytán ez mégis kivitelezhető lenne, vagy bizonyos helyiségekben beérnénk hétköznapi, ugyanakkor rendszeresen tisztított és karbantartott split klíma berendezésekkel is.

Ekkor a következő problémával szembesülünk: az eredetileg többnyire zöldmezős beruházásként, a város szélén levő, szellős telkekre épült kórházakat időközben sok helyen körbenőtte az agglomeráció. Például a fővárosi János Kórház körül számos lakóház, egyéb épület, villanegyed épült, amelyek jó része klimatizált. Mint azt egy másik megszólalásában Takács Péter elmondta, a környék, a terület elektromos rendszere egyszerűen nem erre a terhelésre épült ki, már a meglévő igények kiszolgálása is gondokat okoz, egy hatalmas energiaigényű kórházi hűtőrendszert már nem bírna el az elektromos hálózat.

És így végeredményben mégis az államtitkárnak lesz igaza: hazánkban a kórházak komplett klimatizálása jelen formájukban gyakorlatilag lehetetlen.

És mindaddig, amíg közpénzből az egészségügyre GDP-arányosan az EU-átlag kétharmadát, abszolút értékben nagyjából a felét költjük, ez is így marad. Hiába gyűjtenek a kórházak adományokat klímaberendezések beállítására – ez legfeljebb tüneti kezelés. <https://24.hu/belfold/2025/06/02/egri-korhaz-fekvobeteg-osztaly-klimaberendezes-adomanygyujtes/>

Hiába dobálózik az államtitkár időnként 300, máshol már 400 milliárdos egészségügyi költségvetés-növekedéssel, az inflációt figyelembe véve (ami – ismét Takács Péter szerint – az egészségügyben nagyobb a közösen számoltnál, csak az elmúlt három évben az 40 százalék körüli drágulást eredményezett) az egészségügyre való ráfordítás reálértéke gyakorlatilag semmit nem növekedett.

Ennek egyértelmű jeleként nemhogy a fejlesztések, felújítások megvalósulását nem látjuk, de a kórházak adósságállománya továbbra is közel a korábbi mértékben növekszik: www.economx.hu/magyar-gazdasag/korhazi-adossagadat-rasky-laszlo-ortovestechikai-szovetseg-egeszsegugy-betegelatas-tartozas-magyar-allamkincstar.810291.html

Persze a sok helyen elmaradt fejlesztések emlegetésére azonnal érkeznének a számok a kórházfelújításokba ölt – jobbára uniós forrásból származó – milliárdokról, a megújult megyei centrumokról. Való igaz, ezek megtörténtek, ez azonban mit sem változtat a tényen, hogy Magyarországon új kórház évtizedek óta nem épült, legfeljebb új épület a régiók közé.

Márpedig az 500 ágyas, eredetileg gyárnak épült, szakmailag is meghaladott krónikus pszichiátriáról csak egyféleképpen lehetne a közelmúltban nagy sajtóvisszhangot kiváltó, az ápoltak és dolgozók életét pokollá tevő ágyi poloskákat kiirtani: napalmmal. Nem viccelek. Ott laknak a falakban, a csőrendszerben, az elektromos vezetékek mentén. A problémát csupán kezelgetni, elfedni lehet, az épület lerombolása nélkül tartósan megoldani nem.

Hasonlóan laknak kisebb, kevésbé látványos, de halálosabb kórokozók kiirthatatlanul kórházak intenzív és szeptikus osztályain, vízvezetékeiben. Jól képzett személyzet által, megfelelő eszközökkel és szerekkel, protokollok alapján, rendszeresen ellenőrzött módon takarított, modern kórházak nélkül ezeket a problémákat is csak kezelgetjük.

Igen, való igaz, ezt a problémahalmot nem tudjuk egyik napról a másikra elhordani. De ha el sem kezdjük, ha helyett „sikerekről” számolunk be, és azt hirdetjük, a megoldás lehetetlen, de legalábbis „gazdaságilag nem racionális”, akkor csak egyre mélyebbre ássuk magunkat.





Mindeközben pedig az államtitkár egy interjúban elismerte, hogy a rossz gazdasági környezetre való tekintettel sem érdemi egészségügyi béremelést nem terveztek a büdzsébe a következő két évre, sem a dél-budai „szuperkórház” nem épül meg a közeli jövőben.

A bérek értéktartásának ismételt elmaradása és a dolgozók jogainak salátatörvényekbe csomagolt csorbítása külön is megérne egy misét arról, hogyan demoralizálják ezek egymást erősítve az eddig elkötelezetten dolgozókat is.

Ami pedig a budai „szuperkórházat” illeti: mivel máig nem tudjuk, mely ellátási területért felelt volna, honnan tenne szert dolgozókra és mely elavult intézményeket váltaná ki, nem szeretnék lánzdását törni amellest, hogy pontosan erre az épületre lett volna égető szükségünk.

Ám az elavult, toldozott-foldozott, mind energetikailag, logisztikailag, mind a szakmai követelményeket tekintve meghaladott, a kor követelményeinek rég nem megfelelő épületek kiváltását, helyettük újak építését egyszer el kell kezdeni!

Ehhez pedig először is meg kellene határozni, hol, mekkora, milyen funkciójú épületekre és intézményekre lesz szükségünk a következő 30-50 évben. Csökkenő népesség, rövidülő kórházi ápolási idők, az egynapos sebészet és nappali kórházi ellátás térnyerése, a telemedicina fejlődése mellett a „kórházbezárás” nem lehet szitokszó.

Újra, sokadszor: szükség lenne egy konszenzusos, transzparens tervre az egészségügy évtizedeken és kormányciklusokon átívelő strukturális, finansziális és szemléleti átalakítására. Ezt követve tudnánk a pluszráfordításokat értelmesen elköl-

ve építkezni, azok jelentős részét megelőzésre és oktatásra fordítani. Így lenne remény arra, hogy a magyarok tovább és egészségesebben éljenek, ha pedig mégis megbetegszenek, akkor a kor színvonalának megfelelő, egy- vagy kétágyas, tiszta – és hogy teljes kört fussunk – klimatizált helyiségekben gyógyulhassanak.

Mindezt elérendő a MOK A magyarok egészsége *többet érdemel* kampányának folytatásaként a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Orvosok Szakszervezet és a Független Egészségügyi Szakszervezet szeptemberre Egészségügyi Egyeztető Fórumot hív életre és ősztől megkezdí a nyomásgyakorlás előkészítését a magyar egészségügy jobbítása, a betegek megfelelő ellátása érdekében.

www.mok.hu/hirek/mokhirek/a-magyar-orvosok-szakszervezete-a-fuggetlen-egeszsegugyi-szakszervezet-es-a-magyar-orvosi-kamara-nyilatkozata

„Az egészségügy nem tud és nem akar többet hátrálni! A szakma a következő években évente 500 milliárd forint többlet forrásbevonást vár el a mindenkori kormánytól annak érdekében, hogy az egészséges életévek, illetve a minőségi betegellátás terén legalább az uniós tagállamok átlagához felzárkózhassunk. Ez az összeg figyelembe veszi a költségvetés nehéz helyzetét és számol azzal, hogy még így is minimum egy évtized, míg a lemaradásunkat ledolgozzuk.

Elfogadhatatlannak tartjuk, hogy a 2026-os költségvetés alapján az ágazat – a jelentős infláció miatt – gyakorlatilag forráscsökkenéssel kell hogy számoljon. Felszólítjuk a kormányt, hogy a jövő évi tervezett kiadásokat ne a magyar emberek egészségének rovására alakítsa!”

NAGY FERENC – EGÉSZSÉGÜGYI TERÜLETÉRT FELELŐS SZAKMAI VEZETŐ, MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT

Hevesi járás háziiorvosi pilot

Innovatív lehetőség a betegbiztonság növelésére

A JELENLEGI háziiorvosi rendszer strukturális átalakítására kínál megoldási javaslatot a Magyar Máltai Szeretetszolgálat 2025. szeptember 1-jén induló **Hevesi járás háziiorvosi pilot** elnevezésű programja. Ez az új típusú modell válaszokat keres arra, hogy az alapellátás ismert nehézségei mellett – idősödő egészségügyi szakemberek, általános orvoshiány, túlterhelt szakellátás – hogyan

biztosítható a lakosság számára az ellátáshoz való hatékonyabb hozzáférés. A Máltai Szeretetszolgálat a pilot teljes körű szolgáltatásait a Hevesi járás tartósan betöltetlen felnőtt és vegyes háziiorvosi praxisai számára biztosítja.

Kiemelt cél, hogy az új típusú ellátásszervezés során a lakosság és a szakemberek egyaránt megtapasztalják a támogatást. Ahogy a beteg nem ►

marad egyedül – akár hosszú időre ellátatlanul – a betegségével, úgy az egészségügyi szakembert is egy támogató, szakmai távkonzultációra alkalmas közösség, kialakított protokollok segítik az ellátás során. Ezáltal az új típusú, hibrid alapellátási rendszer növeli a megbízhatóságot.

A pilot keretében a Máltai Szeretetszolgálat létrehoz Heves városban egy központi rendelőt, amelyet munkanapokon 08:00–16:00 óráig üzemeltet. Ez a központ biztosítja a járási szintű koordinációt. A tartósan betöltetlen praxisokba eközben olyan telemedicinális eszközök kerülnek kihelyezésre, amelyek segítik a praxisnővérek munkáját a készenléti időben is.

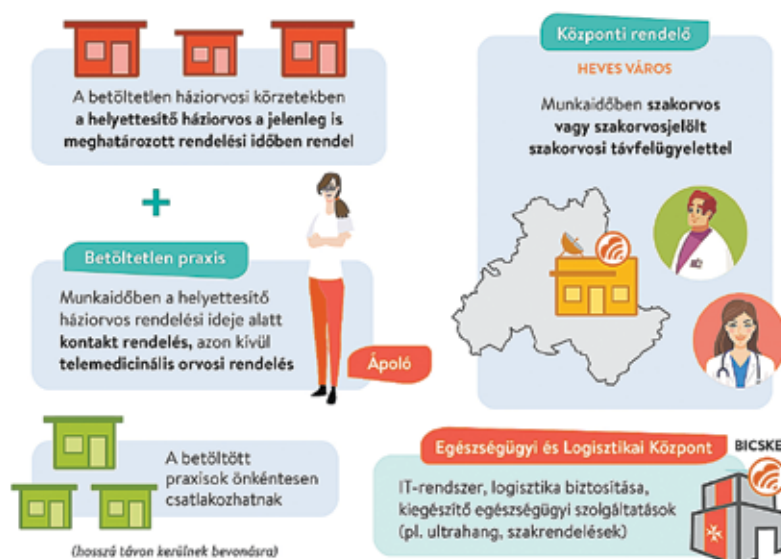
A tartósan betöltetlen praxisokban a pilotidőszak alatt a tartós helyettesítést ellátó háziorvosok ellátási szerződéseik alapján változatlan feltételekkel biztosítják a betegellátást. Tehát a kontakt rendelési időben a helyettesítő háziorvosok a megszokott módon rendelnek.

Azokban az időszakokban viszont, amikor a betöltetlen praxisokban nincs jelen orvos, a pilot keretében a praxisnővér koordinációja mellett telemedicinális úton is megvalósítható lesz az ellátás – így a pácienseknek a lehető legkevesebbet kell majd utazniuk. A rendelési időn kívül a központi rendelőben – szakmai indokoltaság alapján – minden olyan beteg ellátása megtörténik majd, akinek személyesen szüksége lesz erre. A rendszer működtetésében kulcsszerepet kap a praxisnővérek triázstevékenysége, akik kidolgozott protokollok és képzés alapján döntenek el, hogy telemedicinális vagy személyes ellátást biztosítson-e az integrált praxisműködtetési program. A triázst végző ápolók részére folyamatos távsegítség (háziorvos konzulens, kiterjesztett hatáskörű ápoló (APN), egészségügyi szociális munkás biztosított).

