

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS PROBLÉMÁI NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEK ESETÉBEN – ELEMZÉS ÉS JAVASLATOK

NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEK
TÁRSADALMI INTEGRÁCIÓJA MAGYARORSZÁGON
– NIEM SZAKPOLITIKAI ELEMZÉSEK

TÓTH JUDIT

5

EGÉSZSÉGÜGY

TÓTH JUDIT

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS PROBLÉMÁI NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEK ESETÉBEN – ELEMZÉS ÉS JAVASLATOK

Nemzetközi védelemben részesített személyek társadalmi integrációja Magyarországon – NIEM szakpolitikai elemzések

Kiadja a **Menedék – Migránsokat Segítő Egyesület**.

A kiadásért felel a Menedék – Migránsokat Segítő Egyesület elnöke.

Az elemzés a "Nemzetközi védelemben részesített személyek társadalmi integrációja Magyarországon – NIEM Szakpolitikai Elemzések" című sorozat része, amely a NIEM – Nemzeti Integrációt Értékelő Mechanizmus elnevezésű, PL/2015/AMIF/SA azonosítószámú, az Európai Unió Menekültügyi Migrációs és Integrációs Alapja által támogatott nemzetközi kutatási és stratégiai projekt keretében készült el.

A sorozatot szerkesztette: **KOVÁTS ANDRÁS – SOLTÉSZ BÉLA**

Szöveggondozás: **BORBÁTH PÉTER**

ISBN: 978-963-89566-9-9

Az elemzés letölthető a www.forintegration.eu és a www.menedek.hu weboldaláról.

Az elemzésben szereplő vélemények kizárólagos felelőssége a szerző(ke)t terheli. Az Európai Bizottság, valamint a lengyel Belügy- és Közigazgatási Minisztérium nem vállal felelősséget az elemzés tartalmáért, illetve az azokban foglalt információk felhasználásáért.

© Menedék – Migránsokat Segítő Egyesület, Tóth Judit, 2021.

Minden jog fenntartva. Az elemzés és az abban található ábrák a szerzői jog védelme alatt állnak. Felhasználásuk csak a szerző(k) és a kiadó megnevezésével engedélyezett.

Menedék – Migránsokat Segítő Egyesület

1081 Budapest, Népszínház utca 16. III/3.

www.menedek.hu

A projekt az Európai Unió Menekültügyi, Migrációs és Integrációs Alapjának (AMIF) lengyelországi nemzeti programja támogatásával valósul meg.



AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS PROBLÉMÁI NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEK ESETÉBEN – ELEMZÉS ÉS JAVASLATOK

NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEK
TÁRSADALMI INTEGRÁCIÓJA MAGYARORSZÁGON
– NIEM SZAKPOLITIKAI ELEMZÉSEK

TÓTH JUDIT

5

EGÉSZSÉGÜGY

Vezetői összefoglaló

Az elemzés áttekinti, hogy a nemzetközi védelemben részesített emberek beilleszkedése és védelme szempontjából fontos egészségügyi ellátáshoz és azt működtető egészségbiztosítási rendszerhez hogyan férnek hozzá. Ebben nagy szerepe van nemcsak a magyarországi szociális és egészségügyi ellátók tájékozottságának, attitűdjének, de az ellátási kapacitásnak és a védelmezett emberek igényeinek is. Noha a célzott adatgyűjtés és kutatás hiányában, továbbá a mostani világjárvány miatt kevés a releváns adat Magyarországon, a több évtizedes menekültügyi szabályozási és igazgatási tapasztalatra lehetett építeni. Indirekt módon azzal járulhatunk hozzá a nemzetközi védelemben részesítettek integrációjához, hogy kidolgoztuk az elemzés végén szereplő eljárási sémát, a kérelmezéstől a gyógykezelés lezárásáig, valamint a menekülteknek az egészségügyi ellátásba való bevonásáig, amennyiben megfelelő képesítéssel rendelkeznek. Ha a Menekült-egészségügyi Eljárási Protokollt követik az ellátásban dolgozók (orvosok, nővérek, szervezők), akkor ez a javaslat nagyobb egészségügyi ellátási biztonságot nyújt a nemzetközi védelmet élvezőknek, és segítség a velük foglalkozóknak Magyarországon és talán máshol is.

1. Bevezetés

A nemzetközi védelemben részesülők és kérelmezők magyarországi integrációja csak több indikátor alkalmazásával és számos szakterület, szakpolitika koordinált működtetése révén segíthető elő. Ebben az egyes részterületekre vonatkozó javaslatok kialakítását célzó projektben ([Nemzeti Integrációt Értékelő Mechanizmus](#), a továbbiakban **NIEM**) az egészségügyi ellátásra vonatkozók nélkülözhetetlenek. Érdemben három, egymástól alig elválasztható kérdéskör jelenti a kiindulási pontot:

- ▶ **(a)** Miként jutnak az ellátás fedezéséhez szükséges egészségbiztosítási jogviszonyhoz a nemzetközi védelemben részesített személyek (menekült, oltalmazott, befogadott) és a kérelmezők?
- ▶ **(b)** Miként tudják igénybe venni az egészségügyi ellátásokat, ha a jogosultságuk adott, figyelembe véve a védelemben részesített személyek sajátos élethelyzetét: lakó/tartózkodási helyüket, a kommunikációs és kulturális eltéréseket, az orvosi dokumentáció esetleges hiányát, a sajátos igazoló okmányokat.
- ▶ **(c)** Milyen jellemzői vannak a kényszer migrációból fakadó élethelyzetnek az egészségügyi ellátásokban? Mely ellátások iránt van fokozott igényük az érintetteknek, tekintettel a járványhelyzetre és az átélt traumákra?

A COVID-19 világjárvány, valamint a statisztikák hiánya súlyos korlátokat jelent manapság. Emiatt a jogi szabályozás szakirodalmának elemzésére támaszkodhatunk és csak kevés empíriára. Ezért az alábbiakban az ellátáshoz férés javítására fókuszálunk csupán, mégpedig *az egészségügyben dolgozók (és a szociális munkások) informáltságának erősítése* révén. Hipotézisünk szerint e segítő szakmákban tevékenykedők nagyon kevés felkészítést kaptak a nemzetközi védelemben részesülőkkel és kérelmezőkkel kapcsolatos (köz) egészségügyi ellátásokról. Ezért, ha a kezükbe adunk egyfajta *eljárési sémát, protokollt*, az egységesebbé teheti a hozzáférést az ellátáshoz, javíthatja a bánásmódot, tehát közvetetten segíteni tudjuk a nemzetközi védelmet élvezők integrációját.

Elemzésünk az általunk kidolgozott, a Függelékben olvasható *Menekült-egészségügyi Eljárési Protokoll* (a továbbiakban **MEP**) bevezetése mellett szóló érveket és magyarázatokat tartalmazza. Kitérünk az adathiányra, a jogcímeket érintő szabályozásra, az egészségügyi szakpolitikai rendszerben való elhelyezésre, a szakmai aggályokra, a képzést-kutatást célzó munkákra és a WHO releváns javaslataira. A MEP leírása – amelyet néhány gyógyító is véleményezett – az elemzést követi, sematikus ábrája pedig a 4.sz. Mellékletben található.

2. Adatok és hiányok

A NIEM az integrációt illetően 15 féle indikátor használatára épít, köztük a kérelmezőkre és a védelmet élvezőkre vonatkozó egészségügyi jogszabályi indikátorokkal, továbbá felhasználja az egészségügyi statisztikákat, a részükre is elérhető egészségügyi ellátások működésére, finanszírozására és a szakmai, valamint a társadalmi párbeszédre vonatkozó adatokat.¹ Ezekről strukturálisan is eltérő a hazai adatgyűjtési rendszer, ezért *hiányoznak az egészségügyi ellátás szempontjából releváns alapadatok ahhoz, hogy az indikátorok használhatóak legyenek*. Az egészségügyi statisztika a kérelmezőket és nemzetközi védelmet élvezőket külön (jogállás vagy sérülékeny csoportok szerint) nem gyűjti, ezért *a jövőben is csak részleges és sporadikus adatokkal számolhatunk*.

¹ Az indikátorokat az [1.sz. Melléklet](#) tartalmazza

Miért? Mert évtizedek óta² az adatgyűjtés alapja a betegségek és beavatkozások statisztikája, illetve azok finanszírozási egységei (BNO és HBCS) A biztosítási kassza kiadásainak maximálása miatt 2004-től kezdődően ennek ismeretében rendelték el a betegellátók teljesítményvolumen-korlátozását, vagyis meghatározták a beavatkozások számát adott időszakra, mert csak ennek keretein belül finanszírozza azokat a Nemzeti Egészségbiztosítási Adatkezelő (a továbbiakban NEAK). Ennek hatására megszűnt az intézmények érdekeltsége abban, hogy a számukra hátrányos teljesítményeket növeljék. Ezzel előállt a kapacitáshiány és a várólista³ (aktív állami kapacitástervezés a piac helyett), mert a lekötött szakellátási kapacitásra van csak érvényes finanszírozási szerződés. A NEAK heti/éves adatai a fertőzöttekről, az elhunytakról, kórházi kihasználtságról, kiadásokról is tájékoztatást adnak. A felsorolt adatkörök közül egyikben sem szerepel kor, nem, állampolgárság vagy egyéb jogállás szerinti bontás.

Az adathiány az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)⁴ létrehozásával elvileg megszűnhetne, ugyanis a közfinanszírozott ellátást már 2018-tól, a magánellátást pedig 2020 második felétől kell az egészségügyi profilban rögzíteni. Ennek alapján jelentős elektronikus, azaz egyszerűen kezelhető, rendezhető adatbázis jött létre, amelybe sokféle adat kerül. Ám nem azért, hogy azt a későbbi ellátás, alapjogok biztosítása céljából vagy más kormányzati tervezéshez felhasználják, hanem elsősorban az adók módjára beszédett

² A WHO révén vezettek be a betegségek nemzetközi osztályozására vonatkozó (BNO) kódrendszert (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), azért, hogy bármelyik országban megbetegedett, illetve sérülést szerzett személy diagnózisát egységes kódrendszer alapján lehessen besorolni. A NEAK (2017-ig OEP) által is alkalmazott szabványos kódolás alapján a különféle statisztikákat, országjelentéseket egységes kódolás alapján lehet összehasonítani. A homogén betegcsoportokat (HBCS-k) pedig a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használják, azokat az aktív kórházi ellátási eseteket sorolják egy finanszírozási csoportba, amelyek nagyságrendileg azonos teljesítményértékkel rendelkeznek, azaz közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye, és a csoportba sorolás orvosi szempontból is elfogadható. A besorolást elsősorban az ellátást indokoló betegségek, a besoroláshoz kiemelt orvosi beavatkozások határozzák meg. A homogén betegcsoportok rendszerét nemcsak a kórházi ellátási esetek osztályozására alkalmazzák, hanem olyanokra is, amelyek a beteg egész napos benntartózkodása nélkül is elláthatók. Az egyik legfontosabb megvalósítandó feladat a finanszírozás normatívtásának megteremtése, vagyis a térítési díjaknak a különböző szolgáltatók közötti egységesítése, de az amortizáció költségei nélkül.

³ NEAK országos várólista nyilvántartása, ahonnan megtudható, hogy a kiemelt műtétekre az egyes kórházakban hány beteg vár és milyen várakozási idővel kell számolni, a várakozók száma és a várakozási idők hogyan alakulnak országosan, illetve az egyes térségekben

⁴ Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

III/A. fejezete és az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet mellékletei határozzák meg, míg az ügyeleti, sürgősségi betegellátási, mentési feladatok folyamatosságát a 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 154/2020. (IV. 27.) Korm. rendelet alapján

egészségügyi hozzájárulások szerinti finanszírozhatóság és a működés ellenőrzése érdekében. Így az EESZT-ben szerepel:

- ▶ az ellátott személyazonosító-típusa és értéke (TAJ) – de mivel a nemzetközi védelmet kérelmezőknek és védelemben részesülőknek csak egy része rendelkezik TAJ számmal (ld. később), nem lehet ennek alapján statisztikát készíteni, nem így kerül ebbe a nyilvántartásba a számunkra releváns (összes) nemzetközi védelmet élvező és kérelmező,
- ▶ az alapellátásnál szerepel a térítési kategória, aminek alapján ki lehetne gyűjteni a társadalombiztosítás általi és a költségvetési, nemzetközi és magánbiztosító általi finanszírozást,
- ▶ valamint a sürgősségi ellátásnál az ellátottakat állampolgárságuk, továbbírányításuk és a beteg további sorsa alapján, mivel ezek az adatok szerepelnek itt,
- ▶ az egészségügyi profilba pedig betöltendő adat a betegre vonatkozóan
 - a védőoltás neve, a védettség (betegség) neve, oltás időpontja,
 - a megoldott, lezárt vagy inaktív problémák, korábbi műtétek és beavatkozások időpontja,
 - az aktuális problémák/diagnózisok, a terápiás javaslatok,
 - az aktuális gyógyszerelés,
 - a fogyatékoság leírása,
 - az életmódi tényezők,
 - a várandósság, továbbá
 - az egészségügyi dokumentáció (zárójelentés, ambuláns lap, műtéti leírás, mentési lap) és a laboratóriumi vizsgálat eredményéről teljesítendő jelentés.

Az EESZT a társadalombiztosítási azonosító jelhez tartozó biztosítási jogviszony fennállásának és a háziorvosi szolgálat adatainak lekérdezhetőségére épül. A fekvőbeteg-szakellátásban pedig csak olyan ellátási eseményt tesz a NEAK felé elszámolhatóvá, amelyet felírtak az EESZT-be.

Az *egészségbiztosítási közhiteles nyilvántartást* az Egészségbiztosítási Alap kezelésére kijelölt egészségbiztosítási szerv vezeti. A nyilvántartásban szereplő

személyes adatok egyébként az érintett természetes személy elhunytát követő 30 évig nem törölhetőek. Utólag innen lehetne bizonyos statisztikai adatyűjtést végezni.

A NIEM indikátorok szoros kapcsolatban és részben átfedésben vannak a szociális ellátásokhoz kapcsolódó indikátorokkal. Fontos lenne tudni, hogy a rászorultsági alapú egészségügyi ellátásban kik részesülnek, de az alapvetően TAJ szám alapú hozzáférés/hyilvántartás miatt ezek az adatok nem érhetőek el. Ha például az érintett rendelkezik TAJ számmal, de nem fizette a járulékot, a rendezetlen jogviszony miatt a rászorultsági ellátás segít neki. A közös európai kutatás alapját képező adatok (**Baseline**) így életkor, nem, sérülékenység szerinti (pl. egyedülálló szűlők, fogyatékkal élők, kísérő nélküli kiskorúak, kínzás áldozatai) és egyéb adatbontás nem érhető el Magyarországon, még a menekültügyi eljárás tartama, a sérülékenység azonosításának tartama szempontjából sem. Legfeljebb sporadikus adatok nyerhetőek ki az egyes csoportokkal kapcsolatos egészségügyi ellátásokról és kiadásokról.⁵

A MEP bevezetésével azokra az emberekre vonatkozóan keletkezhet Magyarországon adat, akik kapcsolatba kerültek a menekültügyi eljárással, majd azt követően az egészségügyi ellátással. Ez azért is fontos, mert megnehezíti a nemzetközi védelemre szoruló társadalmi elfogadását és integrációját, ha rejtőzködő populációvá válnak. Lassan alig akad kérelmező és védelmet élvező,⁶ és a statisztikai számbavétel (akár mikrocenzus, akár tízéves cenzus, vagy a TAJ-szám alapján⁷) a nemzetközi védelembe vettek csak töredékesen, (alulszámolás, a nem kötelező válaszok vagy amiatt, hogy a védelembe vett személy annak ellenére is TAJ-számmal rendelkezik, hogy már külföldre távozott), a kérelmezőket pedig egyáltalán nem tartalmazza.

5 Például az OEP-nek a magyarországi befogadóközpontokban lévő menekültek egészségügyi ellátására a Belügyminisztérium 2015-ben 72,2 millió, 2016-ban pedig, augusztus 31-ig 15,2 millió forintot fizetett ki. 2015 januárjától 2016 augusztusáig összesen 87,4 millió forintot költött a magyar állam a menekültek orvosi ellátására, míg ennek másfélszeresét költötték ugyanezen idő alatt egy kormánylapban a menekültellenes népszavazási plakátok megjelentetésére. Szeptemberre a teljes reklámkampány kiadásai elérik a 20 milliárd forintot. (ld. Másfélszer annyit fizettünk a migránsozásért csak a Magyar Időknek, mint a menekültek ellátására. Kerner Zsolt, 24.hu, 2016.szept.23.)

6 A KSH szerint 2020 januárja és márciusa között 73-an, április és június között pedig csak 22-en kértek menedéket Magyarországon. Nyáron bezárt a röszkei és tompai tranzitóna, az ott tartózkodó mintegy 300 főt az ország belsejében lévő befogadóközpontba szállították. Vagyis a tömeges bevándorlás okozta válsághelyzet fenntartása (2021. március 7-ig) jogilag megalapozatlan, mert ezt sem a kérelmezők száma, sem a határon kialakult helyzet nem indokolja, különösen akkor, ha menedékkérelmet előzetes eljárás alapján lehetséges benyújtani Magyarországu EU-n kívüli nagykövetségéin (ld. A 2020. évi LVIII. törvény, illetve 292/2020. (VI. 17.) Korm. rendelet szerinti eljárásban a menedékjogi kérelem benyújtására irányuló szándéknyilatkozat, amelyet 2020. június 18-tól kell alkalmazni).

7 Ligeti Anna Sára: Cirkuláris migráció Magyarországon. Statisztikai Szemle, Vol.97. 2019/4:327-346.

A WHO európai regionális bizottsága 2016-ban kiadott egy helyzetfelmérést a magyarországi migrációs egészségügyről, amelyet az EMMI-vel közösen készített, bevonva az itt működő nemzetközi és civil szervezeteket is.⁸ 2015-ben legalább 400 ezer irreguláris migráns érkezett az országba, de csak 161 ezer kért menedéket, és csak 30 ezer főt szűrtek meg, miközben a kormány kérte a WHO segítségét a menekülteknek nyújtandó közegészségügyi ellátásához. A 2015. októberi helyszíni vizsgálódás, mélyinterjúk és az érintettekkel való alapos viták felmérték: milyen egészségügyi kapacitásokra van szükség az ellátási hiányok pótlására, és miként lehet előmozdítani az ágazatok közötti együttműködést. Nagyszámú sérülékeny csoportba tartozó van a menekültek között, ideértve a krónikus betegségben, akut fertőzésben vagy utazási betegségekben szenvedőket (és az emberkereskedelem áldozatait, megkínzottakat, szülő nőket, csecsemőket...) akiknek reális időn belül kell hatékony ellátást nyújtani, az ellátásokat megfelelően kell dokumentálni a szolgáltatóknál, és a betegek utánkövetése is szükséges. *Az ország mégsem léptette életbe – ha egyáltalán létezett – a különleges helyzetre vonatkozó (katasztrófa) tervet.* Bár a rendőrség és a mentőszolgálat beállított mobil szűrőállomásokat, jó gyakorlatként kialakítottak gyors megoldásokat az emberek adatfelvételére és ellátására, de *nem volt sehol megfelelő szűrés, pszichiátriai, gyermekellátási, fertőző betegekkel kapcsolatos stratégia. Hiányoztak a lakosság és a menekültek tömeges tájékoztatásának az eszközei, nem volt tolmácsolás, kulturális konfliktusok kezelésére felkészített fórum, szakember, hiányzott a fertőzésekkel kapcsolatos és a menekültekhez szóló kommunikáció átfogó, központi rendszere.* Ez különösen a decentralizált és nagyszámú ellátási helyek miatt (tranzitónák, befogadóállomások, őrizetet nyújtó intézmények, civil és egyházi intézmények, egészségügyi szolgáltatók), a centralizált hatósági rendszer és a változó jogszabályok (határok lezárása, határon átlökdösés, a kerítés mint határzár) miatt állt elő. De az egészségügyi személyzet ilyen jellegű képzésének a hiánya is súlyos gondok forrása lett. *Nem a protokollt hiányolták, hanem az országos közegészségügyi (válság)terv és főként a frontvonalban (határon, elsődleges belépési pontokon, tömegszállásokon) a készenléti terv, a menekültekkel kapcsolatos adatgyűjtési és kommunikációs terv alkalmazását.*

A tömeges bevándorlási válsághelyzet már hat éve folyamatosan tart és ehhez kapcsolódott a koronavírus miatti veszélyhelyzet, majd az egészségügyi válsághelyzet, ezért a válság időszakára szóló tervezés (például oltási terv) bizonyos protokollok kialakítását igényli, persze csak akkor, ha tanulni akarunk a múltból.

⁸ Hungary: Assessing health system capacity to manage sudden, large influx of migrants. A joint report on a mission of the Hungarian Human Capacities and WHO Regional Office for Europe. 2016.

3. Jogi környezet

A hatályos hazai egészségügyi jogszabályok nem specifikusak, mert nem betegcsoportok vagy élethelyzetek alapján, hanem ellátási formák és jogcímek szerint szabályozzák a nyújtandó egészségügyi ellátást. A menekültügyi jogszabályok pedig nem elég részletesek az egészségi állapotra, elhelyezési körülményekre és egyéni életutakra vonatkozóan, mert az eljárás bizonyos szakaszaihoz (kérelmező, őrizetben lévő, befogadóállomáson elhelyezett, jogállás megszerzése) kötődnek. Így kétséges, hogy az európai standardok átültetése ténylegesen megtörtént-e. Az EU közös menekültügyi rendszerében⁹ a Magyarországon élő, tartózkodó

▶ kérelmezőknek megfelelő egészségügyi ellátáshoz van joga, vagyis legalább a sürgősségi ellátásra, beleértve a gyógykezelést és a mentális betegségek miatti érdemi kezelést, míg a sajátos igényű kérelmezőknek a szükségleteiknek megfelelő fogadási és pszichiátriai kezelést kell nyújtani, ideértve a gyermekáldozatok rehabilitációját is;

▶ a nemzetközi védelem alatt állóknak (bármely kategóriába tartoznak is, a jogállás végéig) ugyanolyan feltételekkel kell biztosítani az egészségügyi ellátást, mint az állampolgároknak, és annak megfelelőnek kell lennie, ideértve a pszichiátriai ellátást, a terhesgondozást, a fogyatékkal élők ellátását, az erőszak, kényszer, kizsákmányolás és fegyveres konfliktusok áldozatainak kezelését, sajátos igényeikre tekintettel.

A táblázatban összefoglaljuk, hogy a nemzetközi védelemre várók és azt valamilyen formában megkapott vándorok (a jogszabályban létező védelmi kategóriákba tartozók), azaz a kérelmezők, a kérelmezők közül őrizetben lévők (menekültügyi őrizet), a menekültként elismertek, az oltalmazottak, a befogadottak, valamint az ideiglenes védelmet szerzők (menedékesek, amely kategóriát eddig nem alkalmazták) milyen egészségügyi ellátásokra jogosultak. Ugyanis a költségvetés (a NEAK és migrációs hatóság útján) eltérő ellátásokat finanszíroz az egyes kategóriáknak, más-más pénzügyi technikával. Így az oszlopokban a kategóriákat, míg a sorokban az egyes ellátásokat tüntettük fel. Mint látható, vannak bizonyos közös pontok, de a jogszabályok megfogalmazása sem egységes. A táblázat végén egyéb személyi kategóriák is szerepelnek, akik ritkán kerülnek kapcsolatba az egészségügyi ellátással, illetve, ha bárkiből társadalombiztosítási ügyfél lesz, már nincs szüksége a költségvetési finanszírozásra, mert saját járulékbefizetése adják az ellátási fedezetet.

⁹ Az Európai Parlament és a Tanács 2011/95/EU irányelve (2011. december 13.) a harmadik országbeli állampolgárok és hontalan személyek nemzetközi védelemre jogosultként való elismerésére, az egységes menekült- vagy kiegészítő védelmet biztosító jogállásra, valamint a nyújtott védelem tartalmára vonatkozó szabályokról, 30. cikk; (Kvalifikációs irányelv). Az Európai Parlament és a Tanács 2013/33/EU irányelve (2013. június 26.) a nemzetközi védelmet kérelmezők befogadására vonatkozó szabályok megállapításáról, 19. és 23. cikk (Fogadási irányelv)

1. táblázat: Ki és milyen egészségügyi¹⁰ ellátásrajogosult a hazai jogszabályok szerint

Kérelmező	Menekültügyi őrizetben lévő	Menekült	Oltalmazott	Befogadott	Menedékes
<p>jogosultság:szűrés, védőoltások, hatóságilag elrendelt kezelések, járványügyi ellátás, alapellátás, sürgősségi ellátás, abba beleértve a járó/fekvő beteg szakellátást, gyógyászati segédeszközt és gyógyszert, fogászati ellátást, terhesgondozást, szülészeti ellátást, halottvizsgálatot, egészségügyi válsághelyzeti ellátás, betegszállítást, a különleges bánásmódot igénylőnek rehabilitációs, pszichológiai, valamint klinikai szakpszichológiai ellátás, továbbá pszichoterápiás kezelés is</p>		<p>jogosultság: szűrés, védőoltások, hatóságilag elrendelt kezelések</p>			
		<p>jogosultság: a státus jogerős elnyerését követő 6 hónapig, ha rászorult alapellátásra és háziorvosi ellátásra, szakellátásra, gyógyszerellátásra, sürgősségi ellátásra, betegszállításra, szülészeti ellátásra, terhesgondozásra</p>	<p>jogosultság: a státus jogerős elnyerését követően, ha rászorult, háziorvosi ellátásra, mentésre, sürgősségi ellátásra, halott-vizsgálati és válsághelyzeti ellátásra</p>	<p>jogosultság: a státus jogerős elnyerését követően, ha rászorult az alapellátásra és sürgősségi ellátásra, betegszállításra</p>	
		<p>jogosultság: 0-18 év közötti (kiskorú), ha Magyarország területén lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkezik, teljes egészségügyi ellátásra jogosult</p>	<p>jogosultság:0-18 év közötti (kiskorú), ha Magyarország területén lakóhellyel rendelkezik, teljes egészségügyi ellátásra jogosult</p>		

¹⁰ Metv. 5. § (2) d.); 10.§ (4) b.); 22.§ (2) c.); 26.§ (1); 27.§, 29.§, 29/A.§, 30.§ (4), 31/A. § (8)(10), 31/F § (2), 32.§ (1a)(2); 301/2007. (XI.9.) Korm. rendelet 3-4.§, 4/A.§, 15-16.§, 26-28.§, 32-36.§, 44.§, 1997. évi CLIV. törvény 142.§, 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, 2019. évi CXXII. törvény, 1993. évi III. törvény alapján

	ha szociálisan rászorult és bejelentett lakóhellyel rendelkezik, akkor teljes egészségügyi ellátásra jogosult ¹¹	
	nappali tagozaton tanuló hallgató (18 éven felüli) teljes egészségügyi ellátásra jogosult	
	hajléktalan (valamely szociális intézményt igénybe vevőként) teljes egészségügyi ellátásra jogosult	
	belföldinek minősülő személy ¹² egészségügyi szolgáltatásra való jogosultsága a jogviszonya megszűnését követő további 45 napig (passzív jog a társadalombiztosítás alapján)	
jogosultság: mentés		
Egyéb személyi kategóriák egészségügyi ellátásra jogosultsága:		
magyar hatóság által a gyermekek védelméről és a gyámsági igazgatásról szóló törvény alapján ideiglenes hatállyal elhelyezett vagy nevelésbe vett külföldi kiskorú személy teljes egészségügyi ellátásra jogosult		
a közösségi szálláson vagy tranzitzőnában elhelyezett vagy emberkereskedelem áldozatává vált harmadik országbeli állampolgár járványügyi, mentési, sürgősségi ellátásra, halott-vizsgálatra, egészségügyi válsághelyzeti ellátásra, ideértve a gyógyászati segédeszközt, gyógyszert, továbbá jogosult a külön jogszabályban meghatározott kötelező védőoltásra jogosult (az emberkereskedelem áldozatává vált menekült humanitárius tartózkodási engedéllyel vagy ideiglenes tartózkodásra jogosító igazolással tudja ezt igazolni)		
fogva tartotként teljes körű egészségügyi ellátásra jogosult (speciálisan: börtönorvos/központi bv. kórház mint alapellátás, szakellátás és fekvőbeteg-ellátás)		
a biztosítási jogviszonnyal rendelkező (munka, vállalkozása révén, állampolgárságtól függetlenül) ¹³ teljes egészségügyi ellátásra jogosult		

(Forrás: saját szerkesztés)

11 A kormányhivatal szociális ügyekkel foglalkozó fővárosi kerületi, illetve járási szerve állapítja meg, kérelemre, igazolvány kiadásával annak, akinek családjában az egy főre jutó havi jövedelem az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének (28 500 forint) 120 százalékát (34 200 forintot) vagy egyedül élő, és jövedelme az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 150 százalékát (42 750 forintot) nem haladja meg, és családjának vagyona nincs. 1993. évi III.tv. alapján.