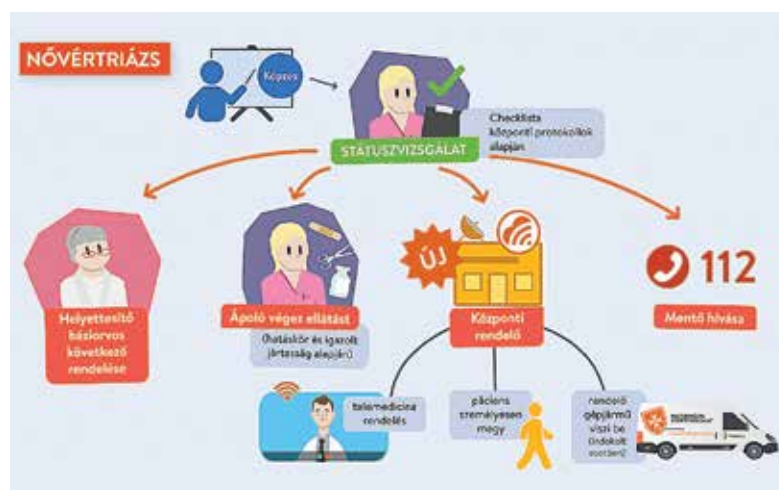
Cél továbbá a szak- és fekvőbeteg-ellátás terhelésének csökkentése, a lakóhely közeli ellátás minőségének és gyorsaságának optimalizálása, amelynek érdekében telemedicinális szakorvosi rendszer kerül kialakításra, szorosan együttműködve a területi ellátásért felelős szakrendelővel és kórházzal. ●



A hibrid alapellátási rendszer működése



A HIBRID ALAPELLÁTÁSI RENDSZER NÖVELI A BETEGBIZTONSÁGOT.





DR. SVÉD TAMÁS – FŐTITKÁR, MOK

Alapellátási ügyeletek: a kezdetek és a vég?!

Az új, országos alapellátási ügyelet kialakításáról a 2021–22-es Hajdú-Bihar megyei próbaidőszak kiperelt záródokumentumának fényében

RÖVID ÖSSZEFOGLALÁS: az új alapellátási ügyeleti rendszer bevezetése Takács Péter egészségügyi államtitkár sokat hivatkozott mintaprojektje – lett volna. *Ehelyett az az állatorvosi ló lett, melyen egyidejűleg bemutatatható*

- a magyar egészségügy gondjainak jelentős része, köztük az előregezés, a forráshiány, a strukturális gondok, a szervezett ellenőrzés és minőségbiztosítás hiánya,
- valamint az erőből, részben rögtönözve és kapcsolódva, publikus tervek és hatástanulmányok nélkül, a szakmai egyeztetések és konszenzuskeresés kihagyásával végigérteltetett átalakítások minden hátulütője.

Pedig megelőzően EU-s pénzből, jelentős energia ráfordításával lezajlott egy egyéves, egy megyét érintő próbaidőszak. A pilotprojekt dokumentumai azonban nem váltak publikussá, kitartó civileknek nemrég sikerült kiperelni azokat – köszönet érte! Most hozzánk is eljutottak, mi pedig engedélyünkkel közzé tesszük. Az alábbi cikk a pilotprojekt sajátosan szűkszavú összefoglalójáról, a tapasztalatok értékelésének elmaradásáról, a félresik-

lások előre látható voltáról szól. A cél nem a triumfálás, sokkal inkább szeretnénk, ha ezúttal levonnánk a tanulságokat: publikus, konszenzusos, végigbeszélt tervek, megfelelő előkészítés és a szakma bevonása, együttműködésének megnyerése nélkül újra és újra ugyanazon pocsolyákban tapicskolunk és botladozunk majd.

“

Az alapellátási ügyeletek megkezdett átalakítása, az Országos Mentőszolgálat alá rendelese óta a folyamathoz számos érzelem, felhang, politikai és egyéb mellékszöveg tapad.

”

Ha az e körüli csetepaté mostanra elcsendesedett volna, akkor akár tovább is léphetnénk, hagyhatnánk a kezdeteket a múlt kódébe veszni. Sajnos azonban nem ez a helyzet.

A közelmúltban a Magyar Orvosi Kamara által nyújtott anyagi és jogi segítséggel a háziorvosok a pert nyertek, a Kúria lényegében kimondta, hogy mindvégig a fenntartásaikat hangoztatóknak volt igazuk: kétoldali és konszenzusos szerződés nélkül az alapellátók sem kényszeríthetők ügyeleti munkavégzésre. A helyzetet „huszárosan” megoldandó a kormány egy salátatörvénybe rejtve gyorsan átírta a szabályokat, így elvileg mostantól a háziorvosok már érvényes szerződés nélkül is kényszeríthetők ügyeleti ellátásra. Hogy ez a törvény és következményei mennyiben felelnek meg a magyar és európai jogrendnek, ki és milyen formában viseli a felelősséget az így nyújtott ellátásért, az később fog kiderülni. A végső szót az Alkotmánybíróság mondhatja ki.

Mivel pedig a nyitva maradt vitás kérdéseknek ez is csak egy szelete, érdemes a most birtokunkba került dokumentumok fényében megemlékezni az új rendszer indulásáról is.

1. A baljós csillagállás a kezdeteknél részben független volt az alapellátás gondjaitól. Az ágazat irányítását frissen átvevő, a szakma és a MOK által bizakodva fogadott Takács Péter államtitkár az egészségügy átszervezését, új egészségügyi törvény létrehozását harangozta be 2022 nyarának elején. Ehhez a szakma bevonását, a tervek nyár végéig való nyilvánossá tételét ígérte. Az ígéret nem teljesült, az új törvény először a sajtónak kiszivároghva jelent meg novemberben, majd a MOK és a teljes szakma tiltakozása, módosítási javaslatok ellenére lényegében azonos szöveggel gyorsan a parlament elé is került.

A MOK és az orvosok csalódottak és becsapottnak érezték magukat, a kamara vezetői egy konszenzusos reform elindulása érdekében követeléseket fogalmaztak meg, ezek eléréséhez nyomásgyakorlás előkészítéséről döntöttek, amit a köztisztület februárban összehívott országos küldöttgyűlésén a küldöttek nagy többsége lelkesen megszavazott.

Az eredeti elképzelés ekkor még csak a pontokba szedett célok közzététele és a nyomásgyakorlás előkészítésének bejelentése lettek volna.

Azonban a szintén Takács Péter által ekkoriban áterőltetett, új, országos szintű alapellátási ügyeleti renddel szemben az érintett házi- és alapellátó gyermekorvosok jelentős része ellen-

érzésekkel viseltetett, s képviselőik a küldöttgyűlésen a nyomásgyakorlás azonnali megkezdéseként ezen új ügyeleti rendszer bojkottjára szólítottak fel. Az adott hangulatban pedig ezen javaslatot a küldöttek újfent nagy többséggel megszavazták.

A többi már történelem. Válaszként – a követelések teljesítésének megfontolása, vagy akár bármilyen érdemi tárgyalás helyett – a kormány egy koncepció eljárásban megvádolta a MOK-ot az etikai rendszerrel való visszaéléssel, tagjai megfenyegetésével (olyan formában, amit a MOK szabályai egyszerűen nem is tettek lehetővé). A vád pénteki megfogalmazásától és rendkívül gyors kiforgatásától kezdve lényegében kedd reggelre megszületett az ítélet is: a MOK kötelező tagságát – az elmúlt harminc évben másodszor – egy, a parlamenten 24 óra alatt áterőltetett törvénnyel megszüntették, az etikai ügyek intézését a hivatásrendtől elvették.

Noha a szándék minden bizonnyal a szakmai társaság ellehetetlenítése volt, ez nem vált valóra – a MOK tagságának kétharmada aktívan tett tagviszonyának fenntartásáért, a nagy múltú szervezet – noha megrogyott a kapott pofontól – megőrizte hangját és arculatát, továbbra is képviselte és képviseli a szakma szempontjait.

2. De vissza egy lépést: mi volt az az új ügyeleti rendszerben, ami kiváltotta a kollégák nemtetszését, s bevezetésének lehetséges megtorpanása miatt eredményezhetett ilyen drasztikus kormányzati reakciót?

A korábbi években az alapellátási ügyelet pontosan olyan volt, mint a teljes magyar egészségügyi rendszer: mélységesen egyenetlen. Egyes helyeken az önkormányzat működtette, döntően helyi háziorvosok – önkéntes – részvételével. Több helyen jó és összetartó, egymást segítő közösségek, szakmai műhelyek működtek, jó színvonalú betegellátást nyújtva. Másutt az ellátás színvonala egyenetlenebb volt, a nem elegendő számú háziorvos mellé más szakmából bedolgozó orvosokat foglalkoztattak. Megint másutt az önkormányzat az egész ügyeleti ellátást erre szakosodott ügyeletszervező cégeknek adta ki, amelyek igen vegyes módon dolgoztak, volt köztük lelkiismeretes és kókler egyaránt. Mivel pedig az ellenőrzés – mint mindenhol – igen esetleges volt vagy hiányzott, valóban történtek visszaélések is, például csak papíron vagy egy szakdolgozóval üzemeltetett ügyeleti pontok működtek helyenként.



Jogos volt tehát az igény és elképzelés, hogy az ellátás módját egységesíteni kellene, és annak színvonalát a jól működő régiókéhoz emelni.

Az ellenállást a gyakorlatba ültetés módja, a kommunikáció, illetve annak hiánya váltotta ki. Egyrészt egyként megbélyegezték és megszüntetésre ítélték a jól és rosszul működő helyi rendszereket – kvázi kiöntve a fürdővízzel együtt a gyereket is, maguk ellen fordítva az addig jól és elkötelezetten ügyelő orvosokat is.

Másrészt az elképzelést rohamtempóban, havonta megyéről megyére haladva, az objektív akadályokat és az előzetes próbaidőszak – részben most nyilvánosságra került – tanulságait jó részt figyelmen kívül hagyva ültették gyakorlatba. Az egész eljárás mintha azért született volna, hogy az erősen elavult, elaggott szerkezetű és infrastruktúrájú magyar egészségügy egy kis szeletét gyorsan és demonstratívan megreformálják, erőt mutassanak és példát statuáljanak, hogy az eredményül majd dicsekedni és példálózni lehessen.

Utóbbit azóta újra és újra meg is próbálják, például az OMSZ által mért betegelégedettségi mutatókat lengetve – a siker azonban távolról sem teljes, hiszen itt is szembejött a valóság, például a sürgősségi osztályok valós terhelésének növekedése, az OMSZ kapacitásainak véges volta, továbbá a háziorvosok hangulata, ellenállása és fogyatkozása formájában.

3. Ami pedig az előkészítést illeti: mint minden átalakítás előtt, feltehetőleg itt is készült egy terv. Azonban ez – szemben más, demokratikusabb és tervszerűbben működő országok gyakorlatával – nem vált publikussá. Nem kérték ki a szakma véleményét, nem előzte meg bevezetését vita és egyeztetés.

Megelőzte viszont egy pilotprojekt. Megközelítőleg 1,1 milliárd forintnyi, uniós pályázatból származó forrásból az új rendszert bevezették és tesztelték Hajdú-Bihar megyében. A pilot eredményeit összefoglalták és elvileg felhasználták az országos bevezetés előkészítéséhez.

Azért elvileg, mert a pilot eredményeit szintén titkosították, azokról csak szájhagyomány útján terjedő módon, informálisan tudhattunk – mostanáig.

2024-ben ugyanis néhány kitartó állampolgár ezen dokumentumokat kiperelte, megszerezte, és a napokban eljuttatta a kamarához is (ezt elemezzük a következő, 4. pontban)

Csatolták az OMSZ főigazgatójának kísérőlevelét is (5. pont). Tanulságos dokumentumok.