12 belföldi: Magyarország területén a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény szerint bejelentett lakóhellyel rendelkező magyar állampolgár, a bevándorolt és a letelepedett jogállású, valamint a menekültként vagy oltalmazotként elismert személy; valamint a hontalan.

13 2020. július 1-jétől már nincs lehetőség az elmaradt egészségbiztosítási szolgáltatási járulék (belföldinél 7710 Ft/hó, egyéb embernél a minimálbér alapján) befizetésével a jogviszony három hónapon túli, utólagos rendezésére, vagyis a betegnek, ha ellátták, ki kell fizetnie a szolgáltatást és utóbb a havi biztosítási díjat, de a sürgősségi ellátást akkor is nyújtani kell.

A táblázat színei a finanszírozás technikáját, annak a *trendjét* is jelzik: a *kék* szín a menekültügyi hatóság által utólag megfizetett, a *rózsaszín* a költségvetésből közvetlenül az ellátónak finanszírozott, míg a *zöld* a társadalombiztosítási befizetések alapján elérhető ellátásokra vonatkozik. A trend kifejezés azért indokolt, mert más szabályokkal együtt kell alkalmazni, anélkül, hogy azok egyértelműen visszautalnának az ellátást megalapozó ellátási kategóriákra (jocímekre).

► *Az ellátásra jogosító jogviszonyokról a NEAK közhiteles nyilvántartást vezet. A biztosítottak a munkáltató bejelentése alapján, a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosultak pedig a bejelentésükre kötelezett szerv bejelentésére kerülnek be a nyilvántartásba. (Például a befogadóállomáson elhelyezettek TAJ számát a szociális munkások intézik.) Ezt használják fel a jogviszony ellenőrzésekor: van-e TAJ kártyája/száma vagy egyéb okirata (személyi igazolvány, lakcímkártya, jogállást elismerő határozat, tartózkodásra jogosító dokumentum), amivel igazolja ezt. Vagyis ha valaki nem került be a nyilvántartásba, vagy ezt nem tudja igazolni, a bejelentésre köteles szervezet keresi meg a NEAK (a kormányhivatalban való bejelentés alapján). A jelentések alapján történő elszámolást – az egészségügyi szolgáltatások szerinti részletezésben – a NEAK küldi meg havonta az idegenrendészeti szállást fenntartó hatóságnak. Ugyanakkor az általános szabályok szerint¹⁴ a NEAK térítése a szolgáltató felé csak az ellátásról szóló jelentés alapján lehetséges. (A **2. sz. Melléklet** mutatja annak egyes tartalmi elemeit.) Gondot okoz, hogy az egészségügyi (szolgáltatási és pénzügyi) szabályok fogalomrendszere nem követte az idegenrendészeti/ menekültügyi szabályozás változásait.*

► *A szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személyek és a harmadik országbeli állampolgárok magyarországi tartózkodásával összefüggésben a közegészséget veszélyeztető betegségek és kórokozót hordozó állapotok*

tisztázására laboratóriumi szűrővizsgálatok végzendők¹⁵: tuberkulózis (tbc), HIV-fertőzés, luesz, hastífusz és paratífusz baktériumhordozó állapot, hepatitis B. A kötelező szűrést a költségvetés/egészségbiztosítás fizeti. Mivel ez nem sorolja fel a COVID-szűrést, azt a külföldi fizeti, hacsak nincs olyan jogviszonya, vagy nem létezik olyan jogszabály, amely ezt univerzálisan átvállalja.

► *A sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek körét rendeletben rögzítették,¹⁶ annak mellékletében 31 esetet sorolnak fel*

14 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

15 32/2007. (VI. 27.) EüM rendelet

16 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet

(pl. szülés, vesegörcs, áramütés, fertőző betegség, amputáció). Ide tartozik minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a mellékletben meghatározott, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében végeznek – a beteg állapotának stabilizálásáig –, vagy amelyet a szakszerű ellátás, valamint a maradandó egészségkárosító hatás megelőzése érdekében fekvőbeteg-ellátás keretében, a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig végeznek. Ez elég jelentős mérlegelési lehetőséget ad a gyógyítóknak, ha a jogszabályban feltételként a sürgősségi ellátás szerepel.

▶ Az egészségügyi szakellátást *a területi ellátási kötelezettséggel működő egészségügyi szolgáltatónál* lehet igénybe venni. Az egészségügyi szolgáltató az elvégzett szolgáltatást – az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló jogszabálynak megfelelően – az adott ellátás jelentésére és elszámolására előírt nyomtatványon *jelenti a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) részére*. A jelentések szerinti elszámolást – az egészségügyi szolgáltatások szerinti részletezésben – a NEAK havonta megküldi a menekültügyi hatóságnak, amely az ellátás költségét utólag megtéríti.

▶ *Az ellátás költségét az egészségügyi szolgáltató – vényköteles készítmények esetében – az elismerését kérő személy (humanitárius célú) tartózkodási engedélyének számát feltüntető vény, valamint a gyógyszerkészítmény megnevezését, árát és mennyiségét tartalmazó, a menekültügyi hatóság mint vevő részére kiállított összesített számla bemutatásával igényelheti vissza.* A vényt és a számlát az egészségügyi szolgáltató a NEAK-hoz továbbítja, vagyis utazik a pénz, a számla a hivatal, az alapkezelő és a szolgáltató között.

▶ Azt az egészségügyi szolgáltatást, amelynek fedezetét sem az Alap, sem a költségvetés nem biztosítja, az egészségügyi szolgáltató – külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével – meghatározott *térítési díj* ellenében nyújtja, és itt válik jelentőssé, hogy *mit ért bele a gyógyító személyzet a sürgős szükség- és alapellátás körébe*. Ugyanis *tartozás miatt a TAJ-számukat elvesztők csak a számla előzetes kifizetése után kaphatnak halasztható egészségügyi ellátást*. A sürgősségi ellátás eddig kivétel volt, az járt mindenkinek ingyenesen, ám *a sürgősségi ellátásért is fizetnie kell annak, akinek nincs érvényes TAJ-száma*. *A számlát a beavatkozás után is ki lehet egyenlíteni*, de a beteget, illetve a hozzátartozóját már a beavatkozás előtt tájékoztatni kell a várható költségekről. Az ellátásért a kórházak annyi pénzt kérhetnek, amennyit a NEAK-tól kapnának, de maximum 750 ezer forintot. A kezelőorvos tehát a TAJ-szám hiány-

ban nem nyújthat a betegnek a közfinanszírozás terhére ellátást.¹⁷ Ezeknek a nehezen érthető/alkalmazható szabályoknak is szerepe lehet abban, hogy a menekültek milyen véleményt formálnak a magyarországi egészségügyről. *A megkérdezett menekültek általánosságban tartózkodnak az egészségügyi rendszer igénybevételétől*, még akkor is, ha tudják, hogy ellátásra jogosultak, mert kiderülhet, hogy a munkáltató nem legálisan alkalmazza őket, nem fizeti utánuk a járulékokat, azaz nem kapnak ingyenes ellátást, vagy egyébként is valamit juttatni kell az őket ellátónak. Fogorvost, ha lehet, inkább magánpraxisból választanak. Aki saját tapasztalattal rendelkezik a hazai ellátásról, az inkább jó, mint rossz benyomásokat szerzett, de negatívként említették, hogy a kéréseiket, jelzéseiket (például fázik, éhes...) nem vették figyelembe, akár nyelvi okokból, akár a túlterheltség miatt; tisztázatlan volt, hol és kinek kell őket ellátni, vagyis az ellátáshoz való hozzáférés sokszor nehéz volt, küldözgették őket innen oda.

Az uniós irányelvekben foglaltak *a szabályozási zavarok miatt sem érvényesülhetnek maradéktalanul*, mert vagy az élethelyzet (pl. hajléktalan), vagy a jogállás (pl. menekült, oltalmazott) vagy egyszerre a kettőt (pl. kiskorú bevándorolt) megjelölését követeli meg a jogszabály, holott például a menekült is lehet hajléktalan vagy nappali tagozaton tanuló, sőt rászorult. *Ez az egyetlen/fő kritériumra építő szabályozási technika nehezíti a jogalkalmazást is*, mert nem egyértelmű, hogy bizonyos élethelyzeteket akar-e kezelni, vagy a jogokat szétosztani a különböző jogállású emberek között; nem ad választ arra, hogy mi történjen a több kategóriába besorolható esetekkel. További gond, hogy a különleges figyelemre és ellátásra szorulókról (pl. pszichiátriai és pszichológiai segítség, terápia, testi és lelki rehabilitáció, fogyatékoság, idős kor vagy traumatizáltság miatt másféle elhelyezést igénylő) *nincsen elsőbbséget adó rendelkezés*. Kivételt szinte csak a várandósok és a gyermekellátást igénylők jelentenek. Az eljárás alatt állók nyilvántartása a humanitárius célú tartózkodási engedélyük száma alapján történik, a többieké pedig TAJ kártya alapján. Ez egyben újabb magyarázat arra, hogy *miért nincs statisztikai adat* a kérelmezők és védelemben részesítettek ellátásáról.

Háziorvosokkal az elemzésben szereplő eljárási protokoll előkészítése keretében készült interjúkból kítűnt: megoldást kell találni a kérelmezők, menekültek azonosításánál arra, hogy a hazai rendszer elsődlegesen a TAJ szám alapján működik, de ilyen az érintetteknek általában nincsen, ezért nem volna

17 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodásnak egyes szabályairól szól. Az új szabály beláthatatlan következményekkel járhat. Előfordulhat, hogy az agyvérzéssel a sürgősségre kerülő ember maga, vagy hozzátartozója egyszerűen nem kéri majd az ellátást, miután meghallotta a beavatkozás árát, mert tudja, arra nem telik neki. Az új társadalombiztosítási törvény 2020. júliustól hatályos, az ezt követő hat hónapot már figyeli az adóhivatal. Akinek összejön a hat havi hátraléka – először 2021. január elsején lehetséges – annak a TAJ-számát a NEAK kötelezően érvényteleníti.

szabad ehhez kötni az ellátást. Éppen a pandémia hívta fel a figyelmet arra, hogy egyre több magyar állampolgárnak és a külföldieknek a COVID-teszt eredménye sem érhető el, éppen a TAJ-szám hiányában, holott a háziorvost terheli a járványügyi intézkedés. Mivel a menekültek, kérelmezők sokat változtatják a tartózkodási helyüket, alapvető érdek lenne az EESZT-be (felhő alapú adatszolgáltatásban) bekapcsolni őket, hiszen a helyváltoztatással eleve együtt jár, hogy több orvos találkozik velük, és alapvető adatok elérése nélkül kicsi hatásfokú lesz az ellátásuk, miközben minden alkalommal sok idő elmegy az ismételt adminisztratív munkával. Különösen fontos lenne, hogy legalább az immunológiai adatok (minimálisan a védőoltások adatai) felhő-alapú adatbázisban legyenek nemzetközileg is elérhetőek

A MEP bevezetésével kellő számú orvosi, ellátási visszajelzés, azaz adat keletkezne a jövőben a (korábban) ellátatlan kérelmezőkről, védelemben részesítettekéről, ha módosítják a jogszabályokat a befogadási feltételek hazai megteremtése érdekében.

4. A kormányzat szakpolitikai célkitűzései

A menekültügyi ellátásra vonatkozó jogi vállalások, irányelvek hazai alkalmazhatóvá tételét segítheti a különböző népegészségügyi programokkal és egészségügyi cselekvési tervekkel való összhang megteremtése¹⁸ is. Az elmúlt évtizedre visszatekintve, készült terv az egészségügy megmentésére, de abban a menekültekről nem esik szó. A szakmának és az egészségiparnak szóló dokumentum célja, hogy minden lakosnak hozzáférhető legyen az egészségügy a szükségletei alapján, a gazdaság teljesítőképességével, a társadalmi realitásokkal, közteherviseléssel és a szolidaritási elvvel arányosan. Az öngondoskodás kiegészítő jellegű, a várólistákat tehát pénzzel lehessen kiváltani. Az emberi méltóság, a betegjogok (így a szabad orvosválasztás) tisztelete csak eszköz az egyéb célok eléréséhez. A reform lényege az informatikai fejlesztés, valamint az intézményi koncentráció (országos központokba, egyetemi klinikákra összevont fejlesztés), mert azzal megtakarítás érhető el. Bár a nemzetközi védelemre szorulóknak is garancia lehetett volna, a javasolt Országos Betegjogi Központ nem jött létre, sőt a korábbi biztosítás-felügyeleti és panaszkezelő szervet is felszámolták.¹⁹

18 Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai Konceptió, Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért felelős államtitkársága, 2010. október. 64.

19 Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2010. szeptember 26-án jogutódlással megszűnt, általános jogutódja a Nemzeti Erőforrás Minisztérium, részleges jogutódjai és részben korábbi hatásköreinek gyakorlóai: az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatala, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat korábbi regionális intézetei, jelenleg pedig a területi kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szervei, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár.

2015-ben az *alapellátás megerősítését célzó reform* egy rövid bekezdésben célként megfogalmazott az irányelvekből egy kötelezettséget: *az egészségügyi alapellátást a menedékkérő, menekült és oltalmazott jogállású személyek számára is teljeskörűen hozzáférhetővé kell tenni* azon intervallumban, amely alatt azt a menedékjogról szóló törvény lehetővé teszi (vagyis az eljárás alatt és azt követően még legfeljebb hat hónapig). A koncepció szerint az alapellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó jogosultságot különböző szintű jogszabályok rendezik (háziorvosi ellátás, fogorvosi és védőnői ellátás), és *„a szolgáltatások biztosítása területileg nem egységes, illetve folyamatos értelmezési problémákat generál*. Mivel a helyzet rendezése nemcsak az érintett személyi kör, de egyben *a lakosság védelmét is szolgálja*, az alapellátáshoz való egyértelmű hozzáférést, jogosultságot a fenti személyi kör számára a lehető leghamarabb meg kell teremteni.”²⁰ A koncepciót követő törvény azonban az alapellátást végzők számára sem tisztázott semmit, és a „külföldi” paciens létezéséről is csak 2018-ban rendelkezett egy módosításban, kiterjesztve az itt élő gyermekekre is a védőnői ellátást.²¹

A 2014-2020 közötti *egészségügyi ágazati stratégia*, majd az annak alapján kidolgozott *Népegészségügyi Stratégia sem vesz tudomást a külföldiekről a betegek körében, kivéve az egészségturizmust*. 2017-2018-ra²² vonatkozóan annyi emelhető ki, miszerint célzott intézkedésekkel elő kell segíteni a népegészségügyi szolgáltatásokhoz való általános hozzáférés javítását, a megelőzés, ellátás, gyógyítás hatékonyságának javítását, valamint a nemzetközi elektronikus egészségügyi rendszerekhez, azok szabványaihoz való illeszkedést. Ez elősegítheti az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek és az ellátási hatékonyságnak a vizsgálatát, ha a statisztikai adatok körének kiválasztása révén a közös európai egészségügyi indikátorokból (European Core Health Indicators, ECHI²³) bekerül a hazai adatgyűjtésbe és így segíti a monitorizálást.

A szakpolitika tehát *régóta adós a nemzetközi védelemre szorulóknak nevesített igényeinek, ellátásának fejlesztési koncepciójával*. Ezért be kell érni az általános ellátási hozzáférést javító részcélokkal. Ám azok is kritikusak, mert *az egyenlőtlenségek csökkentését, annak mindenkire vonatkozó jellegét és a tennivalókat sokkal jobban alkalmazhatóvá kellene tenni a leggyakoribb diszkriminációs*

20 Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója. Egészségügyért felelős államtitkárság, 2015. április, Menedékkérő, menekült és oltalmazott jogállású személyek egészségügyi ellátása, 36.

21 2018. évi CXVIII. törvénnyel módosított 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

22 1886/2016. (XII. 28.) Korm. határozat az „Egészséges Magyarország 2014-2020” - Egészségügyi Ágazati Stratégia 2017-2018 évekre vonatkozó cselekvési tervéről

23 Az ECHI alapvetően egy népegészségügyi orientációjú indikátorrendszer: az összesen 88 indikátorból (amelyekről több esetben alábontások is rendelkezésre állnak, így összességében több részindikátorról beszélhetünk) kb. 20 vonatkozik az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi rendszeren túli működési szintjeinek (pl. alapellátás, kórházi ellátás) leírására.

helyzetekben. Például ilyen a fogamzásgátló eszközökhöz való hozzáférés könnyítése, a sürgősségi ellátás kiszámíthatósága (pl. a kompetenciák, felelősségi körök egyértelmű elhatárolása, a földrajzi adottságoknak megfelelő sürgősségi ellátás összehangolása a működési feltételekkel), a betegszállítók kapacitásának bővítése, a betegjogok érvényesíthetősége, különösen egy *hatékony és átlátható panaszkezelési rendszer* bevezetésével, valamint a drogrevenüció, a mentális zavarral élő emberek közösségi ellátásának érdemi fejlesztése, a pszichiátriai kezelésből elbocsátottak támogatása.²⁴ Ezek ugyanis jelentős garanciákat adnának a menekültügyi egészségügyi ellátáshoz.

A készülő Nemzeti Népegészségügyi Stratégia (2017-2026) nyilvánossága csekély,²⁵ ezért nem tudjuk, hogy a világvjárvány miatt torpant meg a részletek kidolgozása vagy más okból. 2019-ben csak addig jutott, hogy a *járóbeteg-szakellátást és az alapellátást kívánják megerősíteni, pályázatokkal* is ösztönözve a minél szélesebb spektrumú összefogást, a praxisközösségek kialakítását, a lakosságközeli ellátások körének bővítését az egészségfejlesztési irodák (EFI) hálózatával is. Bár ezekből papíron 116 működik, egy részük sem alkalmazkodott a lakossági igényekhez, ráadásul nincs is megfelelő módszertan, amelyet majd a Nemzeti Népegészségügyi Központ nyújt át. Az érintettek kritikusan jelezték,²⁶ hogy *a betegutakat le kellene rövidíteni*. Bár az EESZT bevezetése kissé javította a betegbiztonságot, a napi klinikai gyakorlatban *kihasználják a felhőalapú rendszer nyújtotta lehetőségeket, de szükség lenne a szakmai regiszterek fejlesztésére*, amelyek az egészségpolitikának is megmutatnák a szükséges beavatkozási pontokat. *Csak megbízható adatokra támaszkodva valósulhat meg bármilyen fejlesztés, és bár kiterjedt az adatgyűjtés az ellátórendszer valamennyi szintjén, az adatok megbízhatósága az említett szakmai fórum szerint megkérdőjelezhető*. A kritikát senki sem vállalja, retorzióktól tartva. Ezért kellene olyan szabályozás, amelynek az egészségügyi szolgáltatók képesek megfelelni. Nem ér véget a kölcsönös vádaskodás: az egészségügy nem kormányzati prioritás, míg a kormány szerint ameddig pazarló a rendszer, nem biztosítanak több forrást az egészségügy számára.²⁷

24 A Társaság a Szabadságjogokért hangot adott hiányérzetének az „Egészséges Magyarország 2014-2020” egészségügyi ágazati stratégiáról az egészségügyi tárgyú jogszabályok módosításáról szólva, ld

25 Budapest, 2017. április 4. www.parlament.hu/irom40/14478/14478-0001.pdf

26 [Tarcza Orsolya beszámolója a Medicina Fórumról](#), Medical Online, 2019. október 9.

27 Például: Soha nem volt prioritás az egészségügy, Medical Online, 2016. október 24., Figyelő beszámolója a XXXIV. Medicina konferenciáról, 2016. október 22.

Van példa arra is, hogy az egészségügyi reform szakértői javaslatait külföldi cég készíti, és döntés-előkészítő iratként annak tartalma nem nyilvános.²⁸ Annyit tudhatunk, hogy *a kórházi ellátást úgy szerveznék újjá területi egységenként, hogy ahhoz hozzátartozzon a szak- és az alapellátás is.* Ez a központosítás sem garancia arra, hogy *sajátos szakterületként megkülönböztetné a nemzeti védelemre szorulókat szűrését, kezelését, és ellene mond a korábbi ellátási decentralizációnak.*

A valódi stratégiaalkotás sürgető, mert az MNB versenyképességi jelentése (2020) szerint a *kielégítetlen egészségügyi ellátás aránya 6%-os a magyar lakosság körében, tehát ennél biztosan nem kevesebb a menekültek esetében sem.* A stratégiák/ágazatok teljesítményét mérve az *Állami Számvevőszék*²⁹ *három egészségügyi stratégiát megvizsgált.*³⁰ A 2012. után készített stratégiákban tapasztalható előrelépések ellenére sem jött létre egységes stratégiai tér, ahol egyöntetűen, időtávonként fellelhetőek lennének az adott nemzeti és szakpolitikai stratégiák. Ennek hiányában az ágazati tervek szétartóak, nem erősítik egymást, nincsenek összehangolva. Az egészségügyi ágazatról szóló tervek nem rendelkeznek a célok megvalósítását szolgáló *személyi és tárgyi eszközrendszerrel* – így a példaként kiemelt sürgősségi betegellátással kapcsolatban – sem 2011-ben, sem 2015-ben, hiába írta ezt elő a kormányrendelet.

Fontos lenne, hogy az egészségügyben a *fejlesztési stratégiák, reformtervek a jogszabályoknak megfelelően készüljenek.* 2011 óta a jogszabályokat *csak hatásvizsgálat* után lehetne előterjeszteni,³¹ és 2012 óta *kötelezően minden szakpolitikára ki kellene dolgozni valamilyen stratégiai tervdokumentumot* (ország-előrejelzés, a nemzeti 5-9 éves, középtávú stratégia, miniszteri program, az intézményi munkaterv, továbbá 10-15 éves, azaz hosszú távú koncepció, fehér könyv, és ezekre építve a szakpolitikai stratégia, a szakpolitikai program, az intézményi stratégia és a zöld könyv kidolgozása).³² Ezeket a szaktárca előkészítésében, részletes társadalmi vitát, a közérdekű adatok nyilvánosságát követően fogadhatja el a kormány, majd az országgyűlés. Így a menekültek egészségügye biztosan nem maradna ki a szakmai stratégiákból.

28 Népszava, Koncz Tamás, 2020.aug. 27.

29 Állami Számvevőszék: [Az ágazati stratégiák, a közsféra teljesítményének értékelése](#) (2020)

30 Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére (2011). Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság; „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia (2014). Emberi Erőforrások Minisztériuma; Nemzeti Népegészségügyi Stratégia 2017-2026 (2016). Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyekért Felelős Államtitkárság.

31 1144/2010. (VII. 7.) Korm. h. (a Kormány ügyrendjének része), az előzetes és az utólagos határvizsgálatról szóló 24/2011. (VIII.9.) KIM rendelet, majd a helybe lépett 12/2016. (IV. 29.) MvM rendelet az előzetes és utólagos határvizsgálatról

32 A kormányzati stratégiai irányításról szóló 38/2012. (III. 12.) Korm. rendelet

5. Szakmai és szakirodalmi aggodalmak³³

Az emberi jogi egyezmények (pl. ENSZ egyezmény a külföldi munkavállalók és családjuk védelméről) valamint az Európai Unió Alapjogi Chartája (2000) is védelmezi mindenkinek az emberi méltóságát, a kizsákmányolástól mentes életét, vagyis még a nem szabályosan dolgozó menekültek is hivatkozhatnak erre a szolidaritás-minimumra.³⁴ A kényszervándorlás súlyosan sérti a gyermeki jogokat, mert még a fejlett egészségügyi ellátó rendszerrel rendelkező országokban is akadályozott a menekült gyermekek és fiatalok optimális ellátása. Az ENSZ Gyermekjogi Egyezménye (1989) szerint megkülönböztetés nélkül (2. cikk) minden gyermeknek veleszületett joga van az élethez és az optimális fejlődéshez (6. cikk), joga van ahhoz, hogy az őt érintő döntésekben véleményét meghallgassák és figyelembe vegyék (12. cikk) és joga van az egészséghez és az egészségügyi ellátáshoz (24. cikk).

Az ENSZ Menekültügyi Főbiztosságának regionális képviselője ugyanakkor régóta hangoztatja, hogy Közép-Európában a menekültek az egészségügyi szolgáltatásokhoz nehezen férnek hozzá.³⁵ Bár az EU Kvalifikációs irányelve (2011/95/EU) értelmében ugyanolyan jogosultsági feltételekkel kellene hozzájutniuk az egészségügyi ellátáshoz, mint az állampolgároknak, az nem feltétlenül terjed ki a teljes körű ellátásra, gyakran csak az alap- és a sürgősségi szolgáltatásokra korlátozódik. (Ha a menekültek Magyarországon a helyi lakosokkal teljes egyenjogúságot élveznének, felesleges lenne a fenti táblázat!) A tapasztalatok azt mutatják, hogy számos menekült nem ismeri közelebről a befogadó országok egészségügyi rendszerét, így nem is tudja, hogy pontosan mire és miként lenne jogosultsága. Az alapvető nyelvi készségek, illetve tolmácsolási és fordítási szolgáltatásokhoz való hozzáférés nélkül pedig aligha képesek az egészségügyi szakemberekkel kommunikálni; nem kapnak beutaltót a megfelelő kezelésre; előfordulhat, hogy az egészségügyi szolgáltatók nem ismerik a menekültek egészségbiztosításra való jogosultságának igazolására használt dokumentumok típusait, és ezért megtagadják a menekültek kezelését, vagy továbbküldöztetik őket máshová (szakorvoshoz). Azokban az országokban, ahol az integrációs programokban, például a nyelvi képzésben való részvétel kötelező, a tanfolyamon való részvételre nem képes, speciális szükségletekkel rendelkező menekültek (idősek vagy kínzás és trauma túlélői) elveszíthetik az egészségbiztosítási jogosultságukat, pedig ők azok, akiknek

33 International Journal of Migration, Health and Social Care című folyóirat 2004 óta rengeteg szakmai tanulmányt közöl a témában, itt inkább régióinkra összpontosítottunk.