Mi pedig melléjük tesszük a MOK Alapellátási Munkacsoportjának jóval később, már az országos bevezetés kapcsán készült ügyeleti problématerképét (6. pont) A pilotzáró dokumentumban sorolt problémákkal való mindennemű hasonlóság nem a véletlen műve!

4. Összefoglaló tanulmány EFOP-1.8.23-21-2021-00001

„Az alapellátáshoz kapcsolódó egységes ügyeleti rendszer bevezetése Hajdú-Bihar megyében (pilot)” 2022. október 31.

„Az EFOP-1.8.23-21-2021-00001 Az alapellátáshoz kapcsolódó egységes ügyeleti rendszer bevezetése Hajdú-Bihar megyében (pilot) című projekt támogatásával az Országos Mentőszolgálat 2021. július 1-től 12 hónapos modellprogram keretében sürgősségi ügyeleti rendszert indított Hajdú-Bihar megyében. A pilot program tapasztalatait és eredményeit összefoglaló tanulmány bemutatja a modellprogram megvalósítása során szerzett szervezési- és szakmai tapasztalatokat, és ezzel informatív háttérrel nyújthat egy új és egységes ügyeleti ellátás országos kiterjesztéséhez.”

Az összefoglaló elkészültének valós motivációja és célja minden bizonnyal ezen őszinte mondatából olvasható ki:

„Összefoglalva elmondható, hogy az Országos Mentőszolgálat pilottal kapcsolatos legfontosabb célja a Hajdú-Bihar megyei alapellátáshoz kapcsolódó egységes új alapokra helyezett ügyeleti rendszer előnyeinek, sokoldalúságának, biztonságosságának gyakorlatban való megismertetése volt.”

Nos, ez a „cél” átüt az összefoglaló minden során. És egyben ez vele a legnagyobb baj. Egy egymilliárdos, 12 hónapos projektet ideális esetben nem azért szervez meg az ember, hogy megtámogasson egy prekonceptiót, demonstrálja valaminek az „előnyeit, sokoldalúságát”. Hanem hogy tesztelje az elképzelést, közben gondosan és pontosan rögzítve az előbbieket mellett a felmerülő problémákat, elhárítandó akadályokat, elismert hátrányokat is. Ehhez objektív paramétereket, külső megfigyelőket és értékelőket, megbízható és átlátható statisztikai összehasonlításokat használ.

Ehhez képest ezen hosszú és drága tesztüzem összefoglaló tanulmánya összesen 32 oldalas. Ez magában foglal egy kezdőlapot, egy oldal tartalomjegyzéket, egy oldal eszközlíst, öt féloldali fényképet, többek közt az egyik használt gépkocsiról, egy ügyeleti helyiségről és egy sajtótájékoztatóról. Van továbbá számos szép, színes táblázat, melyek részben érdektelenek, részben a projektet

leginkább önmagával hasonlítják össze különböző időszakokban. Más, alternatív lehetőséggel, meglévő más ellátási móddal való összevetés nemigen szerepel benne.

Így viszont erősen a levegőben lóg a kifejtésben elhelyezett alábbi mondat: „Összességében megállapítható, hogy az OMSZ által szervezett és ellátott sürgősségi orvosi ügyeleti tevékenység mind szervezési, mind betegellátási színvonalat érintően jobb teljesítményt nyújt, mint a »szigetszerűen« megvalósított, egymástól és az OMSZ-tól független ellátók esetében.”

Mert ami például az egyéb kitűzött célokat illeti: „A 2021. júliustól 2022. júniusig terjedő időszakban mentési adatainkkal összevetve az ügyeleti feladat számokat: egyelőre nem figyelhető meg tartósan, hogy az OMSZ mentési kapacitásainak kihasználtsága jelentősebben optimalizálódna, azaz csökkenne az indokolatlan NACA 0–2-es mentőfeladatok száma, bár az utolsó hónapok tendenciája javuló eredményeket tükröz, további monitorozása szükséges.” – Tehát a **mentési kapacitás kihasználtságának optimalizálása NEM sikerült**, de vannak ötleteik, miért nem, és az egy év vége felé mintha némi kedvező változás is megkezdődne, így remélik a legjobbakat!

„A sürgősségi osztályok 10 ezer főre vetített mutatói Hajdú-Bihar megyében a projekt indulása előtti évben is magasabbak voltak az országos átlagnál, az elmúlt 12 hónap során ez a tendencia továbbra is megfigyelhető, mindamellett, hogy a megyei és az országos feladat számok is növekedést mutatnak, aminek hátterében az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás hozzáférési nehézségei is szerepet játszanak. A sürgősségi ügyeleti rendszer sürgősségi osztályokat tehermentesítő szerepe az ügyeleti időszakra vonatkozó tisztított betegforgalmi adatokból jobban leképezhető lenne.” – Tehát **NEM sikerült kimutatni a sürgősségi osztályok terhelésének csökkenését sem, de még dolgoznak az adatokon.**

Illetve valamennyire mégis sikerült: „Az Országos Kórházi Főigazgatóság által rendelkezésünkre bocsátott alábbi adatok alapján azonban a Covid-mentes időszakokat összehasonlítva jelentős csökkenés mutatkozik a Hajdú-Bihar megyei sürgősségi osztályok betegforgalmát, terhelését tekintve az ügyeleti rendszerünk indítását követően.” – Csak sajnos az ezen állítást alátámasztani hivatott táblázat számomra értelmezhetetlen.

Ami pedig az érintett lakosságot illeti: „Összességében elmondható, hogy Hajdú-Bihar megye lakossága az új ügyeleti ellátással átlagosan 80-95%-ban elégedett.” Ez örömteli. Azt sajnos itt sem tudjuk meg, mennyire voltak elégedettek a korábbi ügyeleti ellátással, vagy mennyire elégedett a lakosság más megyékben – összehasonlításra itt sincs lehetőség.

És végül: „Konklúzióként levonható, a betegforgalmi, az ügyeleti gépjármű futási adatai és a lakosság megoszlása alapján, valamint a szakmai és a földrajzi szempontok figyelembevételével, hogy Hajdú-Bihar megyében 5-6 ügyeleti telephely fenntartása tekinthető reálisnak. Ezen adatok más megyék esetén módosulhatnak.”

Tehát a pilot egyik konklúziója az, hogy az ennek során kiépített 22 telephely sok, 5-6 lenne reális. Ezt talán inkább nem kommentálnám.

5. Az OMSZ főigazgatójának, dr. Csató Gábornak kísérőlevele, amikor is a bírósági ítéletnek megfelelően végül elküldi az EFOP-1.8.23-21 kódszámú projektben megvalósult összefoglaló tanulmányt és projekt beszámolót. (2024. január 17.)

Ebből az alábbi három mondatot szeretném kiemelni:

„A kért összefoglaló helyes értelmezése érdekében továbbá engedje meg, hogy tájékoztassam az alábbiakról.

A Hajdú-Bihar vármegyei modellprogram tapasztalatai jelentősen hozzájárultak az egységes alapellátási ügyeleti rendszer struktúrájának és működésének megtervezéséhez, ugyanakkor az új rendszer kialakítása az összefoglalóban szereplő anyagokon túl számos más szempontra és összefüggésre is épült. Ez az oka annak, hogy a Hajdú-Bihar vármegyeében 2023. február 1-jén indított új alapellátási ügyeleti rendszer felépítésében és működésében eltér a modellprogram időszakában elemzett rendszerelemektől.”

Tehát sem helyben, sem országosan nem azt a rendszert vezették be, amit a pilot során teszteltek. A döntéshez „számos más szempontra és összefüggésre” támaszkodtak, ezeket azonban még véletlenül sem osztják meg a nyilvánossággal – éppen elég baj, hogy a bíróság ezen anyag kiadását elrendelte. Mert azt azért Főigazgató úr is érzi, hogy ez a 32 oldal mind egy egyéves, milliárdos projekt összefoglalásának, mind pedig országos, sokmilliárdos rendszer megalapozásának rettentően karcsú.

6. Noha a projekt és a dokumentum célja deklaráltan az előnyök kiemelése, a már létező tervek megtámogatása volt, a szerzők becsületére legyen mondván, hogy **néhány pontban megemlékeztek a problémákról, nehézségekről is** – még ha a legnagyobbról például csak egyetlen odavetített mondatban.

Néhány helyen még javaslattal is éltek a javításra.



Hogy ezen leírt problémák kijavítása mennyire sikerült, illetve hogyan sikerült megoldani az alapellátási ügyelet – sürgősségi ellátás ellentmondásait, annak áttekintéséhez **ideillesztjük a MOK Alapellátási Munkacsoportjának évekkel később, már a bevezetett új megyei ügyeletekről készült problématérképét és javaslatait.**

Az eredeti összefoglaló mondatai pirossal, a MOK megjegyzései kékkel szerepelnek.

Ami a pilot során használt szoftvereket illeti:

„Mindezen elvárásoknak az OMSZ jelenleg egy darab egységes szoftver használatával nem tud megfelelni, így több felületet használunk. A fejlesztési folyamat lezárásához szükséges lenne a szoftver néhány paraméterének konkretizálása, megváltoztatása. [...] Az OMSZ által használt »MIR-kompatibilis« modul hiányában az indulástól kezdődően tehát kettős, adott esetben harmas dokumentációra volt szükség (mivel nem állt rendelkezésre az OMSZ ESETLAP szoftverében használható modul erre a feladatra).”

„Az ellátás hatékonyságának, a betegellátásra fordítható rendelkezési és ellátási idő növelésének érdekében kiemelt jelentőségű az informatikai rendszerek (minHIS–MIR) funkcionálisának bővítése (MIR ügyeleti modul) és integrációjának mielőbbi megteremtése, ezáltal az elektronikus dokumentáció egyszerűsítése.”

Két évvel később, országosan pedig:

„2. Az informatikai rendszer felkészületlen, szoftver- és hardverelégtelenségek lassítják vagy akadályozzák a munkát. Elfogadhatatlan, hogy ne férjünk hozzá olyan adatokhoz az ellátás során, amelyeket más szoftver használatával korábban gyorsan megoldottunk, pl. laboreredmények, kiváltott, rendszeresen szedett gyógyszerek, korábbi vizsgálati eredmények, szakorvosi javaslatok lekérése.

Ezek elérhetetlensége nagymértékben rontja az ellátás minőségét és plusz anyagi terhet ró a betegekre.

3. Számos szervezési hiba nehézkessé teszi az adminisztrációt.

A párhuzamos adminisztratív munkát szüntessék meg (papír, napló, tablet, miniHis, esetszámkérés, nyomtatás) [...] Úgy tűnik, hogy egy nem hatékony, nehézkes és értelmetlen adminisztratív munkarend került bevezetésre. Ennek racionalizálását sürgősen el kell végezni és az erőket az érdemi munkára hagyni koncentrálni.

Máig feszültség forrása a két, itt összeboronált rendszer eltérő hozzáállása, alapjai, prioritásai.

Az alapellátók szerint az alapellátási ügyelet az ezen körbe tartozó, relatív sürgős esetek megoldására szolgál, így az itt használt *skilleknek*, tudásnak, tapasztalatoknak ugyanannak kellene lenniük, mint a napi rendeléseken és házhoz hívásoknál.

Az Országos Mentőszolgálat alapvetően a sürgős és súlyos esetek ellátására jött létre, az alapellátási ügyelet eseteire is így tekint, munkatársai ezen feladatok ellátására rendelkeznek gyakorlat-tal. Ezt a tudást és jártasságot viszont lényegében alapnak tekintik és elvárják az ügyeletet biztosító alapellátó orvosoktól is, ideértve azt is, hogy a rutinszerűen felnőtteket ellátóktól a gyermekek ellátását is elvárják a vegyes ügyeletekben és *vice versa*.