34 Bell, Mark: Irregular Migrants: Beyond the Limits of Solidarity. In Malcolm Ross - Youri Borgmann-Prebil (ed.) Promoting Solidarity in the European Union. Oxford: Oxford University Press, 2010. 164.

35 [ENSZ Menekültügyi Főbiztosság Közép-Európai Regionális Képviselője](#), Budapest, 2009.

a legnagyobb szükségük lenne az orvosi ellátásra. Másfelől igen nagyok az egészséget befolyásoló körülmények terén a területi, települési és társadalmi különbségek a tagállamokban. Olyan átfogó politikára lenne tehát szükség, amely magába foglalja mind az egész társadalom egészségi állapotának kezelésére irányuló intézkedéseket, mind pedig a kifejezetten a kiszolgáltatott csoportokat célzó intézkedéseket (szegénységben élők, hátrányos helyzetű migránsok és etnikai kisebbségek, fogyatékkal élők, időse emberek), mert ez alapvető jogokat érint.³⁶

Másfelől, az irregulárisan érkezők fogadása, kérelmeik intézése *közegészségügyi (elsősorban járványügyi és foglalkozás-egészségügyi)* kérdéseket vet fel.³⁷ Például az érkezők hosszú lappangási idejű, gyakran védőoltással is megelőzhető betegségeket rendelkezhetnek, eltérő epidemiológiai profiljuk lehet (HIV/AIDS, tuberkulózis (TBC), hepatitis B, hepatitis C), ugyanakkor az EU tagállamaiban nem egységes a védőoltási rend. A mentálhigiénés problémákkal érkező, poszttraumás stressz szindrómában (PTSD) szenvedő menedékkérők ellátása megfelelő szakértelmet igényel. Nagy a fluktuáció a menedéket kérők körében, és a menekültügyi kérelmükhöz szükséges adatok felvételére is minimális időkeret áll rendelkezésre, a befogadó állomásokon/idegenrendészeti intézményekben *elvégzendő egészségügyi vizsgálatok és szűrések kivitelezése pedig teljesíthetetlen terhet ró az egészségügyi feladatokat ellátó személyzetre*. Ellentmondás, hogy a vonatkozó jogszabályok a menekültügyi kérelmek elbírálásakor az előírt betegségek, kórokozó-hordozó állapotok tisztázását írják elő. Vagyis a rendészeti szempontokon túl a menedékkérő egészségi állapotát feltáró szűrővizsgálatok megléte ill. az esetleges terápiában való együttműködés is elengedhetetlen a befogadáshoz. Sőt, egy esetleges kórokozó-hordozó állapot miatti gyógyszeres terápia megtagadása a menekültügyi kérelem elutasítását is megalapozhatja, hivatkozással a hatósággal való együttműködés hiányára. Aggályos, hogy *hiányosak a szűrési adatok*, pedig vérminta vételével, székletminta begyűjtésével és ernyőfénykép szűrés elvégzésével tisztázni lehet a menedékkérők egészségi állapotát.³⁸ De ehhez a kérelmezőnek különböző egészségügyi intézményben kellene megjelennie, aminek a megszervezése nehézkes. A legmagasabb szűrési arány 76%-os volt a kérelmezők között,

36 Az egészségügy és a szolidaritás kapcsolatát több intézményi kommunikáció is tárgyalja. Vö. COM (2009) 567 végleges: Szolidaritás az egészségügyben: Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban. A hivatkozott közleménnyel kapcsolatban lásd a Régiók Bizottsága véleményét (2010/C-000/01), illetve az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság véleményét (2011/C-18/13).

37 Katz Zoltán: Menedékkérők egészségi állapota az előírt szűrési vizsgálatok tükrében – Tények, következtetések, javaslatok. In: A határrendszertől a rendszertudományig. Gaál Gyula, Hautzinger Zoltán (szerk.), Pécs, Magyar Hatudományi Társaság Határőr Szakosztály Pécsi Szakcsoportja, 2016., 253-261.

38 Például a 2007 – 2014 közötti időszakban a Debreceni Befogad állomáson összesen 3727 vérvétel történt, de csak 1687 esetben jelentek meg menedékkérők ernyőfénykép-szűrésen, míg a 2012 - 2014 közötti időszakban 1072 székletmintavétel történt, ld. 32/2007. (VI. 27.) EÜM rendelet

míg 2014-ben a legalacsonyabb, amikor a beérkezőknek csupán 6%-a esett át vérvételen. A luesz, a hastífusz és paratífusz baktériumhordozó állapotokra vonatkozó adatok még foghíjasabbak, mert hiába a mintavétel, ha a menedékkérő még a szűrési eredmény előtt, illetve a pozitív teszteredmény esetében elrendelt gyógyszeres terápia alatt ismeretlen helyre távozik. Egyértelmű, hogy *a szűrővizsgálati protokollok betartása szinte lehetetlen*, és a migrációval járó egészségügyi kihívások hatékony kezelését akadályozza a körülményes jelentési procedúra, az elhelyezés és a megvalósított szűrővizsgálat közti hosszú idő, a kérelmezők továbbvándorlása/eltűnése.

*A WHO külön foglalkozik a migráns- és menekült-egészségügy kérdésével,³⁹ amelyre erőteljesebben kellene reagálnia az Országos Epidemiológiai Központon belül működő Nemzetközi utazás-egészségügyi és Oltóközpontnak. Az utazás-egészségügynek 2004 előtt nem volt jelentős gyakorlata, ami-be nem csak az assistance orvosi szolgáltatás tartozik bele (turisták külföldi egészségügyi ellátása és hazakísérése),⁴⁰ de a menedéket kérelmezők és a már védelmet élvezők egészségügye is. Az egészségügyi törvény 2015. október 28-án hatályba lépett módosítása (74/A. §) az országos tisztifőorvost feljogosítja, hogy *tömeges bevándorlás okozta, vagy más egészségügyi válsághelyzetben szűrővizsgálatra kötelezze a menedékjogot kérőket*. Ha az illető a tranzitónában tartózkodik, a szűrővizsgálat elvégzéséhez szükséges minták levételét igazolnia kell ahhoz, hogy Magyarországra beléphessen. A népegészségügyi hatóság (járási/kerületi kormányhivatal) közli a szűrővizsgálat eredményét a menekültügyi hatósággal, bár annak eredményétől nem függhet a menekültkérelem elutasítása, legfeljebb az együttműködés hiányában. Pedig fontos lenne a WHO és az UNHCR szerint is a tervszerű szűrés, valamint a helyi lakossággal azonos kezelés a vakcinák beadása terén, hiszen a tömegszállításokon különösen nehéz a szociális távolságtartás, nagy a fertőzésveszély⁴¹.*

A világvjárvány csak jobban kiemeli azt a hírt, hogy a helyi lakossággal azonosan szűrik a menekülteket például Szerbiában, és a WHO-val együttműködve,

39 Kereszty Éva – Julesz Máté: Migránsok Magyarországon – Néhány jogi és közegészségügyi megfontolás. *Magyar Tudomány* 2016/4:438-451

40 [itt](#) nyoma sincs a menekültügynek, csak a kiutazó polgárok oltásával foglalkoznak

41 2020. május 21-én a WHO és az UNHCR [új megállapodást írt alá a közegészségügyi szolgáltatások megerősítéséről](#) és előmozdításáról a világszerte otthonukból erőszakkal elűzött emberek milliói számára. Kiemelt cél 2020-ban a mintegy 70 millió lakóhelyüket elhagyni kényszerült személy COVID-19 fertőzés elleni védelmére irányuló folyamatos erőfeszítések támogatása, valamint a 26 millió menekülté, akiknek 80%-a alacsony és közepes jövedelmű országokban kapott menedéket, ahol gyenge az egészségügyi rendszer. A szolidaritás és a kiszolgáltatott emberek szolgálata biztosíthatja, hogy egészségügyi szolgáltatásokat kapjanak ezek az emberek, amikor és ahol szükségük van rá.

2021-ben a menekülteket és kérelmezőket is kérésükre beoltják a COVID-19 fertőzés ellen⁴². A menekültügy rendre előkerül *a HIV fertőzöttek szűréséről és ellátásáról szóló írásokban*:⁴³ vajon mekkora a látencia, és hogy aki már bizonyítottan fertőzött, az valóban hozzáfér-e az egészségügyi ellátáshoz. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe alapján⁴⁴ a súlyos vagy gyógyíthatatlan betegségek esetén kívánatos a fokozatos tájékoztatás alkalmazása, feltéve, hogy az a beteg érdekét szolgálja. A HIV-fertőzöttségről általában nem fokozatosan szerez tudomást az érintett személy, így az nem egy esetben öngyilkossághoz vezető mentális állapotot idéz elő. A Kódex szerint etikai vétség a betegellátást korlátozó gazdasági döntéseket orvos-szakmai érvekkel indokolni,⁴⁵ *vagyis az orvos nem keltheti annak látszatát, hogy a gazdasági korlátok ellenére a beteg optimális ellátásban részesül*.⁴⁶ És a betegek mit közölnek a kezelőorvossal? A HIV fertőzöttek közt készített felmérés⁴⁷ szerint a válaszadók több mint fele nem mondta el még a háziorvosának sem, hogy fertőzött. A legtöbben attól tartanak, hogy más számára is kiderülne a státuszuk, mások a stigmától kívánják így megkímélni magukat, vagy attól, hogy megtagadják tőlük az ellátást. A válaszadók 10 százalékával már előfordult olyan eset, hogy *valamely szakellátást megtagadtak tőlük a státuszuk miatt*, a kórházban tartózkodók közül minden negyediket érte hátrányos megkülönböztetés. Volt több olyan eset, hogy érzékeny adataikat nem kezelték megfelelően, például nagy, piros betűkkel írták fel a kórlapra, hogy HIV, illetve úgy beszéltek a státuszukról, hogy mások is hallhatták. Több válaszadó méltóságát sértették meg azzal, hogy *elkülönítve helyezték el, felesleges óvintézkedéseket foganatosítottak, például szájmaszkban, gumikesztyűben közelítették meg őket az ápolók*.

A megkérdezett hazai orvosok rámutattak: nagy jelentősége van a *beteg életkora és ezzel összefüggésben a bánásmód meghatározásának*. Az életkor, különösen a gyermekkor meghatározása nem rendőri, hanem egészségügyi

42 Az ENSZ közlése szerint Szerbia az első európai ország, ahol elkezdtek beoltani az ott tartózkodó menekülteket. Francesca Bonelli, az ENSZ Menekültügyi Főbiztosságának szerbiai misszióvezetője szerint az oltás megkezdése fontos jelzés, hogy Szerbia törődik a menekültekkel, és jó példát mutat arra, hogyan lehet a szerb társadalom részeként kezelni őket. 2021 márciusában Szerbia 19 befogadó központjában mintegy ötezer menekült, menedékkérő tartózkodik. A magánszállásokon lakó menekültek beoltását már korábban elkezdték. A WHO szerbiai képviselője szerint azért fontos a táborkban élő menekültek beoltása, mert ilyen körülmények között nehéz távolságot tartani, és megakadályozni a járvány terjedését (*Vajdaság Ma*, 2021. március 26.)

43 Tóth Judit: A HIV fertőzöttség és az AIDS a nemzetközi migrációs szabályozásban. *Magyar Jog*, 1994/12: 730-734; Tóth Judit: A HIV státusz szerepe az idegenrendészetben. In *HIV/AIDS és az emberi jogok*

44 II. 5. pontja 7) alpont

45 II. 14. pontjának (1) bekezdése

46 Julesz Máté: A HIV/AIDS és a jog Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 2016/47: 1884-1890.

47 www.tasz.hu/cikkek/hiv-vel-elok-tapasztalatai-az-egeszsegugyben-1

szakmai feladat, amelyhez jól kialakított szakmai együttműködés kell endokrinológus, pszichológus, gyermekorvos, kulturális antropológus bevonásával, és persze sok empátiával. Ugyanis bizonyos standardok – amelyeket az életkor meghatározására egy átlagos amerikai fiatalra dolgoztak ki – nem alkalmazhatóak a világ más tájáról érkezőre éppen az eltérő életmód, étkezés és kultúra miatt. Mivel ez *időigényes, komplex feladat*, kellő időt kell rászánni. Erre is önállóan kidolgozandó eljárási rend kellene, mivel további részprobléma ezen belül, hogy bár lehet, hogy a paciens már biztosan nagykorú, de egy gyermek szintjén érti csak a világot vagy az itteni környezetet. Ezért az egészségügyben dolgozóknak ilyen irányú oktatása, felkészítése is fontos lenne.