Ismételten előfordul továbbra is, hogy megfelelő szabad mentőegység hiányában a sürgősségi ügyeletet indítják el balesethez, egyéb akut, súlyos betegség ellátásához is.

Történik mindez annak ellenére, hogy ezt a problémát a pilotprojekt idejekorán megmutatta:

„A nem az OMSZ által üzemeltetett ügyeleti ellátásban általánosságban elmondható, hogy az ellátó állomány alapvetően a háziorvosi, vagy rendelőintézeti általános ellátásban járatos, de számos esetben hiányként mutatkoznak a mindenkor érvényes sürgősségi esetek ellátására vonatkozó eljárásrendek, nemzetközi ajánlások ismeretei.”

„A szükséges személyi háttér szakmai megfelelését a korábban az ügyeletben dolgozó állomány egy részének képzésével oldottuk meg, valamint döntő többségben az OMSZ-nál foglalkoztatott, magasan képzett szakemberek részvételével biztosítottuk.”

„Egységes képzés, továbbképzés (sürgősségi ellátásra vonatkozó naprakész szakmai eljárásrendeket oktatunk, gyakorlatoztatunk és kérünk számon a nálunk dolgozó és ügyeletet vállaló kollégáktól, orvosoktól, megteremtve ezzel az egységes ellátási működés és betegellátás feltételeit).”

Tehát a pilot során a sürgősségi esetek ellátásához szükséges naprakész tudást részben az biztosította, hogy az OMSZ saját, e téren folyamatosan képzett embereit alkalmazta, részben pedig a többiek számára oktatást, felkészítést szerveztek.

Hasonló, az ellátási színvonal egységes szintre hozását célzó képzések viszont elmaradtak az országos bevezetés során, így aztán:

7. Rendszeres képzésre és esetmegbeszélésre van szükség. A rendszerben részt vevők, diszpécser, szakdolgozók, orvosok sokszor felkészületlenek a feladatokra. Nem kaptak megfelelő felkészítést, képzést. Pl. gyermekorvos felnőttek ellátására vagy gyermekellátásban nem járatos felnőtt háziorvos/mentőtiszt gyermekellátásra kényszerül. Az nem fogadható, hogy valaha az általános orvosi vagy mentőtiszt képzés része volt valamennyi gyermekgyógyászati képzés.

8. Nincsenek protokollok a betegutakra az SBO és az ügyelet között. Az SBO átküldi betegeket dokumentáció nélkül az ügyeletre, pl. egyértelmű kardiális panasz, súlyos allergiás reakció. Ezek az ellátások felesleges köröket generálnak és legfőképp azt a hamis rendet próbálják megteremteni, hogy az SBO terhelését az ügyelet működésével enyhíteni lehet. Azonban megengedhetetlen, hogy a helyes betegút ne szigorúan csak szakmai alapon kerüljön meghatározásra. **Ezért alkossuk meg közösen – az alapellátás és az SBO képviselői együtt –, írásos és digitalizált formában minden poszton kerüljenek elhelyezésre, és oktassuk le az alapellátási ügyeleti protokollokat. Legyenek OMSZ és alapellátás által együtt szervezett gyakorlati oktatások és esetmegbeszélések.**

9. Legyen tiszta és egyértelmű lehatárolás az alapellátási ügyeleti feladatok és az alapellátási ügyeleti idő alatt történő sürgősségi ellátás tekintetében. Az alapellátási ügyeletet ellátókra nem rakható sürgősségi ellátás. Ilyen feladatot csak a szaksegítség (OMSZ) megérkezéséig láthatnak el.

Ha valaki egészségügyi dolgozóként, orvosként elvállal egy feladatot, arra önként jelentkezik, szerződést is alá, akkor mind szakmailag, mind orvosetikailag elvárható, hogy a szükséges tudást és gyakorlatot a munka elvégzéséhez megszerezze, az irányelvekből naprakész legyen.

Ha azonban valakit lényegében egyik napról a másikra köteleznek egy számára új területen való helytállásra, akkor merőben más a helyzet. Mindemellett 20-50 év elmaradt tapasztalatait nem lehet máról holnapra pótolni – főleg 70-80 évesen nem tanul már az ember úgy, mint 20-30 éves korban! Aki egész életében csak gyereket látott el egy rendelőben, az nem lesz jártas a szívinfarktus, a tüdőödéma vagy akár az isiász, mint gyermekkorban gyakorlatilag elő nem forduló betegségek ellátásában.

Az új feladat mellé a minimum képzések biztosítása lenne, de ezek az új ügyeleti rendszer elindítása előtt biztosan nem történtek meg, és azóta is csak elvétve hallunk helyi kezdeményezésekről. A kellő előkészítést, végiggondolást a szakma ismételen hiába kérte.

Máig nincsenek egyértelmű mentesítési kritériumok sem, az idős, beteg, esetleg egyedül sok gyermeket nevelő kollégákra vonatkozóan. Ők „gondoskodhatnak helyettesről.”

Végül, de messze nem utolsósorban: „A pilot tapasztalatai szerint az ellátáshoz szükséges pozíciókon a humán erőforrás biztosítása állandó kockázatot jelentett.” Ez a probléma a dokumentumban egyetlen mondatban, a végső összefoglalásban jelenik meg. Pedig ennél fontosabb gond lényegében nincs is az új rendszer elindítása óta.

Korábban az alapellátási ügyeletekben való munkavégzés önkéntes, szerződéses volt, és lényegében így maradt a pilotprojekt során is – csak éppen a hiányzó munkaerőt az OMSZ saját, más megyékből, vagy akár a fővárosból odavezényelt dolgozóival pótolta. Az anekdoták szerint esetenként a mentőszolgálat vezetői is részt vettek az ügyeletben, ha máshonnan már végképp nem tudtak munkaerőt toborozni – elvégre a pilotnak működnie kellett!

Így viszont már akkor látszott, hogy ez országosan nem lesz kivitelezhető – hiszen ha már minden megyében elindult az új rendszer, akkor nincs honnan embereket átvezényelni, mindenkire a saját megyéjében van szükség.

Nos, ezt a problémát gondolták áthidalni azzal, hogy az ügyeleti munkát a háziorvosok és alapellátó gyermekorvosok számára egyik napról a másikra kötelezővé tették. Mindezt előtanulmány, látható hatásvizsgálat és az érintettekkel, a szakmával folytatott megelőző egyeztetés nélkül.

Az eredmény ismert. Feszültség, emelkedő számú üres háziorvosi praxis, az OMSZ kapacitásainak végsőig feszítése. Minimum vegyes hírek a sürgősségi osztályok terhelésének növekedéséről.

A tárgyalások az illetékesek és a MOK, a szakma képviselői között minden feszültség és ellentét ellenére folyamatosak. A jó szándék egyik oldalról sem hiányzik, így számos problémát mára sikerült megoldani. De az államtitkárság és az OMSZ vezetőségének folyamatos sikerkommunikációja ellenére igen messze van még a mindenki elégedettségére szolgáló, fenntartható működés.

Ami egyfelől ilyen kezdet után nem csoda, másfelől mindaddig, amíg az ágazat felső vezetése és a kormány erőből, újraírt törvényekkel próbálja akarát az egészségügyben dolgozókra erőltetni, a megoldás és megegyezés csak egyre távolabb kerül.

Zárásként a MOK Alapellátási Munkacsoportjának legutóbbi javaslata az alapellátási ügyeleti rendszer javítására:





JÖVŐBENI JAVASLATCSOMAG – A FENNTARTHATÓ ÜGYELETI RENDSZERÉRT

Informatikai integráció

- Egységes, országos rendszer bevezetése (pl. MIR+minHIS-kompatibilitás)
- Valós idejű adatmegosztás SBO és háziorvosi rendszer között
- Papíralapú dokumentáció felszámolása

Humán erőforrás-stratégia

- Önkéntességen alapuló ügyeleti rendszer viszszaállítása
- Ügyeleti díjak reálértéken történő emelése
- Idős orvosok mentessége és fiatalok ösztönzése célzott támogatásokkal

Képzési és továbbképzési rendszer

- Alapellátási ügyeleti protokollok kidolgozása és kötelező oktatása az ötévenkénti kötelező továbbképzés részeként
- Vegyes ellátásra való felkészítés (gyermek/felnőtt)
- Regionális esetmegbeszélések és gyakorlati szimulációk

Betegirányítás rendbetétele

- Digitális és írásos betegútprotokollok az SBO és ügyelet között
- „Sürgősségi kerekasztal” munkacsoport felállítása (OMSZ, MOK, SBO, alapellátó szakmai grémium)

Minőségbiztosítás és kontroll

- Független auditálás a betegutak és az ellátás minősége mentén
- Újraellátási arány, kórházi beutalások, elégedettség mérése és visszajelzés a résztvevők számára
- Rendszeres jelentéstételi kötelezettség az állami és szakmai szervek felé

Jogbiztonság és szakmai önállóság helyreállítása

- A kötelező ügyeleti munkavégzés alkotmányos vizsgálatának lezárása után konszenzusos szabályozás
- Jogszabályi egyértelműsítés a kompetenciákról
- A szakmai szervezetek bevonása a működtetés felügyeletébe

Az itt idézett dokumentumok – Összefoglaló tanulmány EFOP-1.8.23-21-2021-00001 „Az alapellátáshoz kapcsolódó egységes ügyeleti rendszer bevezetése Hajdú-Bihar megyében”, az OMSZ főigazgatójának, dr. Csató Gábornak kísérőlevele előbbi kiadásakor, illetve a a MOK Alapellátási Munkacsoportja által az új ügyeleti ellátás elindítása kapcsán készített problématerkép és javaslatok – a MOK honlapjának Transzparencia menüpontja alatt lesznek olvashatóak. ●

DR. TALABÉR JÁNOS – TANÁR, EGYETEMI OKTATÓ, EGYHÁZJOGÁSZ, BETEGJOGI KÉPVISELŐ, QM MENEDZSER

A szülői jogok gyakorlása gyermek egészségügyi ellátása során

Jogi keretek, etikai dilemmák és bírósági precedensek

A GYERMEKEK egészségügyi ellátásában a szülők önrendelkezési joga és az orvosi szakmai döntések közötti konfliktusok számos jogi és etikai kérdést vetnek fel. Jelen tanulmány áttekinti a magyar jogi szabályozást, a szülői jogok és a gyermek érdeke közötti határvonalakat, valamint bemutatja a re-

leváns bírósági precedenseket. Ezen túlmenően rávilágít az egészségügyi dolgozók felelősségére és az etikai szempontokra, amelyek a gyermekek ellátásában jelentkeznek.