A gyermekgyógyászok deklarálták:⁴⁸ *a menekült gyermekek és fiatalok speciális fizikai és mentális segítségre szorulnak, miközben a rutinszerű kormeghatározás célja a jogosultság megállapítása, noha nem létezik objektív és kulturálisan pontos kormeghatározás.* Ezért a gyermekgyógyászokat és egyéb egészségügyi dolgozókat be kell vonni e gyermekek és fiatalok fogadásának megtervezésébe, a klinikai és közegészségügyi programok és protokollok megvalósításába. *A fizikai, mentális és szociális segítségnyújtás során figyelembe kell venni azokat a traumákat, melyek a szülőházjukban, illetve a menekülés során érik őket.* A biztonságos helyre érkezés után fel kell mérni a menekült gyermekek fizikai és mentális állapotát, hogy a szükségleteiknek megfelelő gyógyító-megelőző ellátást kapják, meg kell határozni, *hogy sürgős ellátásra van-e szükség, fel kell mérni a rizikó- és védőfaktorokat, és e körbe tartozik a család vagy egyéb kísérő megbélyegzés nélküli vizsgálata is.* A menekült gyermekek és fiatalok számára biztosítani kell a teljes körű alapellátást és a helyben elérhető szakellátást. A fejlődési és magatartási státusz felméréseinek elsődleges célja, hogy biztosítsa az optimális elhelyezést. *A tolmácsoknak szigorúan be kell tartani az egészségügyi és a titoktartási szabályokat. A szükségleteknek megfelelő ellátás része a holisztikus szemlélet.*

A foglalkozás-egészségügy és munkavédelem terén szükséges lenne a szolgálatot teljesítő határőrök, rendészek felkészítése a kulturális eltérésekre és az egészségi kockázatok megelőzésére⁴⁹ a migránsokkal való ügyintézéskor, ellenőrzéskor, kíséréskor. Még 2009-ben mérték fel az EU új, keleti schengeni határai mentén (Lengyelországban, Szlovákiában és Magyarországon) a felkészültségi szintet a közegészségügyi biztonság, a migránsok speciális egészségi problémái ellátása terén kifejezetten a határövezetben. Félő, hogy keveset javult a helyzet: a kihallgató helyiségek zömében, ahol a migránsok

48 Budapesti Deklaráció a menekült gyermekek és fiatalok jogairól, egészségéről és jólétéről. Nemzetközi Szociálpédiátriai Társaság (International Society of Social Pediatrics and Child Health) konferenciáján, Budapest 2017. október

49 Szilárd István – Baráth Árpád: *Migrációs és egészségügyi biztonság: új foglalkozás-egészségügyi kihívások*, Pécs, Pécsi Határőr Tudományos Közlemények. 2011., 269–278.

testi motozása is folyik, nem volt kézmosó; az egészségügyi szabványoknak megfelelő orvosi vizsgálat csak az őrzött szállásokon volt; a rendészek szolgálati egyenruháját, amelyben a zöldhatáron járnak, vagy ismeretlen egészségi hátterű, potenciális fertőzést hordozó kérelmezőket hallgatnak ki, motoznak meg, az állomány tagjai otthon, a család többi ruhájával együtt mossák.

6. Szakpolitikai ajánlások

A kifejtettek alapján javasolható, hogy az

► **(a)** az EU-ban további intézkedéseket tegyenek a kiszolgáltatott társadalmi csoportok – köztük a nemzetközi védelemben részesítettek – egészségügyi szükségleteivel kapcsolatban. Így a tagállami hatóságoknak intézményes együttműködése kell a figyelemfelkeltésnek, az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének és megfelelőségének, az egészségfejlesztésnek és a migránsok, etnikai kisebbségek és más kiszolgáltatott csoportok megelőző gondozásának előmozdítására. Ez kiterjedne az egészségügyre és az egészségügy által támogatott bevált gyakorlatok azonosítására és cseréjére. Meg kell vizsgálni, hogy az Alapjogi Ügynökség miként gyűjthet információkat a kiszolgáltatott csoportokról, arról, hogy azok milyen mértékben szenvednek az EU-ban fennálló egészségügyi egyenlőtlenségektől. A tagállamokkal együttműködve kezdeményezni kell az érzékenyítést, a jó gyakorlatok cseréjét az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének és megfelelőségének az érdekében, a kiszolgáltatott csoportok ellátatlanságának megelőzésével;

► **(b)** A hatékony fellépés érdekében harmonizálni kell az EU egyes tagországaiban a hatályos vizsgálati protokollokat, és megteremteni az átjárható, elektronikus egészségügyi információs rendszert. A magyarországi elektronikus adatrögzítő rendszer és adatbázis ehhez alkalmazkodjon, hogy a menedékkérők, védelmet élvezők egészségügyi adatai alapján *elkülönített, sajátos ellátás tervezésére, a prevencióra és szakmai-kutatási célokra* is alkalmas legyen. Vagyis nem kell egységesíteni az összes külföldi ellátását, éppen a sajátos epidemiológiai profilok alapján;

► **(c)** *folyamatosan legyen/ek jelen orvos/ok* a befogadó állomásokon, idegrendészeti intézményekben a kapacitás és a menedékkérők létszáma, egészségi állapota függvényében, és a tömegszállásokat csak időszakosan fenntartva, lehetőség legyen a lakóotthon-szerű kisebb szálláshelyeken az *emberi léptékű elhelyezésre*, mert ez mentálisan is javítaná az ott élők életét;

► **(d)** a megkérdezett orvosok szerint általános gond *a beteggel való kommunikáció*, ami nélkül a tünetekről, az állapotáról, az előzményekről és a kéréseiről semmit sem lehet megtudni, vagyis szinte lehetetlen a gyógyítás; ezért legyen

egy könnyen elérhető (on-line) naprakész adatbázis a felkészített tolmácsoktól, akiket megfelelően megfizet a hatóság vagy az egészségbiztosítás. A profi tolmácsok telefonon is remekül dolgoznak, zömük a magyar társadalomba jól integrálódott menekült, így más értelemben is képesek segíteni a gyógyító munkát;

▶ **(e)** ki kell alakítani a felnőtt menedékkérők védőoltási státuszának értékelését, vizsgálatát, valamint a védőoltásban való részesítés egyéni mérlegelését, mert a WHO szerint az egyik fő közegészségügyi kockázatot a védőoltással megelőzhető betegségek újbóli megjelenése jelentheti;

▶ **(f)** az egészségügyi ellátási szükségletek kapcsán figyelembe kell venni a nemzetközi védelemre szorulókkal hozott (esetlegesen a hazaitól eltérő arányokban jelentkező) fizikai és pszichés betegségeit, valamint a beilleszkedés keltette pszichés stressz hatását, ezért nagyobb kapacitással kell gondoskodni a sürgősségi ellátásról, az alapellátásról a kellő szakmai és infrastrukturális feltételek rugalmas megteremtésével (pl. orvosi mobil ellátóhelyek létesítése);

▶ **(g)** a beteg és a kezelő közti bizalom alapja a kölcsönös tájékoztatás az egészségi állapotról, a kezeléssel, amely különösen a HIV fertőzés feltárása, gyógykezelése, valamint a HIV fertőzött egyéb egészségügyi kezelése miatt alapvető felkészítést, adatvédelmet, idegen nyelvű tájékoztató anyagokat és bizalomerősítő intézkedéseket kíván;

▶ **(h)** a nemzetközi védelemre szorulókat ellátása speciális kulturális és nyelvi készségeket is igényel, ezért a velük foglalkozó szakembereknek speciális nyelvi és kulturális képzésre van szüksége, illetve meg kell tanulniuk a tolmácsokkal való együttműködést. Az ellátás során figyelemmel kell lenni a nyelvi, kulturális és etnikai háttérre, biztosítani kell a tájékozott beleegyezést (informed consent) és a saját egészséget érintő döntésekben való részvételt, továbbá tekintettel kell lenni az átélt traumákra.

▶ **(i)** nagy jelentősége van a gyermekekkel és fiatalokkal foglalkozók körében, hogy megfelelően érzékenyen és felkészülten fogadják a már említett kulturális sajátosságokat és az abúzust, traumát átéltek panaszait. A gyermekgyógyászok és a gyermek-egészségügyi társaságok működjenek együtt a nagy nemzetközi szervezetekkel (UNICEF, WHO, ENSZ Menekültügyi Főbiztossága, Nemzetközi Migrációs Szervezet) és regionális, nemzeti szervezetekkel, mert a kormeghatározás, a gyermekek biztonságos ellátása holisztikus szemléletet és nagy körültekintést igényel. Közösén kell kidolgozni az IPA (International Pediatric Association) bevonásával egy átfogó „Menekült Gyermekek és Fiatalok Gyermek-egészségügyi Akciótervét”, hogy a menekült gyermekek klinikai ellátását diszkriminációtól és előítéllettől mentesen, a legális státuszuktól füg-

getlenül, államilag finanszírozott, jó minőségű szolgálat keretei között, emberi méltóságukat védelmezve lehessen biztosítani. Minden ország egészségpolitikájában kötelezettséget kell vállalni, hogy a menekült gyermekek és fiatalok méltányos ellátásban részesülnek. A gyermekgyógyászok és egyéb gyermekegészségügyben dolgozó szakemberek evidencia alapú protokollok és irányelvek alkalmazásával tevékenykedjenek. Eszerint szakmaközi együttműködés szükséges a felsorolt szükségletek kielégítéséhez, az orvosi-pszichológiai gondozás során *trauma-enyhítő módszerek alkalmazása szükséges*, a programok folyamatos értékelésével és fejlesztésével, a gyermekjogok integrálásával;

► **(j)** a menekültek bevonása az egészségügyi, ápolási feladatokba kettős célt szolgálhat. Az Európa Tanács és az ENSZ Menekültügyi Főbiztossága (UNHCR) arra ösztönzi az államokat, hogy vegyék igénybe a menekültként érkező egészségügyi szakemberek segítségét a nemzeti egészségügyi rendszerek működőképességének fenntartásához.⁵⁰ Már Európában élnek olyan menekültek és menedékkérők, akik megfelelő egészségügyi képzettséggel és gyakorlattal rendelkeznek és hajlandók is segíteni. Mivel a legtöbb egészségügyi szakma szigorúan szabályozott, az illetékes nemzeti egészségügyi hatóságoknak engedélyezniük kell a menekültek munkavégzését. Ennek elősegítésére 2017-ben az Európa Tanács egy kísérleti projektet indított el: kidolgozott egy európai igazolást (*European Qualification Passport for Refugees = EQPR*)⁵¹ az egészségügyi végzettségű menekülteknek, mert ez nem csak az ellátásnak ad segítséget, de nekik is az *integrációhoz*. Tíz végzettséget elismerő központhoz állítottak fel, és ezek közreműködésével tudták alkalmazni az első ötszáz menekültet ezekben az országokban már 2019-ben.⁵² Az EQPR nem helyettesíti a szükséges szakmai bizonyítványokat és engedélyeket, de bizonyos eljárások lefolytatásával és dokumentumok beszerzésével segíti a hatóságokat az engedélyezési eljárások felgyorsításában. A hazai egészségügyi dolgozók, tolmácsok, mediátorok hiányának pótlására célszerű lenne *felmérni az EQPR bevezetésével a képzett menekültügyi egészségügyi szakembereket, mert adataikat, számukat ismerve tervezhető lenne az egészségügyi és menekültügyi hatóságok számára ezeknek az embereknek a foglalkoztatása vagy legalább önkéntesként bevonása*. Az UNHCR tapasztalatait felhasználva együtt kellene működni a többi partnerével, hogy innovatív módszerekkel biztosítsák a menekültközösségek elérését, az önkéntesként vagy alkalmazottként bevonható egészségügyi szakemberek felkutatását, azonosítását és képességeik, képesítésük értékelését;

⁵⁰ www.coe.int/en/web/education/recognition-of-refugees-qualifications

⁵¹ Vegyük igénybe a menekülteket az egészségügyben, *Jogászlág*, 2020. április 15.

⁵² Örményország, Bosznia-Hercegovina, Kanada, Franciaország, Németország, Görögország, Olaszország, Monaco, Norvégia, Belgium

► **(k)** a migrációs és menekültügyi egészségügyet az orvosképzés részévé kell tenni,⁵³ mint ahogy a közoktatásban figyelmet kell fordítani mindazon kultúrák megismertetésére, amelyekkel a többségi társadalom együtt él;

► **(l)** a határrendészeti, menekültügyi feladatok ellátása speciálisan felkészített, képzett állományt és biztonságos munkaegészségügyi feltételeket, stresszkezelést és a kiégés elleni mentálhigiénés szolgáltatásokat követel meg, amelyeket rendszeresen kell biztosítani és monitorozni;

► **(m)** szükséges a tagállami hatóságok együttműködésének az erősítése, különösen az alapellátásban dolgozók és a nemzetközi védelemre szoruló, a sérülékeny csoportok fogadása terén, hogy érvényesüljön a betegközpontú, együttérző, a menekültek egészségügyi szükségleteire reagáló ellátás. Ehhez még több kutatás kell a hiányokról, a megfelelő oktatási, képzési anyagokat így lehet kialakítani.⁵⁴ Ezeket elérhetővé kellene tenni például a magyar házi- orvosok számára is.⁵⁵

A megkérdezett hazai orvosok általános jellegű javaslata: az egészségügyben dolgozók munkájának elismerése társadalmilag és anyagilag is legyen erősebb, mert azzal együtt javítható empátiaszintjük is. Ha hatékony erőfeszítéseket tesznek, hogy az egészségügyben legyen több pénz, megfelelő létszám és fizetés, akkor nem agyongyötört, hajszott, tudásukat karban nem tartó, a betege kevés időt fordító orvosokkal és ápolókkal találkoznak majd a menekültek.⁵⁶ Másfelől, ha a lakosságot a menekültekkel és az általuk behurcolt betegségekkel riogatják a közhangulat ellenséges marad a menekültekkel szemben. Ez pedig súlyosan hátráltatja, sőt teljesen leblokkolja a beilleszkedésüket. A járványügyi intézkedések egyik fő célpontja a külföldi, megjegyezve, hogy még a 2015-ös menekülthullámban sem volt egyetlen helyen sem járványveszély Európában.