A gyermekek egészségügyi ellátása során gyakran alakul ki olyan helyzet, amikor az egész-

ségügyi személyzet és a szülők eltérő nézeteket képviselnek a szükséges ellátásról. Különösen súlyos problémát jelenthet, ha a szülők megtagadják a sürgősségi ellátást vagy a kórházi beutalást, illetve a gyermeket saját felelősségükre kívánják hazavinni. Az ilyen helyzetekben a gyermek életéhez és egészségéhez való joga az elsődleges, amelyet a jogszabályok egyértelműen védenek. A jelen cikk célja, hogy áttekintést adjon a vonatkozó jogszabályokról, bírósági döntésekről, valamint a szakmai etikai megfontolásokról.¹

JOGI HÁTTÉR

A szülői jogok és a gyermek önrendelkezése

A polgári törvénykönyv (Ptk. 2:10–2:11 §) szerint a gyermek 14 éves koráig cselekvőképtelen, 14 és 18 év között pedig korlátozottan cselekvőképes. Ez azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátására vonatkozó jognyilatkozatokat általában a törvényes képviselő, azaz a szülő teszi meg. Kivételt képez a 16–17 éves, házasságot kötött gyermek, aki nagykorúként önállóan dönthet. A hatóság csak akkor adja meg az engedélyt, ha a házasságkötés a kiskorú érdekeit szolgálja, nem veszélyezteti testi, szellemi vagy erkölcsi fejlődését, és a fiatal – életkorához mérten – alkalmasnak tűnik arra, hogy a házasságból fakadó jogokat és kötelezettségeket felelősen viselje. A törvény ezenfelül megköveteli a törvényes képviselő (általában a szülő) hozzájárulását is. Ha a házasság érvényesen létrejön, akkor annak jogkövetkezményeként a kiskorú jogilag nagykorúvá válik, azaz teljes cselekvőképességhez jut. Ez a státusz nem ideiglenes és nem feltételes: az így megszerzett nagykorúság végleges, és a házasság felbomlása esetén sem szűnik meg. Vagyis válás után az érintett fiatal továbbra is nagykorú marad, jogilag nem kerül vissza korábbi – kiskorú – státuszába, hanem megmarad a nagykorú személyeket megillető minden joggal és felelősséggel. A házasságkötéssel történő nagykorúság tehát nemcsak a családi jogviszonyokra van hatással, hanem kiterjed a polgári jogi és büntetőjogi viszonyokra is. A nagykorúvá vált személy innentől kezdve önállóan hozhat döntéseket tanulmányairól, lakhatásáról, munkavállalásáról, és saját nevében köthet szerződéseket.² Emellett büntetőjogilag is teljes körű felelősséggel tartozik, bár a büntethetőség alsó korhatára már eleve 14 év. A házasságkötéssel megszerzett nagykorúság tehát egy speciális, de végleges jogi állapot, amely lehetőséget ad arra, hogy egy fiatal – megfelelő indokok és hatósági engedély birtokában teljes jogú tagjává váljon a nagykorúak közösségének. A betegellátás során találkozhatunk esetekkel, amikor az adott kiskorú

vagy vannak vélt személy családjában hagyomány a korai házasság. Ezért minden esetben kérdezzünk rá a beteg korára és – kizárólag a betegellátás érdekében – arra is, hogy házas-e. A mentőellátás során ugyanis találkozunk olyan esetekkel, hogy a 16 vagy 17 éves lány már házas, így a szülő semmilyen között nem dönthet az ellátásáról.

“

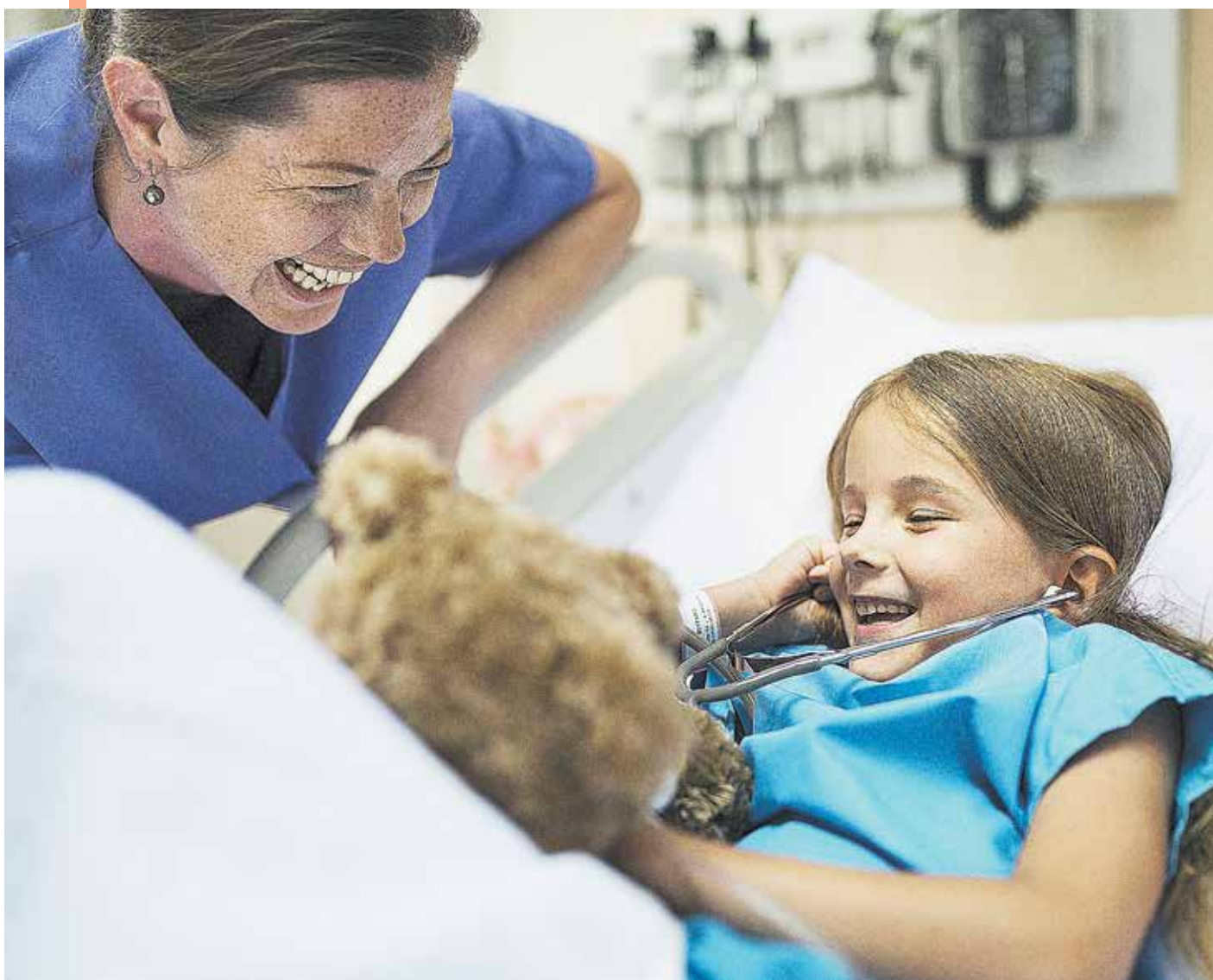
Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv. 20–21. §) kimondja, hogy a szülő nem tagadhatja meg azt az ellátást, amely elmaradása súlyos vagy maradandó egészségkárosodáshoz vezethet.

”

E jogszabály világosan meghatározza a szülői jogok korlátait a gyermek védelmében.³

MENTŐELLÁTÁS ÉS KÓRHÁZI BEUTALÁS

Sürgős egészségügyi helyzetben – például életveszély, súlyos állapotromlás vagy maradandó egészségkárosodás közvetlen veszélye esetén – az egészségügyi ellátó, legyen az orvos vagy mentőszakember, saját szakmai megítélése alapján jogosult azonnali beavatkozást végezni, még akkor is, ha a beteg vagy törvényes képviselője (például szülő) azt nem kifejezetten engedélyezi. Ez azt jelenti, hogy amennyiben a szakember a beteg életének vagy egészségének megóvása érdekében szükségesnek látja az ellátást, úgy annak elvégzéséhez nem szükséges a beteg vagy a hozzátartozó beleegyezése, és a hozzátartozó „saját felelősségre” tett nyilatkozata – például, hogy nem kéri a beavatkozást – jogilag nem kötelező érvényű. Kétség esetén a jog a sürgősséget vélelmezi. A kérdéses jogi alapot az Egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény) 125. §-a tartalmazza, amely kimondja, hogy sürgős szükség esetén az egészségügyi ellátás – beleértve az életmentő vagy súlyos állapotot elhárító beavatkozásokat – a beteg beleegyezése nélkül is elvégezhető, ha az azonnali ellátás elmaradása súlyos veszélyt jelentene. A törvény tehát az élet és testi épség védelmét előnyben részesíti az önrendelke-



zési joggal szemben ebben a speciális helyzetben. Ez különösen fontos gyermek esetében: ha egy gyermek élete veszélyben van, az orvos nem köteles elfogadni a szülő tiltakozását, mivel a gyermek legfőbb érdeke az, hogy megkapja a szükséges sürgősségi ellátást. A törvény a gyógyító tevékenységet végző szakembert nemcsak feljogosítja, hanem kötelezi is arra, hogy ilyen esetben az ellátást elvégezze, még jogi következményeket is kockáztat, ha azt elmulasztja.⁴ A magyar Büntető törvénykönyv (Btk.) külön szabályozza az elsősegélynyújtás elmulasztását, amely bűncselekménynek minősül. A 166. § szerint minden állampolgárnak jogi kötelessége segítséget nyújtani olyan személynek, akinek élete vagy testi épsége közvetlen veszélyben van, amennyiben tőle elvárható módon tud beavatkozni. Ez nem jelenti azt, hogy laikusként szakszerű orvosi ellátást kellene nyújtani, hanem azt, hogy nem hagyhatja magára a sérültet, nem mehet el a helyszínről tétlenül, és például értesítenie kell a mentőket vagy más megfelelő hatóságot.

Amennyiben valaki nem teljesíti ezt a kötelességét, vétség miatt akár két évig terjedő szabadságvesztéssel is büntethető. Azonban a törvény súlyosabb büntetést ír elő abban az esetben, ha a segítségre szoruló személy eszméletlen vagy más miatt nem képes segítséget kérni, ilyenkor a mulasztás három évig terjedő szabadságvesztést vonhat maga után. Ami még markánsabb, hogy különösen szigorúan ítélik meg azt az esetet, amikor a segítségnyújtást valaki foglalkozásánál fogva köteles megtenni, például orvosok, mentőtisztek vagy ápolók, akiknek ez a szakmai felelősségük is. Ebben az esetben a mulasztásért egytől öt évig terjedő szabadságvesztés szabható ki.

KÍSÉRŐ BIZTOSÍTÁSA KISKORÚAK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA SORÁN OKTATÓ-NEVELŐ INTÉZMÉNYEKBN

A kiskorú gyermekek egészségügyi ellátása során a jogszabályok egyértelműen meghatározzák a szülő vagy más, nagykorú személy jelenlétének szük-

ségességét. Az Eütv. és a Ptk. értelmében 14 éves kor alatt a gyermek nem jogosult önállóan dönteni az egészségügyi ellátásáról, így az ellátás igénybevételéhez a törvényes képviselő vagy az általa írásban megbízott nagykorú személy jelenléte kötelező. 14 és 16 éves kor között a gyermek már kérhet maga mellé kísért, de a döntési jog még mindig a törvényes képviselőt illeti meg. 16 éves kortól a gyermek – a jogszabályi keretek között – önállóan dönthet egészségügyi kérdésekben, így arról is, hogy igényel-e kísért az ellátás során (Eütv. 16. § [4]–[5]). Különös figyelmet érdemel, hogy a köznevelési intézményekre is kiterjed ez a kötelezettség. A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény 25. § (5) bekezdése kimondja: „A nevelési-oktatási intézmény a tanuló részére a tanítási időben történő orvosi vizsgálat, védőoltás, valamint a tanulóbalesetek ellátása során felügyeletet biztosít.” Ez azt jelenti, hogy az iskoláknak, kollégiumoknak, gyermekotthonoknak kötelességük a tanuló egészségügyi ellátása idején felnőtt felügyeletet biztosítani – akár az intézmény falain belül, akár külső egészségügyi szolgáltatónál történik az ellátás. A felügyeletet csak nagykorú, alkalmas személy láthatja el, például pedagógus, nevelő, gyermekfelügyelő vagy más kijelölt dolgozó.

Ennek elmulasztása jogi és szakmai következményekkel járhat. Amennyiben a kísérő jelenléte nem biztosított, az egészségügyi szolgáltató jogosult megtagadni az ellátást – sürgős szükség kivételével –, és az intézmény mulasztása akár panaszzra vagy kártérítési igényre is okot adhat. Ez különösen fontos a sajátos nevelési igényű, védelembe vett vagy fokozottan sérülékeny gyermekek esetében, akik számára a kísérő jelenléte nemcsak jogi, hanem gyakorlati értelemben is elengedhetetlen.⁵

A gyakorlatban ez azt jelenti például, hogy egy általános iskolai fogászati szűrés vagy védőoltási nap alkalmával a 10 éves tanuló kizárólag felnőtt kíséretében vehet részt az ellátásban. A 15 éves tanuló már kérhet maga mellé kísért, de a döntést még mindig a szülő hozza meg. A 17 éves tanuló pedig önállóan határozhat arról, hogy jelen legyen-e mellette felnőtt az ellátás során, azonban az intézmény akkor is biztosíthat kísért a számára, ha ezt szakmailag indokoltnak tartja.

Összességében tehát az oktató-nevelő intézmények kötelessége a kiskorú tanulók számára – életkoruknak és jogi státuszuknak megfelelően – a szükséges kíséretet és felügyeletet biztosítani az egészségügyi ellátás során. Ennek megszervezése nemcsak jogi kötelezettség, hanem a gyermekek biztonságát és jólétét garantáló alapvető intézményi feladat.

HALASZTHATÓ BEAVATKOZÁSOK

Nem sürgős, de orvosilag szükséges beavatkozások esetén az életvitelszerűen együtt élő szülő önállóan dönthet a gyermek ellátásáról, a másik szülőt azonban haladéktalanul értesíteni kell. Ilyen eset lehet például, ha a gyermek fogszabályzóra szorul, és az egyik szülő – akinél a gyermek él – aláírja a beleegyező nyilatkozatot, majd e-mailben vagy telefonon tájékoztatja a másik szülőt. Hasonlóképpen, ha a gyermek szemészeti vizsgálaton vesz részt, és szemüveget kell felíratni, az együtt élő szülő dönthet a szemüveg kiváltásáról, de köteles erről a másik szülőt haladéktalanul értesíteni. Tanulási nehézség esetén a gyógypedagógiai vagy fejlesztő foglalkozás megkezdéséről is dönthet az a szülő, aki a gyermeket napi szinten neveli, de az értesítés itt sem maradhat el. Ugyanez érvényes, ha allergiavizsgálat során speciális diétát írnak elő, vagy például lúdtalp miatt fizioterápiát javasolnak: az egyik szülő dönthet a kezelés elindításáról, de a másikat minden esetben értesíteni kell, mivel a szülői felügyeleti jog továbbra is közös. Ez a gyakorlat jogszerű, és egyben elősegíti a gyermek zavartalan egészségügyi ellátását, valamint a szülők közötti együttműködést.⁶

SÜRGŐS, ÉLETMENTŐ BEAVATKOZÁSOK ÉS A SZÜLŐI TILTÁS HATÁRAI



Sürgős szükség esetén az orvos, illetve egészségügyi dolgozó szülői tiltás ellenére is köteles a beavatkozást elvégezni. Ez vonatkozik az életmentő vérátömlesztésre is, amelyet a vallási meggyőződés sem akadályozhat (például. Jehova tanúi-esetek).



BÍRÓSÁGI PRECEDENSEK

Az Alkotmánybíróság ABH 2023/45. számú határozata megerősíti, hogy a gyermek élethez és egészséghez való joga elsőbbséget élvez a szülői tiltással

szemben. A Fővárosi Ítéltábla Pf.20.123/2018/5. ítélete is kimondja, hogy a szülő nem akadályozhatja meg az indokolt szakellátást. A Kúria PJE (2008) hangsúlyozza a tájékoztatás és beleegyezés fontosságát, azonban sürgős esetben az orvos dönt.⁷ Külföldi példák – mint az OLG Hamm (Németország, 2015) ítélete – a szülői jogok korlátozását hasonló módon kezelik.⁸

SZAKMAI ÉS ETIKAI MEGFONTOLÁSOK A GYERMEKEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁBAN

A gyermekek egészségügyi ellátása során az orvosok, ápolók és mentőszakemberek komplex szakmai, jogi és etikai kihívásokkal szembesülnek. A jogi keretek ismerete elengedhetetlen a megfelelő döntéshozatalhoz, hiszen a gyermek érdekének védelme az elsődleges szempont, ugyanakkor a szülők jogainak tiszteletben tartása is fontos tényező. Ez a kettősség számos dilemmát vet fel az egészségügyi személyzet számára.

Jogi környezet és szakmai felelősség

Az egészségügyi dolgozóknak pontosan kell ismerniük a vonatkozó jogszabályokat (így az Eütv., a Ptk., valamint az Alkotmánybíróság és a bírósági

ítélkezési gyakorlat irányelveit), hogy egyértelműen felismerjék, mikor szükséges a szülői beleegyezés, és mikor léphetnek túl annak hiányán sürgős esetekben. Ez különösen fontos, mivel a gyermekek cselekvőképtelensége vagy korlátozott cselekvőképessége miatt a törvényes képviselő döntési joga meghatározó, azonban a gyermek életének, testi épségének védelme elsőbbséget élvez.

Antalóczy professzor és jómagam (2025) is hangsúlyozzuk, hogy az egészségügyi szakembereknek nemcsak a jogi szabályozás ismerete, hanem annak szakszerű és etikus alkalmazása is feladata, amelyhez megfelelő szakmai képzés és folyamatos továbbképzés szükséges.⁹

Kommunikáció és empátia a családokkal való együttműködésben

Az orvosok és mentősök munkája során az egyik legnagyobb kihívást a szülők és családtagok érzelmi állapota, valamint kulturális és vallási meggyőződése jelenti. Ezek az érzelmi és kulturális tényezők gyakran befolyásolják a szülők döntését, és megnehezítik a szakmai szempontból indokolt beavatkozások elfogadtatását. Az egészségügyi dolgozóknak ezért kiemelt figyelmet kell fordítaniuk a megfelelő, érthető és empátikus kommunikációra, amely nem csupán az információátadás, hanem a bizalomépítés alapja is.¹⁰ Az egészségügyi dolgozók hitelessége alapja a szakmai tekintélynek, amely elengedhetetlen a családok együttműködésének elnyeréséhez. A hitelesség megőrzése érdekében a szakembereknek folyamatosan bővíteniük kell tudásukat, és etikus magatartásukkal példát kell mutatniuk. A gyermekek ellátása során különösen fontos az őszinteség, az átláthatóság és a gyermek legjobb érdekének képviselete.

ÖSSZEGZÉS

Az egészségügyi dolgozók helyzete a gyermekellátás területén komplex, hiszen egyszerre kell érvényesíteniük a jogi keretek szabta korlátokat és a szakmai etika elveit. Az egészségügyi jogi szakemberek (2025) szerint a szakmai felkészültség mellett a kommunikációs készségek fejlesztése és a kulturális különbségek megértése nélkülözhetetlen a gyermekek legjobb ellátásának biztosításához. A jogi és etikai normák összehangolt alkalmazása, valamint a családokkal való, bizalomra alapuló együttműködés elősegíti, hogy a gyermekek egészségügyi ellátása ne csupán szakszerű, hanem emberközpontú és méltányos legyen. ●

- 1 Vö. Talabér 2019.
- 2 Vö. Simon–Ficzere 2006.
- 3 Vö. Talabér 2019.
- 4 Vö. Takács 2019.
- 5 A kísérő személy jelenléte nem csupán a gyermek érdekeit és biztonságát szolgálja, hanem védi az egészségügyi személyzetet is. Enélkül ugyanis kiszolgáltatott helyzet állhat elő, melyet az elmúlt évek gyakorlata is igazolt: több esetben hangzott el olyan félreértelmezett vagy valótlan állítás – például szexuális zaklatás vádja –, amelyet utóbb nem lehetett objektíven cáfolni, mivel nem volt jelen független tanú vagy kísérő. A mentőszolgálat nem kötelezhető arra, hogy kísérő nélkül szállítson kiskorút, különösen ha a gondviselő vagy intézmény ezt előzetesen meg tudná szervezni. Ez alól természetesen kivétel az életveszélyes állapot.
- 6 Vö. Talabér 2018; Mezei 2021.
- 7 Egy gyermek orvosi kezelése szükségessé vált, azonban az egyik szülő nem járult hozzá a beavatkozáshoz, míg a másik szülő beleegyezését adta. A kérdés az volt, hogy a szülői jogok gyakorlásának határain belül a gyermek egészségügyi ellátása érdekében hozható-e döntés akkor is, ha az egyik szülő nem ért egyet vele.
- 8 Ebben a konkrét esetben a per arról szólt, hogy az egyik szülő – aki nem értett egyet az orvosi beavatkozással – megpróbálta megakadályozni a kezelést, míg a másik szülő és az egészségügyi intézmény kérte a bíróságot, hogy engedélyezze a szükséges ellátást.
- 9 Vö. Talabér 2025.
- 10 Vö. Dósa 2003

IRODALOMJEGYZÉK

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről.
Alkotmánybíróság ABH 2023/45.
Békés Gábor 2016: *Egészségügyi jogi alapismeretek*. Semmelweis Kiadó.
Diószeghy-Kovács Orsolya 2018: *Egészségügyi jog*. Medicina Könyvkiadó.
Dósa Ágnes 2003: *Egészségügyi jog és etika*. Medicina.
Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény.
Fővárosi Ítéltábla Pf.20.123/2018/5.
Kúria PJE, 2008.
Mezei Gyula 2021: A betegjogok gyakorlati érvényesülése és a betegjogi képviselők szerepe. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*.
Mezei Gyula – Kereki Judit (szerk.) 2020: *Egészségügyi jogi ismeretek az egészségügyi dolgozók számára*. Semmelweis Egyetem EOK, jegyzet.
OLG Hamm, Németország, 2015.
Polgári törvénykönyv (2013. évi V. törvény).
Simon Tamás – Ficzere Lajos (szerk.) 2006: *Az egészségügyi jog alapjai*. HVG-ORAC.
Talabér János 2018: *Az ellátók és ellátottak jogai és kötelezettségei*. Egészségnapok Továbbképzés, Pusztaföldvár, 2018. 05. 23.
Takács Péter 2019: *A betegjogok és az egészségügyi dolgozók jogi felelőssége – határhelyzetek és konfliktusok*. IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy.
Talabér János 2019: *A prehospitalis és hospitalis sürgősségi ellátás aktuális jogi kérdései*. Somogy Megyei Mentők II. kerekasztala konferencia, Kaposvár, 2019. 04. 12.
Talabér János 2025: *Az egészségügyi dolgozókat érintő jogszabályok aktualitásai*. Előadás, Lurdy Ház, Budapest, 2025. 04. 26.

MOK DTESZ – Egy szakmai közösség, ami valóban támogat

A Magyar Orvosi Kamara Diplomások Területi Szervezete (MOK DTESZ) olyan lehetőségeket kínál tagjai számára, amelyek túlmutatnak a hagyományos szakmai érdekképviseleten. Ez a szervezet nem csupán egy hivatalos keret, hanem egy élő, támogató közösség, amelynek célja, hogy a diplomás egészségügyi szakemberek munkáját és fejlődését minden szinten segítse. Ha már tag vagy, vagy épp most fontolgatod a csatlakozást, érdemes megismerni, milyen előnyökkel jár az aktív részvétel.

MIÉRT ÉRDEMES AKTÍVAN ÉLNI A TAGSÁGGAL?

Szakmai támogatás – nem vagy egyedül

A MOK DTESZ egyik legnagyobb értéke, hogy a tagok nem maradnak magukra a szakmai kihívásokkal. Legyen szó jogi kérdésekről, engedélyeztetési eljárásokról vagy érdekképviseletről, a szervezet konzultációs lehetőségeket biztosít, és segít eligazodni a gyakran bonyolult adminisztratív útvesztőkben. Ez különösen fontos lehet akkor, amikor egy-egy döntés nemcsak szakmai, hanem jogi következményekkel is járhat. Tagjainknak egyéni, díjmentes, eseti, de akár hosszabb jogi képviseletet nyújtunk személyes formában, de a fizikai távolság sem lehet akadály!