53 Például a Szegedi Tudományegyetemen az idegen nyelvű képzési programba be is került 2012-től, a Pécsi Tudományegyetem migrációs egészségügyi mesterszintű képzésébe hat modul építettek be 2011-ben: (1) közegészségügyi és alkalmazott epidemiológia, infektológia; (2) a migráció szociális és magatartástudományi szempontjai; multikulturális aspektusok és ezek szerepe az orvosi és a szociális ellátásban; (3) a foglalkozás-egészségügy alkalmazott területei; (4) az integráció közgazdasági kérdései; (5) a migránsok mentális egészsége, pszichoszomatikus gondozása; közösségszintű egészségfejlesztési programok; a migránsok emberi jogai; (6) „migránsbarát” egészségügyi és szociális ellátórendszerek és kapcsolódó rendszermenedzseri ismeretek, feladatok.

54 Például a Horizont 2020 programok keretében, 2016-ban az Európai Bizottság felügyelete alatt, a Fogyasztó-, Egészség- Élelmiszerügyi és Mezőgazdasági Végrehajtó Ügynökség (CHAFEA) finanszírozta hét országban a felmérést az EUR-HUMAN projektben.

55 Rurik Imre et al.: Menekültek, migránsok az alapellátásban. Mit tanulhatunk az EUR-HUMAN projekt eredményeiből? *Orvosi Hetilap*, 2018/35: 1414-1422.

56 A most hatályba lépő egészségügyi szolgálati jogviszonyt átrendező szabályok - 2020. évi C. törvény, 528/2020.(XI.2.8.) Korm. rendelet - sem rögzítenek kedvezőbb munkafeltételeket és a minősítési követelmények között a sajátos betegcsoportokkal, a kulturális eltérésekkel rendelkezőkkel való bánásmód, emberi jogaik tisztelete nem szerepel.

A lista (a), (b), (j), valamint (m) pontjában szereplő feladatokat az EU és intézményei a tagállamokkal együttműködve segíthetik, míg az összes többi pont kifejezetten az EU tagállamok közigazgatási koordinációjára, egészségügyi kormányzatára, az egészségügyi szolgáltatókra és a nemzetközi védelemre szoruló ellátását végző intézményekre irányadó. A szakmai érdekképviseleti és oktatási szervezetek bevonása a (j) és (k) pontokban szereplő javaslatoknál elengedhetetlen.

6. Javaslat egy Menekült-egészségügyi Eljárási Protokoll (MEP) létrehozására

Az EU és a Nemzetközi Migrációs Szervezet (IOM) közös tapasztalataira építve kidolgozták a menekültek, kérelmezők egészségügyi vizsgálatával kapcsolatos eljárási rendet (**3. sz. Mellékletben**),⁵⁷ amely alapul szolgálhat bármely tagállamban.

*Az általunk kidolgozott protokoll célja, hogy a nemzetközi védelemre szorulókkal kapcsolatos eljárási lépéseket összerendezze az egészségügyi (hatóság és ellátó, segítő) személyzet számára, elősegítve a védelemre szorulóknak biztonságát és beilleszkedését, a fogadó társadalomban pedig védelmezze a közegészséget. Nem célja, hogy bármely szakmai fórum által kidolgozott, a gyógyító-megelőző tevékenységre vonatkozó protokollt lerontsa vagy a gyógyító-megelőző munka tartalmát befolyásolja. Ezért hangsúlyozzuk, hogy elsősorban processzuális rendszerről van szó, amelyet az orvosi kamara, az alapellátással foglalkozó intézet, esetleg az ágazati miniszter adhatna ki és alkalmazását támogathatná, népszerűsíthetné, hogy az eljárási rendet egységesítse. Az eljárás 12 egységre, feladatra osztható (**4. sz. Melléklet**) — egyfajta példát adva a (b) pontban javasolt, nemzeti szinten egységesítendő egészségügyi eljárásra.*

► Az **első lépés**, hogy a beteget valamilyen módon azonosítani lehessen, nem a kifejezetten ezzel foglalkozó hatóság helyett, hanem valójában azért, hogy az egészségügyi rendszerben hozzárendelhetők legyenek bizonyos személyes adatok és ellátási cselekmények az EESZT-ben. A legfontosabb tudnivaló, hogy fő szabályként nincs TAJ száma/kártyája a kérelmezőknek és nemzetközi védelemben részesülőknek (kivéve, ha a befogadó állomáson élőknel a szociális munkás vagy munkába lépésükkor ezt a munkáltató megigényli). Ezért őket az éppen érvényes (időközben cserélődő) tartózkodási engedélyük száma és adatai alapján lehet azonosítani. Egyéb irataik ritkán vannak, és névviselésük eltér a hazaitól. Minderre tekintettel az egészségügyi személyi számként

⁵⁷ [A menekültek és migránsok egészségügyi vizsgálata az EU/EGT területén](#). Európai Bizottság Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Főigazgatósága – IOM, 2015, Brussels

működő TAJ-számot sokkal egyszerűbben, automatikusan, nem pedig az ellátásra jogosultság függvényében kellene kiadni, hiszen a sürgősségi ellátásban, mentésben nagy szerepe van az egyén gyors azonosításának egy beavatkozáskor (pl. allergia, vércsoport, akut betegség ismerete miatt). *Távlatilag önálló egészségügyi azonosító szám képzését (véletlen számgenerátor segítségével) javasoljuk az EESZT-ben a kérelmezők és nemzetközi védelmet élvezők egészségügyi ellátási nyilvántartására, amely része lehetne az EU-ban egy közös elektronikus menekültügyi adatbázisnak (European Electronic Database for Health Care of Refugees) az adatok hordozhatóságát és hozzáférhetőségét is megoldva ezzel, hiszen a GDPR betartása minden tagállamban kötelező.* Kinek releváns: hatóság, OEP, jogalkotó, betegfelvételt végző egészségügyi dolgozó

► A **második lépés** az ellátás finanszírozásának ellenőrzése, amely alapos jogi ismereteket kíván. Abból kell kiindulni, hogy akinek nincs TAJ-száma/kártyája, annak az ellátását, *védelmet kérőként vagy védelmet élvezőként költségvetési forrásból (jogszabály alapján vagy szociális rászorultságra épülő határozattal) avagy civil szervezet támogatása révén, vagy ritkán az érintett saját forrásából fedezik, és nem mindegy, hogy kinek kell a számlát kiállítani (jelenteni a NEAK,⁵⁸ BM vagy közvetlenül finanszírozó számára).* A számlázásnál a BNO/HBCSO kódok alkalmazására, valamint a helyi díjtételekről szóló szabályokra külön nem térünk ki, mert ezekkel a pénzügyi szabályzatokban részletesen foglalkoznak az egyes kórházak, szakrendelők, bár ezek a dokumentumok sokszor kevés támpontot adnak éppen a nemzetközi védelmet élvezőkkel kapcsolatos adat-, okmány- és kommunikációs hiány ellensúlyozására, a változó jogszabályokat sem követve, egyes személyi kategóriákat összevonva.⁵⁹ Kinek releváns: betegfelvételt végző

► A **harmadik lépés** a paciensre vonatkozó eddigi egészségügyi adatok meglétének és tartalmának ellenőrzése. A menekülők körében ritkán fordul elő, hogy családorvos kísérelje az életüket, vagyis változó személyzettel, ellátókkal találkoznak, és még országon belül is áthelyezik őket. Másrészt a menekülők egészségügyi státusa az elindulástól az érkezésig is, de a menedékjogi eljárás alatt is változik. Végül ritkán adódik, hogy a menekülteknek otthonról vagy az útba ejtett országokból van valamilyen kezelési (ambuláns) lapja, irata. Ezek miatt nagyobb figyelmet kell fordítani arra, vajon van-e bármilyen előzményi adata, egészségügyi dokumentációja. *Ha ez létezik vagy az ellátók közti együttműködés alapján beszerezhető, pótolható, nyilván a következő fázisok egy része átugorható.* Kinek releváns: alapellátást végző orvos, betegfelvételt végző

⁵⁸ A NEAK számára jelentést küld az egészségügyi szolgáltató a sürgősségi ellátásról

⁵⁹ www.semmelweis.hu/jogigfoig/files/2015/07/49_sz_2015_V_28_Teritesi_Dij_Szabalyzat.pdf
www.janoskorhaz.hu/kulfoldiek-ellatasa.html, http://www.kapas.hu/kulfoldiek_ellatasa.aspx

► A **negyedik lépés** a paciens életkorának a meghatározása. Mivel gyakran nincs hiteles személyi okmányuk, csak bemondásra rögzíthető az életkoruk, noha az több jogi garancia érvényesítése miatt rendkívül fontos (gyermek/ídős-kor, egyedülálló, fiatalkori terhesség, abúzus áldozata a nemi önrendelkezési kor elérése előtt, a gyermekmunka és a gyermekkatonaság tilalma). Ha az életkor nem ismert, akkor *megfelelő vizsgálatokkal ezt tisztázni kell a rendelkezésre álló eszközök alapján, minél nagyobb közelítéssel, kivéve, ha nincs szerepe az életkornak az illető önálló cselekvésénél, önrendelkezésénél és gyógyításánál.* Kinek releváns: betegfelvételt végző, kezelő orvos, hatóság, hozzátartozó

► Az **ötödik lépés** annak tisztázása, hogy a paciens sérülékeny csoportba tartozik-e (egyedülálló kiskorú, kínzás, erőszak áldozata, traumát átélt személy, nagyon idős, fogyatékkal élő). Ez nem feltétlenül derül ki az első orvosi találkozáskor, a nyelvi és pszichés okok, valamint az életkor bizonytalansága együtt *indokolhatják az érintett személynél és családjánál a további feltárást, vizsgálatokat.* Tehát később erre vissza kell térni az adatrögzítésnél. Kinek releváns: betegfelvételt végző, kezelő orvos, hatóság, hozzátartozó

► A **hatodik lépés** annak rögzítése, hogy lehet-e és miként lehet a pacienseel kommunikálni. A nyelvtudás, az észlelési és pszichés zavarok, kulturális távolság együttesen magyarázhatja a kommunikációs zavart (például nem azonos nemű orvos, szakdolgozó, a szülő távolléte, a közvetítő nyelv alaposabb ismeretének hiánya, bizalomhiány lehet a háttérben). Ezért *dokumentálni kell, hogy tud-e a vizsgálatot, kezelést végző és milyen nyelven, csak tolmáccsal vagy közvetlenül kommunikálni/beszélni a pacienseel, ideértve azt a helyzetet, hogy láthatóan nem érti az orvosi szakkifejezéseket/szaknyelvet az illető.* Az idegen nyelvű tolmácsok – nem is beszélve a törzsi nyelvek tolmácsairól és a jelnyelvi tolmácsról – sajnos nem állnak rendelkezésre, így ezek igénylését, az esetleges kommunikációs zavarokat rögzíteni kell, illetve a *többi kezelőnek segítséget jelent ennek ismerete a további vizsgálatoknál, betegtalálkozásoknál.* Kinek releváns: betegfelvételt végző, kezelő orvos, hatóság, tolmács, hozzátartozó

► A **hetedik lépés** a paciens megfelelő tájékoztatása a rá vonatkozó egészségügyi, kezelési adatokról. Ez azért is fontos, mert csak ennek alapján lehet elérni beleegyezését a különböző invazív vizsgálatokhoz, beavatkozásokhoz, gyógykezeléshez. A beteg önrendelkezési joga nem állampolgársági kérdés, az mindenkor megilleti a pacienst. A tájékoztatás nagyban függ attól, hogy milyen korban, fizikai és mentális állapotban van az illető, önállóan vagy csak hozzátartozó, törvényes képviselő (szülő, gyám, gondviselő) jelenlétében lehet-e és csak személyre szabottan vagy esetleg másokkal közösen elmagyarázni az állapotát, kérni a hozzájárulását a kezeléshez. Kinek releváns: kezelő orvos, tolmács.