Pályázati források – támogatás a terveidhez

A szervezetünk évente két alkalommal hirdet pályázati lehetőséget – „MOK DTESZ Közössége pályázat”, amelynek keretében akár 300 000 Ft vissza nem térítendő támogatást is elnyerhetnek a tagok. A pályázatok célja, hogy szakmai, kutatási vagy közösségfejlesztési projektek megvalósítását segítsék – minimális adminisztrációs tterherrel. Emellett külön pályázat áll rendelkezésre külföldi kongresszusi részvétel támogatására, így a nemzetközi szakmai kapcsolatok építése is könnyebbé válik.

Karitatív szakmai tevékenységek – társadalmi felelősségvállalás, amikor a szakmaiság közösségi értéké válik

A Magyar Orvosi Kamara Diplomások Területi

Szervezete nem csupán a tagok szakmai előmenetelét tartja szem előtt, hanem aktívan ösztönzi őket arra is, hogy tudásukat és tapasztalatukat a társadalom javára fordítsák. Ez a szemlélet különösen fontos egy olyan szakmában, ahol az emberi élet és jólét közvetlenül függ a szakemberek elkötelezettségétől.

Karitatív szakmai projektek – azaz támogatás a közjóért

A MOK DTESZ hiszi, hogy a diplomás egészségügyi szakemberek nemcsak gyógyítanak, hanem példát is mutatnak. Éppen ezért olyan pályázati lehetőségeket kínál, amelyek kifejezetten társadalmilag hasznos, karitatív célú szakmai tevékenységek megvalósítását segítik. Ezek a projektek lehetnek:

- ingyenes szűrőprogramok hátrányos helyzetű településeken,
- egészségügyi edukációs kampányok iskolákban, közösségi terekben,
- prevenciós előadások idősek klubjában, civil szervezeteknél,
- mentálhigiénés támogatás krízishelyzetben lévő csoportoknak,
- mobil egészségügyi szolgáltatások elzárt vagy nehezen elérhető régiókban.

Ezekhez a kezdeményezésekhez a szervezet erkölcsi támogatást nyújt, és konkrét anyagi forrásokat is biztosít, így a tagoknak nem kell kizárólag saját költségen megvalósítaniuk ezeket a közösségi célokat.

A karitatív szakmai tevékenységek nemcsak a rászorulókat életminőségét javítják, hanem a szak- ▶



Adjon fel apróhirdetést Ön is!

+36 30/327-4231 • hirdetesek@mok.hu

APRÓHIRDETÉS

LENTI VÁROS Önkormányzata pályázatot hirdet felnőtt házi-
orvosi körzet feladatainak ellátására. A pályázat megtekinthető
www.lenti.hu oldalon.

SZERENCSEN gyermekpraxis átadó. Kártyaszám: 715. Érdeklődni:
hobomed@gmail.com, 06 20 249 5435.

KOLPOSZKÓPPAL egybeépített, lábpedállal emelhető, billent-
hető nőgyógyászati vizsgálóasztal jelképes összegért elvihető.
Tel: 06 30 200 8863

SZEGEDEN exkluzív rendelő kiadó az Árkád közelében. 92 m²-
es; két nagy vizsgálóhelyiség, klíma, háromrétegű üvegezés,
kamerarendszer. Dokirex praxisprogram, online időpontfog-
lalás. Akár több orvos számára közös vagy részidős bérlet.
Érdeklődni: gharaszi@hotmail.com, 30-4825-324.

emberek számára is mélyebb értelmet adnak a hi-
vatásunknak. A társadalmi szerepvállalás:

- erősíti a szakmai identitást, hiszen a tudás nemcsak eszköz, felelősség is;
- növeli a társadalmi bizalmat az egészségügyi rendszer iránt;
- közösséget épít, ahol a szakemberek nem versenytársak, hanem szövetségesei;
- lehetőséget ad a fiatalabb generációknak arra, hogy példaképeket lássanak a pályán.

Hogyan lehet bekapcsolódni? Akár pályázati for-
mában, akár egyéni vagy csoportos kezdeményezés-
sel lehet jelentkezni, kiemelt szempont a társadalmi
hasznosság, az elérni kívánt célcsoport, valamint
a projekt fenntarthatósága. A támogatás nemcsak
pénzügyi formában érkezik, hanem infrastruktú-
ra, szakmai mentorálás vagy kommunikációs segít-
ség formájában is.

Képzések és továbbképzések – naprakész tudás

A szervezet negyedévente szervez magas színvona-
lú szakmai programokat jelenléti, online formában,
amelyek segítenek abban, hogy a tagok tudása mindig
naprakész legyen. A folyamatos tanulás és fejlődés
ma már elengedhetetlen az egészségügyi szektorban,
és a MOK DTESZ ebben is aktív szerepet vállal. Az
elmúlt év rendezvényei, szakmai napjai az alábbi té-
mákra koncentrált: az interdiszciplinaritás lehetőségei
a pszichológiai ellátásban; a gyermek- és serdülő-psi-
choterápia aktuális kérdései, diskurzus a képzés és el-
látás nehézségeiről; szakmaetika, praxisengedélyek és
dokumentációs kötelezettség; jog és pszichológia szak-
mai nap. Minden további témára is nyitottak vagyunk,
a MOK DTESZ elhivatottan segít megszervezni, min-
den, a tagjai számára fontos képzést, rendezvényt.

Kapcsolatépítés – közösség és együttműködés

A tagság lehetőséget ad arra is, hogy hasonló gon-
dolkodású szakemberekkel találkozzunk, eszmét
cseréljünk, és akár lokális együttműködéseket ala-
kítsunk ki. A rendezvények, találkozók nemcsak
szakmai szempontból értékesek, hanem emberi
kapcsolatok építésére is alkalmat adnak. Alapíthatsz
szakmai munkacsoportot, de kérhetsz támogatást
informális közösségépítő rendezvényekhez is, le-
gyen ez akár életteredben dolgozó kolléga, megyéd
szülöttei, szűkebb szakmai kapcsolataid köre vagy
a társszakmák kommunikációjának elősegítése.

Infrastruktúra – háttér a projektjeidhez

Ha van olyan kutatásod vagy projektjed, amelyhez
irodai háttérre van szükség, a MOK DTESZ inf-
rastruktúrája ingyenesen rendelkezésedre áll. Ez
különösen hasznos lehet olyan kezdeményezések
esetén, amelyekhez nem áll rendelkezésre saját
helyszín vagy technikai háttér.

HOGYAN LÉPHETSZ KAPCSOLATBA VELÜNK?

Ez a tagság nem csupán egy adminisztratív stá-
tus – ez egy élő, támogató szakmai közösség.
Ha kérdésed van, vagy szeretnél többet megtudni,
keresd a szervezetet az alábbi elérhetőségeken:

Facebook: **MOK DTESZ információk**

E-mail: iroda@mokdtesz.hu

Telefon (sürgős esetben):

Ozvald Gabriella +36 30 257 9913

*Használd ki ezeket a lehetőségeket – nemcsak a szak-
mai fejlődésed, hanem a mindennapi munkád támo-
gatása érdekében is! Ez több mint tagság – ez egy
közösség, amely veled együtt épül.*

Az alábbi, az alapellátás komplex helyzetét elemző cikk a Budapesti Területi Szervezet tollából született. A Magyar Orvosi Kamara Háziiorvosi Csoportja a cikket még lapzárta előtt olvasta, a benne foglaltakkal szemben kifogást nem emelt, azonban megállapításuk szerint az alapellátás helyzetét célszerű a vidéki háziorvosok problémáival együtt

elemezni. Természetesen érthető, hogy a Budapesti Területi Szervezet fókusza a fővárosra esik, így várhatóan a következő, októberi lapszámunkban a jelen cikk kiegészítéseként, a problématérkép teljessé tétele érdekében a Háziiorvosi Csoport is közöl egy elemzést, sorra véve a vidék aktuális problémáit is.

dr. Máté-Horváth Nóra, főszerkesztő

DR. DUDÁS MÁRTA – ÜGYVÉD, A MOK BTSZ MEGBÍZOTTJA, DR. JUHÁSZ HANNA, PROF. DR. LOTZ GÁBOR

A háziiorvoslás és az ügyeleti rendszer

PONTOSAN 25 évvel ezelőtt a körzeti orvosok mint háziiorvosok személyhez fűződő és forgalomképes jogot kaptak a területi ellátási kötelezettség önálló vállalására. A mára praxisjognak nevezett jog sok változáson ment keresztül. „Születési neve” működtetési jog volt; ekkor a MOK hatáskörébe tartozott hatósági bizonyítvánnyal igazolni, hogy ki szerezte meg a törvény erejénél fogva alanyi jogon, és hatóságként engedélyezni, ha valaki ezt megvásárolta. A vételárak akkortájt és még hosszú éveken át a több millió forintos sávban mozogtak, sok esetben még a 10 milliót is meghaladták.

Fiatalkorú orvosok, akik a háziiorvoslásban látták jövőjüket, hitelből fizették ki a vételárat, amihez idővel az állam támogatást biztosított. A praxisjog sorsa abban a körben is változott, hogy a MOK-tól elvonásra került a hatósági jogkör, átkerült a népegészségügyi hatósági feladatokat ellátó szervhez, onnan az OKFŐ-höz. Ennek következtében bizony több – főleg idős – orvos csak nehézségekkel tudta, tudja igazolni, hogy praxisjoggal rendelkezik, és azt hogyan szerezte. Ez elsősorban azért lényeges, mert az adásvétel során egy időben illeték- és jövedelemadó-fizetési kötelezettsége is keletkezhetett a szerződő feleknek.

Az önálló háziiorvosi, házi gyermekorvosi tevékenységet – területi ellátási kötelezettséggel – az önkormányzattal kötött szerződéssel vállalhatta az, aki praxisjoggal rendelkezett. A betegek folyamatos ellátását a NEAK finanszírozta, finanszírozza. Törvényi előírás volt, hogy a NEAK akkor köti meg a finanszírozási szerződést, ha az érintett orvos részt vesz az ügyeleti szolgálat ellátásában, vagy az önkormányzat nyilatkozik, hogy erre nem tart igényt, és az önkormányzat általában így nyilatkozott. Az a körülmény, hogy az ügyelet nem

képezte a háziiorvosok feladatát, emelte a praxisjog forgalmi értékét, vagy legalábbis szinten tartotta egy darabig, és vonzóvá tette a háziiorvosi, házi gyermekorvosi hivatás gyakorlását.

Ezt változtatta meg az a döntés, hogy az ügyeleti szolgálat ellátásának feladatát egy adott időponttól a jogalkotók átruházták az Országos Mentőszolgálatra, a NEAK-finanszírozás feltétele pedig úgy változott, hogy az OMSZ nyilatkozhat arról, hogy nem tart igényt valamely háziiorvos munkájára (ez azonban a gyakorlatba nem ment át).

A háziiorvosok (gyermeket és felnőtteket ellátók) kötelezetté váltak arra, hogy szerződést kössenek az Országos Mentőszolgálattal, a szerződés lényeges tartalmi elemeiben e két félnek kellett volna megállapodnia.

“

Itt vált komoly igénnyé a MOK szakmai érdekképviselője, amit felismerve komoly kamarai támogatást és segítséget kaptak a MOK-tagsággal rendelkező háziiorvosok.

”

Több, egyénre szabott és az érintettek által sérelmezett állami intézkedés történt, ami miatt az igazságszolgáltatásra számítván peres eljárások in-



dultak és vannak még folyamatban, így jutott el az ügy egészen a Kúriához.

Az igazságszolgáltatásban született döntés szerint a szerződés tartalmi elemeiben a felek lényegében szabadon állapodhatnak meg, az orvos csak arra kötelezhető, hogy kezdeményezze a szerződést és törekedjen a közös megegyezésre az Országos Mentőszolgálattal. Ez a döntés viszont kiváltotta a jogalkotók reakcióját és megszületett egy kormány- és egy miniszteri rendelet, amelyek értelmében a területi kötelezettséggel szerződött orvosok szerződés nélkül kötelesek az OMSZ által szervezett ügyeletben részt venni. Ez a két jogszabály tartalmazza azokat az egyébként szerződés részét képező tartalmi elemeket – így a díjazás mértékét is –, amelyek eddig a két fél szabad megállapodásának tárgyát képezhetek volna. A jogszabályok hatályba léptek, az utóbbi július 17-én, azok betartása tehát ma már kötelező.

Emiatt a háziorvosok az Alkotmánybírósághoz fordultak, aminek kimenetele számukra sorsdöntő lesz, és ami ennél fogva – a háziorvosi praxis ellátását vállaló kollégák számán keresztül – a betegek ellátására is hatással lesz, jó vagy rossz irányban.

Úgy a betegek, mint az orvosok számítanak arra, hogy az érintettek és a jogalkotásban részt vevők felismerik és helyén kezelik a háziorvoslás fontosságát, hiszen a háziorvos az, aki elsőnek tudja megmondani a betegnek, hogy bajával „melyik ajtón menjen be”, és ha ez nem működik hatékonyan, az mind a betegek, mind az egészségügy munkavállalói számára pluszterhet jelent. Mindehhez társul, hogy több kérdés nyitva maradt, melyeket értelmezni kell majd a gyakorlatban. A jogalkalmazás, illetve -értelmezés egyik fajtája, hogy a hézagokat „az élet kitölti tartalommal”, a másik, hogy újabb jogszabály születik. A jogbiztonság azonban a betegellátás egyik feltétele. ●

DR. VÁMOSI PÉTER – ELNÖK, MAGYAR REZIDENS SZÖVETSÉG, DR. HEGEDÜS TAMÁS – TITKÁR, MAGYAR ORVOSI KAMARA

Újratervezés: rezidens és doktori képzés (PhD)

Lehet-e egyszerre sikeres a két pálya?



A REZIDENS szakképzés és a tudományos pálya összehangolása évtizedek óta aktuális, mégis rendezetlen kérdés a pályakezdő kollégák életében. Az utóbbi években különösen az egyetemi klinikákon dolgozó rezidensek szembesülhettek azzal az elvárással, hogy ha hosszabb távon az akadémiai pályán képzelik el jövőjüket, a szakképzéssel párhuzamosan doktori fokozatot is szerezzenek. Ez azonban a jelenlegi rendszerben nemcsak időbeli, de anyagi és adminisztratív terhet is jelent számukra.

Az eltérő egyetemi és klinikai gyakorlatok miatt a doktoranduszi státusz vállalása korántsem egységesen támogatott. Míg egyes helyeken bevett gyakorlat a nappali tagozatos doktori képzés ösztöndíjának (140 000 – 180 000 Ft/hó) megtartása teljes állású rezidensi munkaviszony mellett, máshol erre semmilyen lehetőség sincs. Ez az egyenlőtlenség komoly feszültséget szül: ugyanazért az elvárt teljesítményért van, aki dupla anyagi támogatásban részesül, míg máshol nem kap ösztöndíjat a doktoranduszi munkájáért, sőt egyes esetekben levelező státuszban fizet is a doktori képzéséért.

A 2025 júniusában megjelent módosított kormányrendelet értelmében várhatóan új lehetőségek nyílnak meg a pályakezdő rezidensek előtt. A rendelet kimondja, hogy:

„A részmunkaidőben foglalkoztatott rezidens munkaidejének növelése is az e rendelet szerinti keretszám terhére történhet. [...] A munkaidő módosítása hiányában a szakképzés a továbbiakban is részmunkaidőben teljesíthető.”

Ez azt jelenti, hogy a szakképzés akár félállásban is végezhető, ami mellett reális idő maradhat a tudományos munkára, akár egy intenzívebb, nappali PhD-képzés keretében is.

Ez a lehetőség különösen akkor lehet értékes, ha figyelembe vesszük a jelenlegi doktori képzési rendszer problémáit: az állami ösztöndíjas képzést megkezdők csupán **53 százaléka** szerez ténylegesen fokozatot, és mindössze **15–20 százalék** végez az előírt négyéves időkereten belül. Egy doktori hallgató ösztöndíjára és kutatási támogatására **átlagosan 10 millió forint** fordítódik és ez akár kárba vesztett támogatásként is felfogható az intézmény részéről, ha a folyamat végén nincs fokozat.

A doktori és szakképzési párhuzamosság problémáját nem csupán az időhiány, hanem az anyagi terhek is súlyosbítják. Egy nappali tagozatos állami ösztöndíjas doktorandusz jogviszony teljes ösztöndíja a rezidensi munkabér mellett sok helyen megszűnik, így a fiatal orvosnak döntést kell hoznia: tudomány vagy megélhetés.

Ezt a dilemmát kívánja orvosolni az új doktori képzési rendszer, amely három pillérre épül:

- **kutatói kiválósági doktori képzés:** teljes állásban, kutatási programhoz kötve, bruttó 640 000 Ft bérrel;
- **kooperatív doktori képzés:** heti húszórás munkaviszony mellett, 250 000 Ft ösztöndíjjal és akár nettó 400–500 000 Ft összjövedelemmel;
- **hagyományos doktori képzés:** jelenlegi ösztöndíjjal (140 000 / 180 000 Ft), részben munka mellett is végezhető.

A kooperatív doktori képzés különösen releváns lehet az orvosi utánpótlás szempontjából, hiszen lehetővé teszi a gyakorlati munka és a tudományos előrehaladás egyidejű vállalását rugalmas jogviszonnyal és emelt ösztöndíjjal.

Egyes klinikák már most is sikeresen alkalmaz-

zák a részmunkaidős rezidens és paralel nappali doktorandusz modellt. Olyan struktúrák jöttek létre, ahol a rezidensek heti 20–30 órában dolgoznak az osztályon, miközben érdemi időt fordíthatnak kutatásra, publikációírára és nyelvvizsga letételére, ami közül utóbbi a fokozatszerzés feltétele.

Ezek a helyeken a képzés időtartama 1–2 évvel meghosszabbodik, de az egyetemi oktatói és kutatói utánpótlás szempontjából így is sokkal sikeresebb. Ahol viszont nem támogatják ezt a modellt, ott kiegészítéshez vezethet az elvárt kettős teljesítés, és egyik cél sem valósul meg.

Vannak azonban kritikus pontok, amelyekre mindenképpen figyelni kell a reform megvalósítása során. A jelenlegi kormányrendelet értelmében a részmunkaidős foglalkoztatás kizárólag a képzési keretszám terhére módosítható, ami azt jelenti, hogy ha ez betelik, bár a finanszírozás változatlan marad, a munkaidő további növelésére már nincs lehetőség. Ez bizonytalanságot okozhat az intézmények számára. Emellett a részmunkaidő bevezetése, a párhuzamos jogviszonyok kezelése és a kreditátvitel komoly adminisztratív terhet ró az érintettekre – épp a leginkább támogatásra szoruló fiatalokra. Ráadásul az új lehetőségekkel csak azok tudnak élni, akik olyan támogató közegbe kerülnek, ahol a vezetők tisztában vannak a rendelet nyújtotta opciókkal, ez pedig akár tovább is növelheti a hozzáférési egyenlőtlenségeket.

A doktori képzések átalakítása és a rezidensi munka rugalmassá tétele összességében üdvözlendő irány. Az, hogy a tudományos karrier ne egy hátráltató kiegészítője, hanem integrált része lehessen az orvossá válásnak, nemcsak az utánpótlás, hanem a teljes magyar egészségügyi rendszer érdeke.

Fontos azonban, hogy az új szabályozás ne csak elméletben kínáljon lehetőségeket. Az intézményi szintű alkalmazás, a szakképzési központok és tanszékvezetők támogatása, az adminisztratív egyszerűsítés és az ösztöndíjok hatékony alkalmazása kulcsfontosságú.

Ha sikerül valóban megteremteni egy olyan rendszert, ahol nem kell választani a gyógyítás és a kutatás között, akkor az orvostársadalom új generációja sokkal felkészültebb, motiváltabb és hosszú távon elkötelezettebb lesz mind a betegek, mind a tudomány iránt. ●



In memoriam dr. Kovács István arany- és gyémántdiplomás házi orvos (1936–2025)



Székesfehérváron született 1936. január 12-én. Több mint hat évtizedes orvosi hivatása során generációk egészségére vigyázott. A Semmelweis Orvostudományi Egyetemen *summa cum laude* minősítéssel szerzett diplomát 1962-ben. A kötelező sorkatonai szolgálat után, 1963 májusában egy hónapig helyettesített Tiszasas–Tiszaug–Csépa körzetében, ahol mintegy tízezer lakos ellátásáért felelt, majd 1963 júniusától Jásztelek körzeti orvosaként dolgozott több mint húsz évig. 1984-től 2003-ig a Csepeli Kórház Rendelőintézetének háziarvosa volt. Kiváló szakmai felkészültsége, elkötelezettsége, lelkiismeretes munkája kivívta betegei és kollégái elismerését. Szakmai tudását nemcsak gyógyítóként, hanem előadóként is kamatoztatta: hazai és külföldi konferenciákon tartott előadásokat. Orvosi hivatását haláláig komolyan vette, gyémántdiplomásaként is rendszeresen járt továbbképzésekre. Betegei mind a mai napig hálás szívvel gondolnak rá. Budapesten hunyt el 2025. június 29-én. Emlékét szeretettel és tisztelettel őrizzük.

dr. Kovács Ilona



Az *Életutak* rovat a maga szomorúságában az egyik legmeghatóbb rovatunk is egyben. A lap átalakulása során ezt tiszteletben tartjuk, így természetesen a jövőben is fogadunk elhunyt kollégáink szeretteitől, barátaitól és munkatársaitól hasonló írásokat. Az egyes megemlékezéseket az egységes megjelenés biztosítása és a lap terjedelmének figyelembevétele miatt bruttó 1000 karakter

+ portréfotó terjedelemben maximalizáljuk. Amennyiben a megemlékezés ezt a karakterterjedelmet meghaladja, a szerkesztőbizottságunk fenntartja a jogot, hogy a megemlékezést 1000 karakter terjedelműre csökkentse.

Életúti visszaemlékezéseket a továbbiakban is az orvosoklapja@mok.hu e-mail-címen fogadunk.

ÚJ TERRAMAR

AZ ÉV MAGYAR AUTÓJA 2025



KAMARAI KEDVEZMÉNNYEL

CUPRA

CUPRA Impulse modellek még magasabb alapfelszereltséggel

*Az ajánlat 2025. október 30-ig érvényes, de a határidő a Porsche Hungaria Kft. által egyoldalúan meghosszabbítható. A Cupra Terramar csoporton belüli legmagasabb kombinált üzemanyag-fogyasztása 0,4-8,85 l/100km, CO₂-kibocsátása 9-199 g/km. A megadott értékek a típusjóváhagyás során rögzített, gyári felszereltséggel kerültek megállapításra, és a hirdetés feladásának időpontjában érvényesek. A nevezett értékek WLTP szerint mértek, nem egyes járművekre vonatkoznak, nem részei a tájékoztatónak, hanem a különböző járműtípusok összehasonlítására szolgálnak, a 715/2007/EK rendelet jelenleg érvényes előírásainak megfelelően. Ezen értékeket egyes többletfelszereltségek, tartozékok, valamint a vezetői szokások és egyéb, nem technikai jellegű tényezők (pl. környezeti feltételek) is befolyásolják. A kép illusztráció, többletfelszereltséget is ábrázolhat. Részletes tájékoztatásért és az ajánlatért forduljon márkakereskedéseinkhez!



MAGYAR ORVOSI
KAMARA

www.mok.hu