▶ A **nyolcadik lépés** – ez az előző lépéssel sorrendben akár fel is cserélhető – a kórelőzmények feltárása, amely a gyógyítási folyamatot megelőző, ismert fázis. Itt csupán kiemeljük, hogy a kötelező oltási rendszerű országokban, így Magyarországon is fontos megtudni, *milyen védőoltásokat kapott meg az illető (dokumentumok hiányában feltételezni kell az összes életkorhoz kötött oltás hiányát). További fontos tisztázandó, hogy a paciensnek milyen betegségei, operációi, sérülései voltak, amit meghatároz, hogy az országba érkezése előtt, még a vándorlás, menekülés, utazás előtt, alatt és a megérkezés után milyen súlyos hatások érték* (így különösen baleset, bántalmazás, sanyargatás, kínzás, terhesség, erőszak, nemi betegségek, paraziták, alultápláltság, stressz). Kinek releváns: kezelő orvos, alapellátást végző, hatóság (járványügy)

▶ A **kilencedik lépés** a paciens fizikai vizsgálata, részben általános adatok felvételével, részben az adott időpontban érzékelhető állapotát illetően (sérülések, fertőző betegségben szenvedés, akut egészségügyi problémák és tünetek, terhesség, sürgős és heveny kezelés járóbetegként/kórházi beutaltként). A diagnózishoz nyilván többféle labor-és szakorvosi vizsgálat vezet majd el. Kinek releváns: kezelő orvos, alapellátást végző

▶ A **tizedik lépés** a paciens mentális vizsgálata. Ebből kiemelhető a PTSS és a dementia, a függőségek feltárása, a traumatizáltak, depressziósok és mentális zavarban szenvedők kezelése, továbbá a csecsemők és kisgyermekek életkoruknak megfelelő fejlődésének vizsgálata, a zavarok mielőbbi feltérképezése. Ezeket célszerű regisztrálni, de a felsorolás nem teljes körű. Kinek releváns: kezelő orvos (pszichiáter)

▶ A **tizenegyedik lépés** – természetesen a fentiekkel párhuzamosan – a különböző javaslatok megtétele, hogy az illető azonosíthatósága, az ellátás fedezete, a meglévő egészségügyi dokumentáció feltáruljon. Másrészt a diagnózishoz és kezeléshez szükséges laborvizsgálatokra, kezelésekre és kontrollra, az immunizáció elvégzésére is itt fogalmazódik meg a szakmai javaslat. Ezen a ponton válik jelentőssé, hogy milyen javaslat születik a paciens továbbutazására/hazatérésére, valamint más intézménybe való áthelyezésére. Az előbbi az utazási képességre (pl. állapotrosszabbodás kizárása, rögzített póz, repülés kizárása, fogadó országban ápolás) és az elhelyezési körülményekre (pl. zárt intézmény tolerálhatatlansága, tömegszállítás kizárása, lakóotthon-jellegű és családtagokkal együttes vagy éppen izolált elhelyezésre) vonatkozó javaslat. Itt kell azt a javaslatot is rögzíteni, hogy a paciens a felépüléséig *milyen segítséget igényel* és milyen gyakorisággal (pl. fürdetés, etetés, protézis felhelyezése, WC-zésben segítség a záróizom állapota alapján, naponta, időnként vagy folyamatosan). *Fontos feladat a különböző hatóságokkal való együttműködés, mert jogi relevanciája van annak, ha valakin verés, bántalmazás nyomai vannak* (látlelet készítése például családon belüli erőszak, hatósági bántalmazás miatt), ha *gyermekkorúról van szó* (gyermekvédelmi jelzőrendszer ér-

tesítése a bántalmazásról, elhanyagolásról, vagy mert az egyedülálló kiskorú felügyelete megoldatlan), illetőleg ha a paciens *mentális zavarban szenved* (például alkohol, droghasználat vagy éppen PTSS miatt nem értékelhetők a nyilatkozatai a menekülteljárásban, amit fontos dokumentálni és jelezni; avagy családegyesítést kell szervezni számára, mert ez a pszichés állapotát, fizikális támogatását is jelentősen befolyásolja). Kinek releváns: kezelő orvos, betegfelvételt végző, tolmács, hatóság, hozzátartozó

► Végül a **tizenkettedik lépés**, hogy ha rendelkezik a menekült valamilyen egészségügyi képzéssel és/vagy gyakorlattal, akkor ezt lehetne-e hasznosítani saját közössége javára akár önkéntes segítőként, akár végzettségét hivatalosan is elismerve. Eddig ezt a megtartó és integráló erőt nem aknázták ki senki, pedig ezt teszik világszerte, és az egészségügyi szakember, kolléga véleménye ebben igen fontos lenne. Kinek releváns: kezelő orvos, hatóság

1. sz. Melléklet

Indikátorok:

- ▶ eljárás a kérelmezők, védelembé vettek egészségügyi ellátási igényeire vonatkozóan;
- ▶ tartózkodási engedélyek alapján azonosítás az egyes csoportok szerint (kérelmező, menekült, oltalmazott, huzamosan élő, áttelepített menekült, családtag...);
- ▶ hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz (úgy, mint a külföldiek vagy mint a magyar állampolgárok);
- ▶ adminisztratív akadályok a hozzáférésben (várakozás, dokumentáció...);
- ▶ bevonás az egészségügyi ellátási rendszerbe; az egészségügyi lefedettség mértéke (csak sürgősség, csak életmentés, alapellátások...);
- ▶ az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, ha speciális igények merülnek fel (gyermek/csecsemőgyógyászat, terhesgondozás, szülészet, pszichiátriai és mentális gondozásra szoruló, idősgondozás, kínzás, trauma áldozatai);
- ▶ az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatása a jogcímeikről/ellátási jogosultságokról (hatóságok/szolgáltatók rendszeresen tájékoztatják a dolgozóikat);
- ▶ információk a jogosultságokról és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről (intézményesen vagy egyénileg is);
- ▶ kielégítetlen egészségügyi, kezelési igények;
- ▶ a szabadon/ingyenesen elérhető tolmácsolási szolgáltatások (intézményesen vagy egyénileg is);
- ▶ a nemzetközi védelmet élvezők átlagos integrálása az egészségügyi rendszerbe (minisztériumi politikákban hogyan szerepelnek a menekültek, a menekültek egészségügyi ellátásának monitorozása, a menekültekre vonatkozó jogszabályok rendszeres felülvizsgálata);
- ▶ az egészségügyi költségvetés (arányai),
- ▶ a nemzetközi védelmet élvezők átlagos integrálása az egészségügyi rendszerbe (minisztériumi politikákban hogyan szerepelnek a menekültek, a menekültek egészségügyi ellátásának monitorozása, a menekültekre vonatkozó jogszabályok rendszeres felülvizsgálata);

2. sz. Melléklet

Az egészségügyi szolgáltató a NEAK-nak küldött jelentésben szerepelnie kell a következőknek, egyebek mellett:

10. Térítési kategória

A = befogadott külföldi állampolgár

D = menekült, menedékes státuszt kérelmező

H = harmadik országbeli állampolgárnak a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 114/2007. (V. 24.) Korm. rendelet 140. §-a szerinti ellátása

S = Magyarország területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

14. Személyazonosító típusa

1 = TAJ szám

2 = 3 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma

3 = útlevélszám

5 = menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma

9 = személyazonosító a menekült, menedékes és oltalmazott státusz kérelmezését megelőzően nyújtott ellátás során

[Személyazonosító: ha a beteg nem rendelkezik útlevéllel, a rendőrségi ügyirat száma vagy egyéb nyilvántartási szám (azaz nincs benne humanitárius tartózkodási engedéllyel vagy ideiglenes tartózkodásra jogosító igazolás)]

26. Diagnózisok: Betegség kódolása BNO 10 szerint

27. Beavatkozások: Beavatkozások kódolása OENO kód szerint

A NEAK kiemeli: A sürgősségi ellátásnál – ideértve a mentést is - a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy annak költségei miként hajthatók be (uniós jogszabály vagy nemzetközi szerződés alapján külföldi biztosítótól, térítési díjból), ha nincs az érintettnek TAJ-száma. Mivel a Magyarország területén tartózkodók részére igénybevetel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül biztosítani kell a járványügyi intézkedéseket, a mentést és a sürgős szükség szerinti ellá-

tást, ez az elismerési eljárás megindítása iránti kérelem benyújtása előtt is jár. Az egészségügyi szolgáltatók kötelesek vizsgálni, hogy az ellátások költségei behajthatóak-e. A „szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését” feltételt menedékes, menekült esetén a NEAK nem vizsgálja, tekintettel az ellátottak élethelyzetére, ha a „Térítési kategória: 'S' „Magyarország területén tartózkodó beteg más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása.”⁶⁰

3. sz. Melléklet

Az Európai Bizottság és a Nemzetközi Migrációs Szervezet (IOM) 2015-ben felvázolt eljárási rendje *személyes adatlap felvételét* és azon a BNO kódok használatát javasolja (pl. A15-19, B20-24), *amely elektronikus adatbázisban is tárolható. Négy* fő elemből áll:

- ▶ *körtörténet*, az oltásokat is ideértve (megfelelő kérdőívvél, vélelmezve az oltások hiányát);
- ▶ *fizikális vizsgálat* (16 elemből+fertőző betegségekre, parazitákra és laborvizsgálatok alapján értékelés, javaslat vizsgálatokra, továbbutazásra, kezelésre, védőoltásokra 18 év alattiaknak és felnőtteknek külön); itt lehet kitérni arra, hogy a napi életben milyen segítséget igényel az illető (pl. fürdetés, etetés, protézisek felhelyezése, WC-zésben segítség a záróizom állapota alapján is), rendszeresen/alkalomszerűen/folyamatosan;
- ▶ *mentális vizsgálat* szerinti értékelés (pl. demencia szűrés, gyermekkori fejlődés 0-5 éves kor közötti gyermeknél);
- ▶ *javaslat* a laborvizsgálatokra, kontrollra vagy kezelésekre és immunizáció elvégzése, és minderről a paciens megfelelő tájékoztatása, dokumentálva. Ennek révén elkerülhető a párhuzamosság, a káosz, a kulturális kompetencia nélküliek működése, a közegészség sérelme, a fertőzések tovaterjedése és az állapotrosszabbodás is.

⁶⁰ ld. [OEP/NEAK honlapján](#)

4. sz. Melléklet

1. Van TAJ száma?

VAN

- ▶ Nyilvántartásban szereplő adatok és bemondott adatok egyeznek
- ▶ Eltérek → **11. pont**

NINCS

- ▶ Tartózkodási engedély alapján elérhető és bemondott adatok egyeznek
- ▶ Eltérek → **11. pont**

2. Finanszírozás

- ▶ Finanszírozás költségvetés-ből/államilag
- ▶ Finanszírozás rászorultsági alapon
- ▶ Hajlandó prompt fizetni
- ▶ Más fedezi
- ▶ Nem tud fizetni → **11. pont**

3. Előzményi adat

VAN

NINCS → **11. pont**

4. Kora tisztázott

IGEN, éspedig: _____

NEM → **11. pont**

5. Sérülékeny csoportba nem tartozik

IGEN, éspedig: _____

NEM → **11. pont**

6. Tud veled kommunikálni?

- ▶ Igen, ezen a nyelven: _____ → **11. pont**
- ▶ Csak tolmáccsal → **11. pont**
- biztosított
 - nem biztosított
- ▶ Hozzá tartozón keresztül, oka:
- ▶ Sehogy, oka: _____ → **11. pont**

7. A beteg tájékoztatása lehetséges?

- ▶ **Állapotáról**
- szóban
 - tolmáccsal
 - írásban
 - hozzátartozón keresztül → **11. pont**
 - törvényes képviselővel → **11. pont**
 - részlegesen
- ▶ **Szükséges vizsgálatokról**
- szóban
 - tolmáccsal
 - írásban
 - hozzátartozón keresztül → **11. pont**
 - törvényes képviselővel → **11. pont**
 - részlegesen
- ▶ **Szükséges kezeléscről**
- szóban
 - tolmáccsal
 - írásban
 - hozzátartozón keresztül → **11. pont**
 - törvényes képviselővel → **11. pont**
 - részlegesen

▶ Egyéb javaslatokról

- szóban
- tolmáccsal
- írásban
- hozzátartozón keresztül → **11. pont**
- törvényes képviselővel → **11. pont**
- részlegesen

8. Kórtörténet

- ▶ Betegségek, operációk, sérülések: _____
- ▶ Oltások (vélelmezve hiányukat): _____
- ▶ Mióta van/volt úton (mettől meddig): _____
- ▶ Volt-e kínzás áldozata: _____
- ▶ Gyógyszer (szed, van nála...): _____
- ▶ Gyógyászati segédeszköz (szemüveg, mankó...): _____
- ▶ Gyermekeinek száma, szülések, terhesség: _____

9. Fizikális vizsgálat

- ▶ Általános (súly, magasság, vérnyomás): _____
- ▶ Immunizációs helyzet, fertőző betegség: _____
- ▶ HIV
- ▶ Panaszok, tünetek → **11. pont**

10. Mentális vizsgálat

- ▶ Hangulat, érzékelés, memória, koncentráció, tájékozódás: _____
- ▶ Addikció, függőség: _____ → **11. pont**
- ▶ Trauma/PTSS: _____ → **11. pont**
- ▶ Dementia: (mini-mental state): _____ → **11. pont**
- ▶ Kora-gyermekkori fejlődés (0-5 éves kor): _____

11. Javaslatok és adatfelvétel

- ▶ Személyes adatok egyeztetése: _____
- ▶ Finanszírozáshoz számlakiadás: _____

- ▶ Számlaküldés/adatküldés: _____
- ▶ Előzményi adatok beszerzése (honnan, mit): _____
- ▶ Szakorvosi vizsgálatok: _____
- ▶ Kórházi kezelés, beutalások (sürgősség): _____
- ▶ **Kormeghatározás érdekében vizsgálatok**
 - kezelési javaslat: _____
 - gyógyszer: _____
 - gyógyászati segédeszköz: _____
 - életmódra: (étkezés, mozgás, elhelyezés) _____
- ▶ **Sérülékeny csoportba tartozás érdekében vizsgálat**
 - ápolásra vonatkozó javaslat: _____
 - időszakosan: _____
 - folyamatosan: _____
- ▶ Laborvizsgálat: _____
- ▶ Diagnosztika: _____
- ▶ Immunizációra vonatkozó javaslat: _____
- ▶ Mely védőoltásokat: _____
- ▶ Kontrollra: _____
- ▶ **Hatóság értesítése**
 - így különösen: látlelet, gyámhatóság/gyermekvédelem _____
 - menekültügyi hatóság hogyan veheti a paciens nyilatkozatait figyelembe, egyéb: _____
- ▶ **Utazásra/áthelyezésre vonatkozó javaslat**
 - ha utazhat, milyen körülmények között: _____
 - ha áthelyezendő, más intézménybe, milyen feltételek között: _____

12. Egészségügyi végzettsége

VAN éspedig: _____

NINCS

HASZNOSÍTHATÓ

(mely területen, milyen feltételekkel/javaslat)
